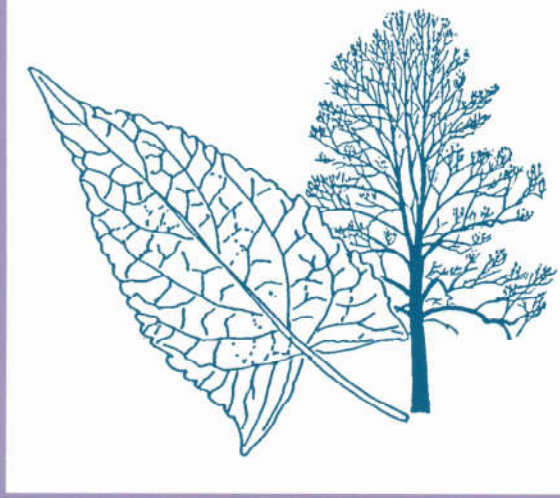
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)



Séptima edición

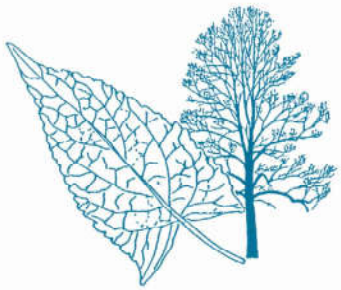
Howard K. Butcher
Gloria M. Bulechek
Joanne M. Dochterman
Cheryl M. Wagner

ELSEVIER

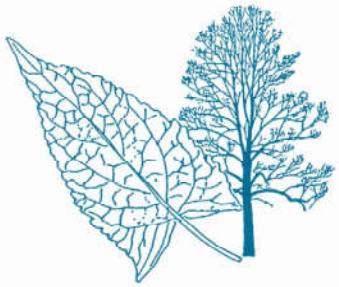
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

El logotipo de la NIC

El logotipo de una hoja y un árbol que aparece a continuación y en la cubierta es una réplica exacta de una hoja de un árbol del Jardín Botánico de Linneo en Uppsala, Suecia. Esta hoja había sido recogida hacía unos años por un artista que vivía junto al jardín para imprimirla en un florero que estaba realizando. El florero era un regalo para un miembro del equipo, justo en el momento en que sus integrantes estaban buscando un logotipo. Puesto que la hoja provenía del jardín de Linneo, el equipo pensó que este logotipo es totalmente representativo. Carl Linneo (1701-1778) fue el gran clasificador que puso orden en los reinos vegetal y animal. En el logotipo, la hoja está unida a un árbol, el símbolo universal de la taxonomía.



Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)



Séptima edición

EDITORES

Howard K. Butcher, PhD, RN
Associate Professor
The University of Iowa
College of Nursing
Iowa City, Iowa

Joanne M. Dochterman, PhD
Professor Emerita
The University of Iowa
College of Nursing
Iowa City, Iowa

Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN
Professor Emerita
The University of Iowa
College of Nursing
Iowa City, Iowa

Cheryl M. Wagner, PhD, MBA/MSN, RN
Associate Professor
Trinity College of Nursing and Health Sciences
Rock Island, Illinois

ELSEVIER

ELSEVIER

Avda. Josep Tarradellas, 20-30, 1.°, 08029, Barcelona, España

Nursing Interventions Classification (NIC)
© 2018 by Elsevier, Inc. All rights reserved
Previous editions copyrighted 2013, 2008, 2004, 2000, 1996, 1992
ISBN: 978-0-323-49770-1

This translation of *Nursing Interventions Classification (NIC), 7e,* by Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochterman and Cheryl M. Wagner, was undertaken by Elsevier España, S.L.U. and is published by arrangement with Elsevier Inc.

Esta traducción de *Nursing Interventions Classification (NIC), 7.ª ed.,* de Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochterman y Cheryl M. Wagner, ha sido llevada a cabo por Elsevier España, S.L.U. y se publica con el permiso de Elsevier Inc.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 7.ª ed., de Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochterman y Cheryl M. Wagner

© 2019 Elsevier España, S.L.U., 2004, 2009, 2013.

ISBN: 978-84-9113-404-6

eISBN: 978-84-9113-474-9

Todos los derechos reservados.

Reserva de derechos de libros
Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70/93 272 04 45).

Advertencia
Esta traducción ha sido llevada a cabo por Elsevier España, S.L.U. bajo su única responsabilidad. Facultativos e investigadores deben siempre contrastar con su propia experiencia y conocimientos el uso de cualquier información, método, compuesto o experimento descrito aquí. Los rápidos avances en medicina requieren que los diagnósticos y las dosis de fármacos recomendadas sean siempre verificados personalmente por el facultativo. Con todo el alcance de la ley, ni Elsevier, ni los autores, los editores o los colaboradores asumen responsabilidad alguna por la traducción ni por los daños que pudieran ocasionarse a personas o propiedades por el uso de productos defectuosos o negligencia, o como consecuencia de la aplicación de métodos, productos, instrucciones o ideas contenidos en esta obra.

Revisión científica:
Coordinadora
Dra. Paloma Echevarría Pérez
Decana Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Murcia, Murcia, España

Colaboradores
D. Juan Antonio Flores Martín
Enfermero. Servicio Murciano de Salud. Murcia. España

Dra. Olga Paloma Castro
Profesora. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz. Cádiz. España.

Servicios editoriales: DRK Edición

Depósito legal: B. 24.327 - 2018
Impreso en Italia

Prefacio



Los sistemas de clasificación organizan la información de tal manera que pueda ser manejada y recuperada para la construcción del conocimiento, identificando las relaciones conceptuales útiles, administrando la complejidad y facilitando la toma de decisiones. El trabajo de clasificación conduce a la creación de una taxonomía, un arreglo y ordenamiento de cosas, ideas, tiempos o lugares. Carl Linneo, considerado por la mayoría el fundador de las clasificaciones científicas, creó una taxonomía de plantas, animales y minerales. En 1745 también creó el Jardín Botánico en la Universidad de Uppsala, Suecia, en el que se cultivaron 1.300 especies de plantas organizadas de acuerdo con su taxonomía de plantas vivas. El jardín de Linneo sirve como una metáfora de la naturaleza orgánica en constante crecimiento de un sistema de clasificación. La hoja que forma parte del logotipo de la NIC es una réplica de una de un árbol en el jardín de Linneo.

La NIC es una clasificación integral que organiza sistemáticamente los tratamientos que los profesionales realizan. Desde que comenzó en 1987, la NIC ha crecido y evolucionado continuamente. Esta es la séptima edición de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), con ediciones anteriores publicadas en 1992, 1996, 2000, 2004, 2008 y 2013. Joanne M. Dochterman fue la editora de las primeras cuatro ediciones y Gloria M. Bulechek de la quinta y sexta edición. Con esta nueva edición Howard K. Butcher se convierte en el primer editor. Howard se unió al equipo de la NIC a partir de la quinta edición, y Cheryl M. Wagner se unió a la NIC para la sexta edición.

En esta séptima edición de la NIC hemos ampliado y revisado la Clasificación con esfuerzos continuos de investigación y gracias a la aportación de la comunidad profesional. Las características de esta edición son las siguientes:

- La sección introductoria de los preliminares ha sido reorganizada y actualizada para facilitar su uso. Por ejemplo, ahora se puede acceder fácilmente a las respuestas de 22 preguntas frecuentes como una sección aparte. Los capítulos 1 y 2 de la sexta edición se han actualizado completamente y se han sintetizado en un capítulo (Primera parte, Uso de la NIC en la práctica, la formación y la investigación). Las preguntas más frecuentes y la primera parte serán de interés tanto para usuarios noveles como experimentados de la NIC.
- El formato para cada una de las intervenciones es el mismo que en ediciones anteriores. Cada intervención tiene un nombre de etiqueta, una definición, una lista de actividades que un profesional de enfermería podría realizar para llevar a cabo la intervención en el orden lógico en que tendrían que desempeñarse y una pequeña lista de referencias bibliográficas. El lenguaje normalizado lo constituyen la etiqueta y la definición de cada intervención. Las actividades pueden seleccionarse o modificarse, según proceda, de acuerdo con las necesidades específicas de la población o de un paciente. Así, la NIC puede utilizarse para comunicar una información común de las diferentes situaciones y seguir proporcionando una forma de atención para que los profesionales de enfermería individualicen sus cuidados.
- Hay un total de 565 intervenciones en esta edición. Quince de las intervenciones son nuevas y 95 de las intervenciones incluidas anteriormente se han revisado para esta edición (v. Apéndice A para la lista de intervenciones nuevas, revisadas y retiradas). Las intervenciones revisadas incluyen actividades revisadas y bibliografía actualizada. La bibliografía no constituye en modo alguno una lista completa de referencias para una intervención dada. Constituyen algunas de las fuentes que se utilizaron en el desarrollo de la definición y la lista de actividades de la intervención, y proporcionan un apoyo para la realización de la intervención por parte del profesional de enfermería. Cada una de las intervenciones tiene un código numérico único para ayudar a informatizar la NIC y facilitar la retribución a los profesionales de enfermería. En los preliminares se incluye una página con consejos sobre el modo de encontrar una intervención.
- La taxonomía NIC, que se incluyó por primera vez en la segunda edición, se ha actualizado para incluir las 15 nuevas intervenciones. En la presente edición, la taxonomía, como en las cuatro ediciones anteriores, incluye 7 campos y 30 clases. La taxonomía, que aparece en la Segunda parte, ayuda a los profesionales de enfermería a localizar y escoger una intervención, y proporciona una estructura que puede ayudar en la planificación de cuidados. (Para más detalles véase la introducción a la taxonomía NIC en la pág. 26.)
- La sección de intervenciones centrales según especialidades de enfermería, que ayudan a definir la naturaleza de la especialidad, se ha actualizado y ampliado para esta edición con la inclusión de cuatro especialidades: Enfermería de campamentos recreativos, Enfermería de heridas y ostomías, Enfermería de pacientes quemados y Enfermería de violencia doméstica. Ahora hay un total de 53 especialidades con intervenciones básicas. Además, Enfermería de cuidados al final de la vida ahora se llama Enfermería de cuidados paliativos y de hospicio y Enfermería intravenosa ahora se llama Enfermería de infusión intravenosa. (Para más información véase la introducción a las intervenciones centrales en la página 422.)
- La Quinta parte de esta edición incluye la estimación del tiempo de ejecución de una intervención y el nivel mínimo de formación que el profesional de enfermería necesita para realizar la intervención de un modo seguro y competente.

En esta edición se incluyen los tiempos y los niveles de formación para las 565 intervenciones. (Para más información véase la introducción del tiempo estimado y formación en la pág. 608.)

- Debido a un cambio en el editor por parte de NANDA-I no pudimos obtener permiso para usar la edición 2015-2017 del contenido de NANDA-I publicado por Wiley. Además, los vínculos de las intervenciones de la NIC a la nueva 11.ª edición de diagnósticos de enfermería NANDA-I (2018-2020) no se incluyeron en esta edición porque se lanzó la 11.ª edición de NANDA-I mientras esta edición de la NIC estaba en las etapas finales de producción.
- La lista de reconocimiento de las páginas preliminares del libro enumera las personas que ayudaron a actualizar las intervenciones. Nos encantaría recibir sugerencias para nuevas intervenciones de personas de diferentes países. En el Apéndice B aparecen las guías para la presentación de una intervención nueva o revisada. Esta edición contiene una lista de todas las ediciones y traducciones previas de la NIC (v. Apéndice E). Las ediciones previas incluían una bibliografía de muchas publicaciones sobre la NIC; sin embargo, el creciente número de publicaciones de varios países ha dificultado la tarea de recopilar una bibliografía exhaustiva. Se puede acceder fácilmente a las publicaciones centradas en la NIC usando Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), MedlinePlus o buscando en la base de datos de PubMed.

En resumen, la NIC abarca las intervenciones realizadas por todos los profesionales de enfermería. Al igual que en el pasado, todas las intervenciones incluidas en la NIC tienen el propósito de resultar clínicamente útiles, aunque algunas sean más generales que otras. Puesto que las intervenciones abarcan un amplio abanico de la práctica de enfermería, ningún profesional puede esperar realizar todas las que figuran aquí, ni siquiera una parte sustancial de ellas. Muchas de las intervenciones requieren una formación especializada y algunas no pueden llevarse a cabo sin una titulación adecuada. Otras describen medidas básicas de higiene y comodidad que, en algunos casos, pueden delegarse en el auxiliar de enfermería, pero cuya planificación y evaluación por parte de un profesional de enfermería siguen siendo necesarias. El uso de la NIC:

- Ayuda a mostrar el impacto que tienen los profesionales de enfermería en el sistema de prestación de cuidados sanitarios.
- Normaliza y define la base de conocimientos del plan de estudios y la práctica de enfermería.
- Facilita la elección correcta de una intervención de enfermería.
- Facilita la comunicación de los tratamientos de enfermería a otros profesionales de enfermería y a otros proveedores de cuidados.
- Permite a los investigadores examinar la eficacia y el coste de los cuidados.
- Ayuda a los formadores a desarrollar programas que se articulen mejor con la práctica clínica.
- Facilita la enseñanza de toma de decisiones clínicas a los profesionales noveles.
- Ayuda a los administradores a planificar de forma más eficaz las necesidades del personal y de los equipos.
- Favorece el desarrollo de un sistema de retribución para los servicios de enfermería.
- Facilita el desarrollo y el uso de los sistemas de información de enfermería.
- Comunica la naturaleza de los cuidados de enfermería al público.

Cuando se utiliza el lenguaje normalizado para documentar la práctica es posible comparar y evaluar la efectividad de los cuidados suministrados en múltiples situaciones por distintos profesionales. El uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica, más bien comunica la esencia de los cuidados de enfermería a otros y nos ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación. El desarrollo y la utilización de esta clasificación sirven de apoyo para avanzar en el conocimiento de los cuidados facilitando la comprobación clínica de las intervenciones de enfermería. Creemos que el desarrollo y el uso continuos de esta clasificación ayudan a aumentar los conocimientos de enfermería y los esfuerzos para que nuestra disciplina tenga mayor proyección en el campo de la política sanitaria. Seguimos aceptando gustosamente su respuesta y esperamos conseguir un continuo apoyo por su parte.

Howard K. Butcher
Gloria M. Bulechek
Joanne M. Dochterman
Cheryl M. Wagner

Fortalezas de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)



- *Completa.* La NIC incluye toda la gama de intervenciones de enfermería desde la práctica general hasta las áreas de especialidades. Las intervenciones incluyen las siguientes áreas: fisiológica y psicosocial; tratamiento y prevención de enfermedades; fomento de la salud; intervenciones para individuos, familias y comunidades, y cuidados indirectos. Se incluyen tanto intervenciones individuales como en equipo; pueden utilizarse en cualquier contexto práctico, independientemente de la orientación filosófica.
- *Basada en la investigación.* La investigación para desarrollar la NIC utilizó un enfoque de métodos múltiples; éstos incluyen análisis de contenido, encuestas en forma de cuestionarios para los expertos, revisión de grupos de enfoque, análisis de similitudes, agrupación jerárquica, escala multidimensional y pruebas clínicas de campo. La investigación inicial fue subvencionada parcialmente por el National Institute of Health y el National Institute of Nursing Research. Los esfuerzos continuos para actualizar la clasificación se basan en desarrollos actuales basados en la evidencia en el campo de la enfermería, en la opinión de expertos y en publicaciones basadas en la investigación.
- *Desarrollo inductivo basado en la práctica existente.* Las fuentes originales incluyen libros de texto actuales, guías de planificación de cuidados y sistemas de información de enfermería de la práctica clínica, apoyados por la preparación técnica en la práctica clínica de los miembros del equipo y los expertos de áreas de la práctica de especialidades. Las intervenciones añadidas y las mejoras son resultado de la literatura de enfermería actual y de las sugerencias de los usuarios y de revisores.
- *Refleja la práctica y la investigación clínicas actuales.* Todas las intervenciones van acompañadas de una bibliografía que apoya el desarrollo de la intervención. Todas han sido revisadas por expertos de la práctica clínica y por sociedades científicas de las especialidades correspondientes. Se ha desarrollado un proceso de retroalimentación para incorporar los cambios sugeridos por los usuarios en la práctica.
- *Estructura organizativa de uso sencillo* (dominios, clases, intervenciones, actividades). Todos los dominios, clases e intervenciones disponen de definiciones. Se han desarrollado principios para mantener una coherencia y cohesión interna de la Clasificación; las intervenciones se han codificado numéricamente.
- *Lenguaje claro y con significado clínico.* Durante el trabajo se ha seleccionado el lenguaje más útil para la práctica clínica. El lenguaje es intuitivo y refleja claridad en cuestiones conceptuales, como incluir sólo intervenciones, no diagnósticos ni resultados.
- *Establece un proceso y una estructura de mejora continua.* Se aceptan sugerencias de los usuarios de todo el mundo para su perfeccionamiento. El Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, creado en el College of Nursing de la University of Iowa en 1995 por el Iowa Board of Regents, facilita la mejora continua de la NIC.
- *Sometida a pruebas de campo.* El procedimiento de implantación inicialmente se ha estudiado en cinco ámbitos que representaban las diversas situaciones donde se llevan a cabo los cuidados de enfermería; cientos de centros clínicos y educativos también están comenzando a poner en práctica la Clasificación. Se han desarrollado etapas de implantación para ayudar en el proceso de cambio.
- *Accesible a través de un gran número de publicaciones y medios.* Además de la propia Clasificación, desde 1990 los miembros del equipo de investigación han publicado numerosos artículos y capítulos de libros. La revisión de libros y de artículos, así como las publicaciones realizadas acerca del uso de la NIC revelan la importancia del trabajo. Se ha realizado un vídeo sobre el desarrollo inicial de la NIC.
- *Relacionada con otras clasificaciones de enfermería.* La NIC se ha relacionado con los diagnósticos de NANDA-I que se incluyen en la sexta edición de este libro para ayudar en la toma de decisiones clínicas. Elsevier ha publicado la tercera edición de un libro que relaciona la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y las intervenciones de la NIC con los diagnósticos de la NANDA-I y otras afecciones clínicas. Las primeras ediciones de la NIC estaban relacionadas con los problemas del Omaha system, los resultados de la NOC, la RAP en cuidados a largo plazo y el OASIS para asistencia sanitaria domiciliaria.
- *Reconocimiento nacional.* La NIC ha recibido el reconocimiento de la American Nurses Association, ha sido incluida en la obra Metathesaurus for a Unified Medical Language de la National Library of Medicine, ha sido agregada a los índices de CINAHL, figura en la lista SNOMED CT (Systemized Nomenclature of Medicine Clinical Terms) y está registrada en HL7 (Health Level Seven International).
- *Desarrollada en el mismo lugar que la Clasificación de Resultados.* La NOC de los resultados esperados de pacientes sensibles a la práctica de enfermería, también se ha desarrollado en Iowa; ambas, NIC y NOC, están en el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (www.nursing.uiowa.edu/cnc).

- *Incluida en un número creciente de sistemas de información clínica de programas informáticos de vendedores.* La SNOMED CT ha incluido la NIC en su sistema de registro multidisciplinar. Diversos vendedores han registrado la NIC para su inclusión en sus programas informáticos, centrados en entornos hospitalarios y comunitarios, así como en profesionales de la práctica general o especializada. La NIC se emplea en muchos libros de texto de enfermería, diccionarios electrónicos y motores de búsqueda clínica que se utilizan para definir y planificar el tratamiento para una variedad de condiciones del paciente.
- *Uso global.* La NIC es una clasificación establecida de intervenciones de enfermería con 20 años de uso en numerosos países. Se ha traducido o está en fase de traducción para los siguientes idiomas: alemán, coreano, chino, español, francés, holandés, indonesio, italiano, japonés, noruego y portugués.

Agradecimientos



La Clasificación se mejora continuamente para reflejar mejor la práctica clínica y las mejores prácticas a través de la participación de muchas personas. Como en ediciones pasadas, individuos y grupos de todo el mundo han presentado sugerencias para nuevas intervenciones. Además, hay personas que han actualizado y revisado las intervenciones para esta edición. Los nombres de las personas que han contribuido a esta edición aparecen en la lista de reconocimiento en las páginas preliminares.

Agradecemos a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Iowa su apoyo al Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, fundado en 1995, para facilitar el desarrollo continuo de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Asimismo, queremos agradecer a los donantes individuales su aportación a la Fundación de la Universidad de Iowa, que proporciona apoyo permanente para el avance continuo y el mantenimiento de la Clasificación.

Nuestra editora, Sandra Clark, de Elsevier, ha guiado esta clasificación en esta edición, así como en las dos ediciones anteriores. Agradecemos a Karen Delany, nuestra especialista en licencias, su arduo trabajo con proveedores y agencias que están implementando la NIC en el mundo electrónico. También apreciamos todos los esfuerzos realizados por muchas personas en Elsevier por sus estrategias de *marketing* de amplio alcance diseñadas para informar a la comunidad profesional sobre el contenido y el valor de este trabajo en el avance del conocimiento de enfermería y la calidad de la atención de enfermería.

La ayuda de Sharon Sweeney, coordinadora del Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Iowa, ha sido incalculable en nuestras reuniones del equipo de la NIC, el seguimiento de todas las revisiones, el mantenimiento de documentos electrónicos y la preparación del manuscrito para su envío. Este es un trabajo enorme y que requiere mucho tiempo, y ella lo ha logrado sin problemas. Agradecemos a Noriko Abe, coordinadora de la investigación, por proporcionar apoyo administrativo. También agradecemos al estudiante de doctorado Lister Onsongo la actualización y revisión de las intervenciones.

A las personas de NANDA International y los investigadores de la Clasificación cuyas aportaciones siguen siendo incalculables para nosotros a través de su apoyo continuo mientras trabajamos juntos para facilitar los vínculos entre diagnósticos NANDA-I, resultados NOC e intervenciones NIC con el objetivo de implementar lenguajes enfermeros estandarizados en la docencia y la práctica de enfermería. También apreciamos a otros autores que han incorporado la NIC en múltiples libros de texto de atención sanitaria.

Por encima de todo, agradecemos a las enfermeras de todo el mundo que han acogido con entusiasmo la Clasificación en una variedad de formas: documentando su cuidado en la práctica; ayudando a los estudiantes a aprender, a planificar e implementar los cuidados de enfermería; participando en investigaciones diseñadas para validar y demostrar la efectividad de las intervenciones de enfermería, y esforzándose para integrar la NIC en sistemas electrónicos de información de atención médica para planificar, implementar, registrar y evaluar la atención que las enfermeras proporcionan.



Reconocimientos de la séptima edición

Los siguientes profesionales han contribuido a esta edición de la NIC de muchas maneras. Algunos han remitido nuevas intervenciones para su valoración o revisiones de intervenciones ya existentes. Otros han ayudado en la revisión de intervenciones añadidas o revisadas de la Clasificación. Y otros han propuesto ejemplos de cómo han implantado la NIC en la práctica o en el ámbito educativo. Todos ellos han realizado una valiosa contribución a los usuarios de la NIC.

Helga-Margot Aldape-Moreno, Graduate Student, University of Iowa College of Nursing, Iowa City, Iowa

Sally Alexander, Graduate Student, University of Iowa College of Nursing, Iowa City, Iowa

Luz Eugenia Ibáñez Alfonso, Teacher Titular, School of Nursing, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Columbia

D. Armero-Barranco, Faculty of Nursing, University of Murcia, Murcia, Spain

Francisca Sánchez Ayllón, Professor, Universidad Católica San Antonio, Murcia, Spain

Ellen Birx, Professor, Radford University School of Nursing, Radford, Virginia

Eliana Lisset Gamboa Cáceres, Nursing Student, School of Nursing, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Columbia

Abigail Burgason Deignan, Graduate Student, University of Iowa College of Nursing, Iowa City, Iowa

Virginia E. Fernández-Ruiz, Santa Lucia University Hospital, Murcia, Spain

Janet Geyer, Nursing Practice Leader, University of Iowa Hospitals & Clinics, Iowa City, Iowa

Jennifer R. Griffith, Graduate Student, University of Iowa College of Nursing, Iowa City, Iowa

Keela Herr, Professor, University of Iowa College of Nursing, Iowa City, Iowa

Teresa Judge-Ellis, Clinical Associate Professor, University of Iowa College of Nursing, Iowa City, Iowa

M. Teresa Julich, Graduate Student, University of Iowa College of Nursing, Iowa City, Iowa

Evans K. Komen, Graduate Student, University of Iowa College of Nursing, Iowa City, Iowa

Cathy Konrad, Professor of Nursing, Adjunct, Trinity College of Nursing & Health Sciences, Rock Island, Illinois

Tona Leiker, Associate Professor, American Sentinel University, Aurora, Colorado

R. López-Cárceles, Murcia Healthcare Service, Murcia, Spain

M. M. López-Santos, Murcia Healthcare Service, Murcia, Spain

Nicolette Mabb, Graduate Student, University of Iowa College of Nursing, Iowa City, Iowa

Nicollet Markovetz, Clinical Assistant Professor Emerita, College of Nursing, University of Iowa, Iowa City, Iowa

Laura C. McKay, Program Director for Nursing, South University, Savannah, Georgia

Jessica Rojas Navarrete, Professor, Universidad Católica San Antonio, Murcia, Spain

Rose Nieves, Assistant Dean, College of Nursing & Public Health South University, Tampa, Florida

Hyunkyoung Oh, Assistant Professor, University of Wisconsin–Milwaukee, College of Nursing, Milwaukee, Wisconsin

Adenike A. Olaogun, Professor, Obafemi Awolowo University, Ife-Ife, Nigeria, Africa

Lister Onsongo, Graduate Student, University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, Iowa

José Antonio Paniagua-Urbano, Murcia Healthcare Service, Murcia, Spain

Shelley-Rae Pehler, Associate Professor, College of Nursing and Health Sciences University of Wisconsin–Eau Claire, Eau Claire, Wisconsin

Paloma Echevarría Pérez, Dean, Universidad Católica San Antonio, Murcia, Spain

Barbara Rakel, Professor, University of Iowa College of Nursing, Iowa City, Iowa

T. Ruiz-Cuenca, Murcia Healthcare Service, Murcia, Spain

A. Ruiz-Sánchez, Murcia Healthcare Service, Murcia, Spain

M. Solé-Agustí, Murcia Healthcare Service, Murcia, Spain

Emily Spellman, Advanced Practice Nurse/Clinical Practice Leader, NICU, University of Iowa Children's, Iowa City, Iowa

Rita Sperstad, Associate Professor, University of Wisconsin–Eau Claire, Eau Claire, Wisconsin

Stephanie Stewart, Nursing Practice Leader, University of Iowa Hospitals & Clinics, Iowa City, Iowa

Ovidio Céspedes Tuero, Director, Holistic Nursing Clinic, Gijón, Asturias, Spain

Sue Votroubek, Nurse Manager, Women's Health Center, University of Iowa Hospitals & Clinics, Iowa City, Iowa

Brenda Winkle, Graduate Student, University of Iowa College of Nursing, Iowa City, Iowa

J. M. Xandri-Grupera, Faculty of Nursing, University of Murcia, Murcia, Spain



Organizaciones que han contribuido al desarrollo de la NIC

Numerosos profesionales de enfermería de una gran variedad de organizaciones y sociedades científicas han participado en el desarrollo y la validación de la NIC. Los nombres de estas organizaciones en el momento de la colaboración son los siguientes:

Academy of Medical-Surgical Nurses
Advocates for Child Psychiatric Nursing
American Academy of Ambulatory Care Nursing
American Association of Critical-Care Nurses
American Association of Diabetes Educators
American Association of Neuroscience Nurses
American Association of Nurse Anesthetists
American Association of Occupational Health Nurses
American Association of Spinal Cord Injury Nurses
American Board of Neuroscience Nurses
American College of Nurse-Midwives
American Holistic Nurses Association
American Nephrology Nurses Association
American Nurses Association
ANA Council on Gerontological Nursing
ANA Council on Maternal-Child Nursing
ANA Council on Psychiatric and Mental Health Nursing
American Psychiatric Nurses Association
American Radiological Nurses Association
American Society of Ophthalmic Registered Nurses, Inc.
American Society of Pain Management Nurses
American Society of Post-Anesthesia Nurses
American Urological Association Allied
Association for Practitioners in Infection Control
Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc.
Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc.
Association of Community Health Nursing Educators
Association of Nurses in AIDS Care
Association of Operating Room Nurses, Inc.
Association of Pediatric Oncology Nurses
Association of Rehabilitation Nurses
Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
Dermatology Nurses Association
Developmental Disabilities Nurses Association
Drug and Alcohol Nursing Association, Inc.
Emergency Nurses Association
International Association for the Study of Pain
International Society of Nurses in Genetics
Intravenous Nurses Society
Midwest Nursing Research Society
NAACOG: The Organization for Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nurses
National Association of Hispanic Nurses
National Association of Neonatal Nurses
National Association of School Nurses, Inc.
National Consortium of Chemical Dependency Nurses
National Flight Nurses Association
National Gerontological Nursing Association
National Nurses Society on Addictions
North American Nursing Diagnosis Association
Oncology Nursing Society
Society for Education and Research in Psychiatric-Mental Health Nursing
Society for Peripheral Vascular Nursing
Society for Vascular Nursing
Society of Gastroenterology Nurses and Associates, Inc.
Society of Otorhinolaryngology and Head-Neck Nurses, Inc.
Society of Pediatric Nurses
Society of Urologic Nurses and Associates



Definiciones de términos

TÉRMINOS DE LA CLASIFICACIÓN

Intervención de enfermería

Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza una enfermera para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad, como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidados.

Una *intervención de enfermería directa* consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente o grupo de pacientes. Las intervenciones de enfermería directas comprenden actuaciones de enfermería fisiológicas y psicosociales, tanto las acciones directas sobre el paciente como las que son más bien de apoyo en su naturaleza y asesoramiento.

Una *intervención de enfermería indirecta* es un tratamiento realizado lejos del paciente, pero en beneficio del paciente o grupo de pacientes. Las intervenciones de enfermería indirectas incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria. Estas acciones apoyan la eficacia de las intervenciones de enfermería directas.

Una *intervención a la comunidad (o de salud pública)* está dirigida a fomentar y a mantener la salud de las poblaciones. Las intervenciones a la comunidad pretenden el fomento y mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades de poblaciones, e incluyen estrategias para dirigir el clima social y político en el que vive la población.

Un *tratamiento puesto en marcha por el profesional de enfermería* es una intervención iniciada por este en respuesta a un diagnóstico de enfermería. Es una acción autónoma basada en fundamentos científicos que es ejecutada en beneficio del paciente en una forma previsible relacionada con el diagnóstico de enfermería y los resultados proyectados. Tales acciones incluirían los tratamientos iniciados por enfermeros especialistas.

Un *tratamiento puesto en marcha por el médico* es una intervención iniciada por este en respuesta a un diagnóstico médico pero llevada a cabo por una enfermera en respuesta a una prescripción médica. Las enfermeras también pueden llevar a cabo tratamientos iniciados por otros proveedores de cuidados, como farmacéuticos, fisioterapeutas respiratorios o ayudantes médicos.

Actividades de enfermería

Actividades o acciones específicas que realizan las enfermeras para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de enfermerí se traducen en una acción concreta. Para poner en práctica un intervención se requiere una serie de actividades.

Clasificación de las intervenciones de enfermería

Ordenación y disposición de las actividades de enfermería e grupos en función de sus relaciones y la asignación de denomi naciones de intervenciones a estos grupos de actividades.

Taxonomía de las intervenciones de enfermería

Organización sistemática de las intervenciones en función de marco conceptual. La estructura de taxonomía de la NIC tien tres niveles: campos, clases e intervenciones.

OTROS TÉRMINOS

Paciente

El paciente es una persona, grupo, familia o comunidad qu constituye el centro de la intervención de enfermería. En est texto se utilizan los términos: *paciente, individuo* y *persona,* per en algunas situaciones puede preferirse el término *cliente* u otr palabra. Los usuarios de la NIC son libres de utilizar el término más adecuado en su entorno de trabajo.

Familia

Dos o más personas relacionadas por consanguinidad o po elección con responsabilidad compartida para fomentar el desa rrollo mutuo, la salud y el mantenimiento de las relaciones.

Comunidad

Grupo de personas y relaciones entre los miembros del grup que se desarrollan mientras comparten un entorno físico comú y algunos organismos e instituciones (p. ej., escuela, departamen to de bomberos, colegio electoral).

Progenitor

Madre, padre o cualquier persona que asuma la crianza de u niño.

Cuidador

Cualquier persona que proporciona asistencia sanitaria o qu actúa en nombre de otra.

Cómo encontrar una intervención



Esta edición de la Clasificación contiene 565 intervenciones. Existen varios métodos disponibles para encontrar la intervención deseada.

Por orden alfabético: si se sabe el nombre de la intervención y se desea ver la lista entera de actividades y su bibliografía (v. Tercera parte).

Taxonomía NIC: si se desea identificar intervenciones relacionadas en áreas temáticas concretas (v. Segunda parte).

Vínculos con los diagnósticos de NANDA-I: si se dispone de los diagnósticos de NANDA-I y se desea tener una lista de intervenciones sugeridas se pueden utilizar los vínculos NANDA-I-NIC (v. Sexta parte).

Revise las intervenciones principales por especialidad: si se está diseñando un curso o sistema de información para un grupo concreto de especialistas, este es un buen sitio para empezar (v. Cuarta parte).

El tamaño de la Clasificación no debería abrumar a nadie, dado que intenta ser global para todas las especialidades y todas las disciplinas. No lleva mucho tiempo familiarizarse con la Clasificación y localizar las intervenciones más relevantes para la práctica de cada uno. La elección de una intervención enfermera para un paciente concreto forma parte del proceso de toma de decisiones clínicas del profesional de enfermería. Al elegir una intervención deberían considerarse seis factores: 1) resultados esperados en el paciente, 2) características del diagnóstico enfermero, 3) investigación sobre la intervención, 4) factibilidad de la intervención, 5) aceptación por parte del paciente y 6) capacitación de la enfermera. En la Primera parte se explican detalladamente.



Preguntas frecuentes acerca de la NIC

La comprensión de las razones por las que las cosas se han hecho de una determinada manera (o no) ayudará a un mejor uso de la Clasificación. Para esta edición hemos agrupado las preguntas en cinco temas relacionados: 1) tipos de intervenciones, 2) elección de una intervención, 3) actividades, 4) aplicación/informatización de la NIC y 5) otras.

TIPOS DE INTERVENCIONES

1. ¿Incluye la NIC los tratamientos utilizados por las enfermeras especialistas y de práctica avanzada? Sin duda alguna sí. En la Cuarta parte se enumeran 53 áreas de especialidad de enfermería y en cada una de ellas se enumeran las intervenciones de la NIC básicas (o más comunes) que utilizarían las enfermeras en el ejercicio de la especialidad. Además, muchas de las áreas de especialidad como Enfermería de anestesia, Enfermería obstétrica y Enfermería oncológica requieren una licencia de práctica avanzada, certificación o experiencia avanzada en el área de especialidad clínica con un máster o doctorado en práctica enfermera (DNP). Por ejemplo, las siguientes intervenciones reflejan la práctica de un profesional que presta cuidados en obstetricia: *Amnioinfusión, Cuidados del embarazo de alto riesgo, Ecografía: obstétrica y ginecológica, Inducción al parto, Manejo de la tecnología reproductiva, Monitorización fetal electrónica: antes del parto, Parto* y *Supresión de las contracciones de parto.* Para la mayoría de especialidades puede determinarse una lista parecida. También hay intervenciones que requieren una licencia de práctica avanzada como *Administración de anestesia, Prescribir medicación* y *Prescripción: pruebas diagnósticas.*

2. ¿Incluye la NIC las importantes funciones de monitorización por parte de las enfermeras? Por supuesto que sí. La NIC incluye muchas intervenciones de monitorización (p. ej., *Monitorización de la presión intracraneal [PIC], Monitorización de los signos vitales, Monitorización del equilibrio acidobásico, Monitorización fetal electrónica: antes del parto, Monitorización hemodinámica invasiva, Monitorización neurológica, Seguimiento de la política sanitaria, Vigilancia, Vigilancia: al final del embarazo* y *Vigilancia: electrónica por control remoto*). Estas intervenciones consisten principalmente en actividades de monitorización y vigilancia, aunque también incluyen algunas actividades que reflejan el procedimiento de juicio clínico o lo que piensan y prevén los profesionales de enfermería cuando realizan la monitorización. Estas intervenciones determinan lo que hay que buscar y realizar cuando se produce un acontecimiento esperado. Además, todas las intervenciones de la NIC incluyen actividades de monitorización cuando estas se realizan como parte de una intervención.

Monitorizar e *identificar* son las palabras que utilizamos para designar actividades de valoración que forman parte de una intervención. En esta clasificación de intervenciones hemos intentado utilizar estos términos en lugar de la palabra *valoración,* dado que este es el término utilizado en el proceso de enfermería para referirse a las actividades anteriores al diagnóstico y, por tanto, antes de la intervención.

3. ¿Incluye la NIC intervenciones que ha de utilizar un profesional de atención primaria, especialmente las diseñadas para fomentar la salud? Sí, efectivamente. Hay toda una clase de intervenciones de *Educación de los pacientes* centradas en la promoción de la salud, que incluye intervenciones tales como *Educación para la salud, Enseñanza: individual* y *Enseñanza: proceso de enfermedad.* Muchas otras intervenciones de promoción de la salud se incluyen en todas las clases. Los ejemplos incluyen *Análisis de la situación sanitaria, Apoyo en la toma de decisiones, Ayuda para dejar de fumar, Educación parental: adolescentes, Educación parental: crianza familiar de los niños, Educación parental: lactante, Entrenamiento en salud, Facilitar el aprendizaje, Facilitar la autorresponsabilidad, Fomentar el desarrollo: adolescentes, Fomentar el desarrollo: niños, Fomentar la salud bucal, Identificación de riesgos, Orientación anticipatoria, Manejo de la inmunización/vacunación, Manejo de la nutrición, Manejo del peso* y *Prevención del consumo de sustancias nocivas. Prescribir medicación* y *Prescripción: pruebas diagnósticas* son intervenciones usadas por muchos profesionales de enfermería con conocimientos avanzados que trabajan en asistencia primaria.

4. ¿Incluye la NIC terapias alternativas? Suponemos que esta pregunta hace referencia a los tratamientos que no forman parte de la práctica médica habitual en Estados Unidos, que pueden encontrarse también en otros países. Las intervenciones de la NIC que pueden figurar como terapias alternativas son *Acupresión, Aromaterapia, Biorretroalimentación, Entrenamiento autógeno, Fitoterapia, Hipnosis, Imaginación simple dirigida, Masaje, Tacto curativo, Tacto terapéutico, Terapia de baile, Terapia de relajación* y *Reiki.* Muchas de estas intervenciones están incluidas en la clase *Fomento de la comodidad psicológica.* A medida que formen parte de la práctica aceptada de enfermería se añadirán otras terapias alternativas a la NIC.

5. ¿Incluye la NIC intervenciones administrativas? La Clasificación incluye intervenciones de cuidados indirectos realizadas por el personal de primera línea o por personal de enfermería con práctica avanzada, pero no incluye, en su mayor parte, conducta de naturaleza administrativa. Una intervención de cuidado

indirectos consiste en un tratamiento realizado directamente por un profesional lejos del paciente, pero en beneficio de un paciente o de un grupo de pacientes; mientras que una intervención administrativa es una acción realizada por un gestor de enfermería (director de enfermería u otro gestor de enfermería) para aumentar el rendimiento de los miembros del personal y así fomentar unos mejores resultados del paciente. Algunas de las intervenciones de la NIC, utilizadas por un gestor para aumentar el rendimiento del personal, podrían ser intervenciones administrativas. La mayoría de ellas se encuentran en el campo taxonómico Sistema sanitario. Por ejemplo, *Control de calidad, Delegación, Desarrollo del personal, Evaluación de compañeros, Manejo de la cadena de suministro* y *Supervisión del personal.* Debe observarse que los límites entre intervenciones directas, indirectas y administrativas no son fijos, y algunas de las intervenciones de la NIC pueden utilizarse en varios contextos. Por ejemplo, el profesional de enfermería del hospital puede proporcionar *Apoyo al cuidador principal* como intervención indirecta administrada a un familiar del paciente al que atiende, pero en casa, tratando a toda la familia, el profesional de enfermería puede proporcionar esta intervención como atención directa. Nosotros también incluimos intervenciones para las comunidades, como *Desarrollo de un programa, Fomentar la salud de la comunidad* y *Marketing social.* Sin embargo, estas intervenciones a menudo son proporcionadas por el profesional de enfermería de atención primaria en la comunidad o por el director del caso.

ELECCIÓN DE UNA INTERVENCIÓN

6. ¿Cómo encontrar las intervenciones que se desea utilizar habiendo tantas en la NIC? A primera vista, la NIC, con más de 565 intervenciones, puede parecer abrumadora. Sin embargo, debe recordarse que la NIC cubre el campo práctico de toda la enfermería. Por lo general, el profesional utilizará solo una parte de las intervenciones de la NIC. Estas pueden identificarse revisando las clases de la taxonomía más relevantes para un área concreta de la práctica de enfermería (v. Cuarta parte). En los centros con sistemas de información de enfermería, las intervenciones pueden agruparse por clase taxonómica, diagnóstico de enfermería, población de pacientes (p. ej., quemados, cardíacos, maternidad), por especialidad de enfermería o por unidad. Muchos sistemas informáticos permitirán al profesional crear y mantener una biblioteca personal de las intervenciones más utilizadas. Quienes utilizan la Clasificación nos han dicho que identifican rápidamente un número relativamente pequeño de intervenciones que reflejan el núcleo de su actividad.

7. ¿Cómo debo decidir la intervención que voy a utilizar cuando esta incluye una actividad que remite a otra intervención? En algunas intervenciones de la NIC hay referencias en la lista de actividades a otra intervención. Por ejemplo, la intervención *Manejo de la vía aérea* contiene una actividad que dice «Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal, según corresponda». Hay otra intervención en la NIC, *Aspiración de las vías aéreas,* que está definida como «Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de una sonda de aspiración en la vía aérea oral, nasofaríngea o traqueal del paciente» y tiene una lista de más de 20 actividades. Otro ejemplo es la intervención *Manejo del dolor: crónico,* que contiene una actividad que dice «Fomentar el uso apropiado de técnicas no farmacológicas (p. ej., biorretroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea [TENS], hipnosis, relajación, imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia lúdica, terapia de actividades, acupresión, aplicación de calor y frío, masaje) y opciones farmacológicas como medidas de control del dolor». Casi todas las técnicas de esta actividad que figuran entre paréntesis aparecen en la NIC como intervenciones, cada una con su definición y su grupo de actividades definitorias. Los dos ejemplos muestran que, a veces, las intervenciones más globales y abstractas remiten a otras intervenciones. En ocasiones son necesarias las intervenciones más globales, en otras las más específicas y algunas veces ambas. La selección de las intervenciones de enfermería que han de utilizarse con un paciente concreto forma parte del proceso de toma de decisiones clínicas de la enfermería. La NIC refleja todas las posibilidades. El profesional debe elegir la intervención o intervenciones para un paciente determinado utilizando los seis factores descritos en el apartado *Uso de la NIC en la práctica. Seleccionando una intervención* en la Primera parte.

8. ¿Cuándo se desarrolla una nueva intervención? Creemos que cada una de nuestras intervenciones es diferente de las demás de la Clasificación. Por ello desarrollamos el principio guía de que una nueva intervención se añade si, como mínimo, el 50% de las actividades son diferentes a las de otra intervención relacionada. De esta manera, cada vez que se propone una nueva intervención es contrastada con las ya existentes. Si como mínimo el 50% de las actividades son distintas, se considera que es significativamente diferente para su inclusión en la Clasificación.

En las intervenciones que son tipos de una intervención más general (p. ej., *Asesoramiento sexual* es un tipo de *Asesoramiento; Cuidados de la sonda gastrointestinal* es un tipo de *Cuidado del drenaje*), las actividades más pertinentes son incluidas en la intervención más concreta, de manera que esta pueda permanecer por sí misma. La intervención más concreta no debería enumerar todas las actividades de la intervención más general, sino solo aquellas que son esenciales para llevar a cabo la intervención. Además, la nueva intervención debe tener al menos un 50% de nuevas actividades.

9. En un plan de cuidados, ¿cuál es la estructura para la NIC y la NOC? ¿Cuál elegir y consultar en primer lugar? La respuesta a esta pregunta refleja la toma de decisiones clínicas del profesional que esté planificando y proporcionando los cuidados. Cada persona tiene un enfoque diferente para planificar la atención que refleja lo que aprendió en la escuela y que ha ido perfeccionando según lo que encuentra que funciona mejor en su caso y para su población de pacientes. Como método general, sugerimos que en primer lugar se realice el diagnóstico (o diagnósticos), después se seleccionen los resultados y los indicadores, realizando una valoración del paciente respecto a ellos, y posteriormente se escojan las intervenciones y las actividades adecuadas, aplicándolas y después valorando de nuevo los resultados. Si se desea fijar indicadores pueden derivarse de los resultados de la NOC

(p. ej., el paciente tiene un 2 en un resultado X y para darle el alta debería estar en un nivel 4). En algunas situaciones este proceso no es posible o incluso no es deseable, y podría quererse utilizar un orden distinto. Por ejemplo, durante una crisis se querría pasar directamente a la aplicación de la intervención y dejar el diagnóstico y la identificación del resultado para más adelante. La ventaja de las clasificaciones estandarizadas es que proporcionan el lenguaje para la base de conocimiento de la enfermería. Actualmente los docentes y otros profesionales relacionados pueden centrarse en la enseñanza y la práctica de habilidades en la toma de decisiones clínicas; los investigadores pueden centrarse en la exploración de los efectos de las intervenciones sobre los resultados del paciente en situaciones prácticas reales. Véase el modelo en la Primera parte que muestra cómo puede utilizarse el lenguaje estandarizado a nivel individual, a nivel de la organización/unidad y a nivel de red/región/país.

ACTIVIDADES

10. ¿Por qué se han incluido actividades básicas en la lista de actividades para algunas intervenciones, pero no en otras? Por ejemplo, ¿por qué debe incluirse una actividad relacionada con el registro en las etiquetas *Derivación* y *Planificación para el alta* y no en todas las intervenciones?, ¿por qué debe incluirse una actividad relacionada con la evaluación de resultados en la denominación *Planificación para el alta* y no en todas las intervenciones? O, ¿por qué debe incluirse una actividad sobre el establecimiento de la confianza en las denominaciones *Grupo de apoyo* o *Terapia de reminiscencia*, pero no en otras intervenciones?

Las actividades básicas se incluyen cuando son críticas (es decir, absolutamente imprescindibles para comunicar la esencia de la intervención) para la puesta en práctica de esa intervención. No se incluyen cuando forman parte de las actuaciones rutinarias de enfermería, pero no son una parte integral de la intervención. Por ejemplo, lavarse las manos es una parte rutinaria de muchas intervenciones físicas, pero no es crítica para intervenciones como *Baño* o *Cuidados de la piel: tratamiento tópico*. (No estamos diciendo que para estas intervenciones no debería lavarse las manos, solo que no es una actividad principal.) Sin embargo, lavarse las manos es una parte fundamental de intervenciones como *Control de infecciones* y *Cuidado de las lentes de contacto*. Algunas actividades son de tal importancia que también pueden ser intervenciones de la NIC. Por ejemplo, *Identificación del paciente* es una actividad fundamental de otras intervenciones; sin embargo, la importancia de la identificación del paciente para las actuales iniciativas de seguridad y el uso de nuevas técnicas y dispositivos electrónicos eleva esta actividad al estatus de intervención.

11. ¿Puedo cambiar las actividades de una intervención al utilizarlas en mi paciente? Sí. El lenguaje normalizado es el nombre de la denominación y la definición, que deben seguir siendo los mismos para todos los pacientes y para todas las situaciones. La individualización de la atención es un valor fundamental de la enfermería. Las actividades de NIC ayudan a las enfermeras a individualizar la atención seleccionando actividades que reflejen las necesidades de la situación particular. Estas son algunas de las ventajas de la NIC: proporciona un lenguaje normalizado que ayuda a la enfermera a comunicar las intervenciones en diferentes situaciones y al mismo tiempo permite realizar cuidados individualizados. Las actividades de la NIC utilizan los modificadores *según corresponda, según sea necesario* y *según se indique* para reflejar que las personas son únicas y puede ser necesario un enfoque diferente. Estas actividades de la NIC incluyen a pacientes de todas las edades; cuando se emplean con adultos algunas de las actividades dirigidas a los niños pueden no ser adecuadas (y viceversa); en este caso, tales actividades pueden omitirse de la lista de la institución. Además, las intervenciones de la NIC no son un nivel de procedimiento de especificidad y es posible que algunos centros deseen ser más específicos para reflejar los protocolos particulares desarrollados para su población. Las actividades pueden modificarse fácilmente para reflejar esta situación. Nosotros creemos que las actividades pueden y deben ser modificadas para satisfacer las necesidades individuales, pero advertimos de que las actividades no se pueden cambiar tanto como para que la lista original de la NIC sea irreconocible. Si se hace esto, puede que la intervención no sea la misma. Cualquier actividad modificada o nueva debe ajustarse a la definición de la intervención. Además, cuando se añada una actividad de forma constante para la mayoría de pacientes y de las poblaciones puede ser necesaria en la lista general de actividades de la NIC. En este caso, emplazamos al profesional a que la presente como inclusión o cambio de la actividad propuesta. De este modo, la lista de actividades seguirá reflejando lo mejor de la práctica actual y resultará más útil en la enseñanza de las intervenciones a los nuevos profesionales.

12. ¿Por qué las actividades no están estandarizadas? Esta pregunta es cada vez más frecuente a medida que la NIC se integra en los sistemas informáticos. A los diseñadores de los sistemas informáticos les gustaría que las actividades similares enumeradas en intervenciones diferentes se redactasen de la misma manera para que les resultase más fácil crear y utilizar bases de datos. Por ello, recientemente hemos puesto en marcha un proyecto para evaluar sistemáticamente la viabilidad de la estandarización de las actividades. Se han utilizado dos enfoques. En primer lugar, las cerca de 13.000 actividades de la NIC se imprimieron alfabéticamente usando la primera palabra (verbo) de las actividades. Uno de los miembros del equipo revisó todo el proceso y trajo una muestra al equipo de la NIC para su revisión. Este enfoque reveló un pequeño número de problemas editoriales (p. ej., ausencia de comas antes de «según corresponda» o «según sea necesario») y un número muy limitado de actividades cuya redacción podría ser idéntica a actividades similares sin cambiar el significado.

El segundo enfoque consistió en identificar los temas frecuentemente abordados (sustantivos), tales como: derivación, efectos secundarios de los medicamentos, entorno, procedimiento o tratamiento, entradas y salidas, intimidad, enfoque, confianza, oyente, relación, apoyo y signos vitales. Mediante el uso de un programa informático de búsqueda se imprimieron las actividades que incluían el tema identificado (p. ej., derivación).

Estas búsquedas temáticas dieron lugar a listas de entre 100 y varios cientos de actividades. Uno de los miembros del equipo revisó las listas de temas y dos de ellas fueron presentadas al equipo de la NIC para su discusión. Se propusieron diversos enfoques para la estandarización, pero los miembros del equipo acordaron que una nueva redacción de las actividades daría lugar a la pérdida de significado y de contenido. Después de esta revisión y deliberación sistemáticas se decidió no seguir adelante con la estandarización de las actividades.

Las razones por las que las actividades de la NIC no están estandarizadas son las que se exponen a continuación:

a. Como ya hemos subrayado en el pasado, el enfoque y la estandarización de la NIC están al nivel de la etiqueta de cada intervención. Las actividades se pueden añadir, eliminar o modificar para cada intervención, según lo requiera la situación. Una estandarización adicional de las actividades anularía el valor aportado por el profesional de enfermería en los cuidados individualizados.
b. La estandarización conlleva una pérdida de información. Cada actividad se ha escrito para una intervención específica, y la pérdida de información puede ser un perjuicio tanto para el cuidador (clínico o estudiante) como para quien recibe los cuidados (paciente).
c. Las actividades ya tienen un formato estándar y siguen las reglas para su elaboración (es decir, comienzan con un verbo, se enumeran en orden de realización, cumplen con la definición de la intervención y usan una actividad ya redactada de una intervención relacionada si la actividad también se ajusta a la nueva intervención). De hecho, muchas de las actividades ya se han redactado del mismo modo en intervenciones similares.
d. Si las listas de actividades estuviesen estandarizadas el mantenimiento de tales listas sería excesivamente cambiante, consumiría mucho tiempo, sería complicado y caro.

IMPLEMENTACIÓN O INFORMATIZACIÓN DE LA NIC

13. ¿Necesita mi institución sanitaria estar informatizada para utilizar la NIC? No, la NIC puede utilizarse en un sistema manual de planificación de cuidados y de registro de documentación. Si el sistema es manual, el personal no familiarizado con la NIC necesitará un fácil acceso al libro de la NIC. El libro también debe estar disponible para quienes trabajan en centros que dispongan de la NIC informatizada (creemos que cada unidad debería tener uno y animar a los profesionales de enfermería para que tengan su propio ejemplar); no obstante, con un ordenador la NIC se puede almacenar y acceder a ella electrónicamente. Los dispositivos portátiles, como los teléfonos inteligentes y las tabletas, también se pueden utilizar para acceder a una versión eléctrica de la NIC para la planificación y la documentación. Lo ideal es que estas versiones portátiles y computarizadas de la NIC se integren en el sistema electrónico de atención médica del establecimiento. Los ordenadores facilitan el acceso a las intervenciones de la NIC de diversas maneras (actualmente por clases taxonómicas y por diagnósticos de enfermería, pero en el futuro también será posible hacerlo por poblaciones de pacientes, tipo de unidad, resultado, vía clínica, etc.). Los ordenadores pueden obtener fácilmente una variedad de análisis de apoyo de decisiones clínicas para el profesional. La documentación de lo que hacemos por los pacientes mediante un lenguaje estandarizado en los ordenadores permite que los profesionales construyan bases de datos institucionales, estatales y regionales para efectuar una investigación con eficacia. Si una institución no está informatizada ayúdela a informatizarse, pero no espere al ordenador antes de usar la NIC. La NIC es útil para comunicar el cuidado de enfermería con o sin ordenador.

14. ¿Cómo debería incluirse la NIC en mi sistema informático? Nosotros instamos a elaborar sistemas informáticos que usen las etiquetas estandarizadas de cada intervención, con la lista de actividades de enfermería para cada intervención específica bajo la etiqueta de intervención. En la mayoría de los casos se accede a las actividades como un menú desplegable vinculado a la etiqueta de la intervención. Las enfermeras deben planificar, registrar y comunicar los cuidados a este nivel. Si también se quieren registrar las actividades, se puede hacer, por supuesto, bien señalando las actividades que se han aplicado o bien, como excepción, indicado aquellas actividades no aplicadas. Algunas instituciones solo desean registrar una pequeña lista de las actividades que son esenciales a efectos legales o aquellas que necesitan un seguimiento posterior como «prescripciones» para auxiliares de enfermería. En general, sin embargo, tenemos que empezar a reconocer que el estándar de asistencia para la realización de una intervención concreta implica que la enfermera lleve a cabo las actividades enumeradas, según corresponda para el paciente y situación concreta.

15. ¿Cuál es la mejor manera para aplicar la NIC en mi institución? Otras preguntas relacionadas son las siguientes: ¿debería implantar la NIC y la NOC al mismo tiempo?, ¿debería implantar la NIC al mismo tiempo que oriento a las enfermeras en un nuevo sistema informático?, ¿deberíamos realizarlo en primer lugar solo en una unidad piloto o realizarlo a la vez para todas? En la Primera parte se describen los pasos para la implantación de la NIC en centros asistenciales (v. cuadro 2) y los pasos para la implantación en entornos educativos (v. cuadro 6).

Respecto a las preguntas relacionadas con qué hacer al mismo tiempo no hay una respuesta única; en realidad, depende de la situación y de la cantidad y de la naturaleza de los cambios, de los recursos y del apoyo disponibles y de las limitaciones temporales. El libro de la NOC contiene muchas sugerencias útiles sobre la implantación de la NOC. Sería conveniente no realizar demasiados cambios a la vez, pues a menudo la mayoría de los profesionales no pueden manejarlos. Por otra parte, puede no ser prudente realizar pequeñas partes durante un tiempo prolongado. Se desaconseja duplicar los registros (registrar lo mismo en más de un lugar). Siempre es una buena idea poner a prueba un cambio para resolver las trabas (es decir, empezando en una unidad donde el supervisor de enfermería y el personal lo apoyen). Cuando se realiza el cambio por primera vez es importante proporcionar tiempo para el entrenamiento y disponer de personal de apoyo. También es importante al principio pensar

sobre los usos de los datos en el futuro, más allá de la planificación inicial de los cuidados o de los propósitos del registro. En la Primera parte también se incluye la idea de establecer en el futuro una base de datos global para la investigación sobre la eficacia.

16. ¿Qué debo hacer para obtener una licencia? Otras cuestiones relacionadas son las siguientes: ¿por qué necesito una licencia?, ¿por qué la NIC no es de dominio público?, ¿por qué los derechos de autor de la NIC los tiene el editor? Para introducir la NIC en un sistema de información de enfermería o para utilizar una parte importante de la Clasificación con fines comerciales se necesita una licencia. La NIC está publicada por Elsevier, que tiene los derechos de autor. Esta editorial procesa las peticiones de permisos para utilizar la Clasificación. Véase en la parte interior de la portada de este texto la dirección del contacto para el permiso de uso y licencias.

Cuando empezamos a trabajar en la clasificación NIC no teníamos idea de la magnitud del trabajo, de su extensa utilización en la actualidad ni de que iría seguida por la NOC. Estuvimos buscando una manera para imprimirla y distribuirla de forma rápida. Como académicos estábamos familiarizados con el mundo editorial y después de examinar a fondo algunos mecanismos alternativos y de contactar con varios editores escogimos a Mosby (en la actualidad Elsevier). La publicación con Elsevier tiene varias ventajas. Primero, dispone de los recursos y de los contactos para producir un libro, distribuirlo y comercializarlo y, además, dispone de los recursos y del personal legal para tramitar las peticiones de permiso y proteger los derechos de autor. Este último aspecto es especialmente importante con el lenguaje estandarizado, donde la variación de los términos impediría el objetivo de comunicación entre enfermeras de todas las especialidades y en diversas situaciones. Nosotros consideramos nuestra relación con Elsevier como una asociación.

Los derechos de autor no restringen el uso razonable. De acuerdo con las normas de la American Library Association, un uso razonable permite que se copie el material si: 1) la parte copiada es escogida y pequeña en comparación con la obra completa; 2) los materiales no se utilizan repetidamente; 3) cada persona no realiza más de una copia; 4) en cada copia se hacen constar la fuente y los derechos de autor, y 5) a las personas no se les cobra por la copia más del coste real de la reproducción. La determinación del importe que puede copiarse en virtud de las políticas de uso razonable tiene que ver con el efecto de la copia en las ventas del material original. La American Library Association declara que no debería copiarse más de un 10% de la obra.

Cuando alguien introduce la NIC en un sistema de información que será utilizado por muchos usuarios se están violando los derechos de autor (en realidad se está «copiando» un libro para que sea utilizado por cientos de enfermeras), por tanto, se necesita un contrato de licencia. También, cuando alguien utiliza una cantidad importante de la NIC en un libro o en un programa informático que posteriormente se vende y con ello hace negocio es necesario pagar los derechos. Las facultades de Enfermería y los centros de atención sanitaria que quieren utilizar la NIC en sus propias organizaciones sin intención de vender un producto pueden hacerlo libremente; sin embargo, existen ciertas políticas de uso limitado. Por ejemplo, la NIC y la NOC no deben fotocopiarse ni utilizarse en los programas semestrales una y otra vez, si no que deberían adquirirse los libros de la Clasificación para su uso. De manera parecida, los centros de atención sanitaria, más que copiar las intervenciones y ponerlas en un manual de procedimientos, deberían adquirir un número razonable de libros (p. ej., uno por unidad).

Las peticiones para utilizar la NIC y la NOC deben enviarse al departamento de concesión de permisos de Elsevier. Muchas solicitudes de permiso para su uso no violan los derechos de autor y los permisos se conceden sin pagar nada. El pago por el uso en un libro depende de la cantidad de material utilizado; el pago por el uso en un sistema de información depende del número de usuarios. Existen una tarifa plana para incorporar la NIC en una base de datos de un proveedor y una tarifa de sublicencia para cada sublicencia contratada según el número de usuarios. Las tarifas son razonables y una parte importante de ellas se envía al Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness para el desarrollo y el perfeccionamiento de la NIC. La Clasificación solo resulta útil si refleja la práctica actual; su mantenimiento es muy laborioso y caro, y los ingresos generados por su uso respaldan este trabajo.

17. ¿Cómo explico al administrador de mi institución que se necesita una licencia? En primer lugar se debe repetir que únicamente se requiere una licencia y un pago en el caso de utilizarla en un sistema de información; si se quiere utilizar la NIC de forma manual o para un proyecto particular que no viola los derechos de autor, entonces no hay ningún problema. Según nuestra experiencia, son enfermeras quienes desconocen los asuntos de licencias y tasas y no los administradores de asistencia sanitaria. La mayoría de las otras clasificaciones de asistencia sanitaria tienen registrados los derechos de autor y se precisa una tasa para su uso. Por ejemplo, la American Medical Association tiene los derechos de autor de la *Terminología Actualizada de Procedimientos (CPT)*, la American Psychiatric Association tiene los derechos de autor del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5)*. Actualmente, las instituciones de asistencia sanitaria pagan regularmente una tasa de licencia para estas clasificaciones, pero la mayoría de las enfermeras desconocen su uso.

A menudo dichas tasas están incluidas en los costes del programa informático. El permiso para incorporar la NIC en un sistema de información existente puede adquirirse a través de Elsevier (uso del lenguaje) o comprarse a través de un proveedor (el proveedor compra la licencia a Elsevier y el precio del programa incluye el coste de dicha licencia). Cuantas más enfermeras comprendan las ventajas de utilizar un lenguaje estandarizado y así lo deseen al comprar sistemas informáticos nuevos, más proveedores incluirán la NIC en sus productos.

En enfermería ninguna de las organizaciones profesionales tiene los recursos necesarios para mantener la NIC, de manera que se necesitaba otra vía. En el campo de la salud nos han comentado que tener la Clasificación en un entorno universitario tiene ventajas sobre el modelo organizativo profesional, donde

la política (lo que se incorpora y lo que no) puede influir. Sin embargo, el desarrollo y el mantenimiento continuos precisan recursos. A menudo las clasificaciones y otros trabajos del dominio público son los que no tendrán mantenimiento (pueden utilizarse, pero no es de esperar que se mantengan actualizados). Nosotros hemos intentado que la NIC sea tan accesible como se pueda, pero a la vez recoger aportaciones, de manera que podamos tener un flujo de ingresos para financiar el trabajo de mantenimiento que debe continuar.

18. ¿Qué es un modelo de terminología de referencia? ¿Por qué se están desarrollando? ¿Dejarán obsoletas a clasificaciones como la NIC? Un modelo de terminología de referencia (TR) identifica las partes de un concepto (es decir, las partes de cualquier diagnóstico o cualquier intervención) que pueden utilizar los sistemas informáticos para «hablar entre ellos». Por ejemplo, una intervención podría constar de una acción, un receptor y una ruta. En teoría, un modelo TR permite que distintos vocabularios (p. ej., NIC y el Omaha System) se ordenen en él, pudiéndose así comparar entre ellos. Decimos «en teoría» porque esta propuesta todavía no se ha comprobado en la práctica. A finales de la década de 1990 y principios de la de 2000 surgieron rápidamente modelos de terminología. Entre ellos se incluyen HL7 (en Estados Unidos para toda la asistencia sanitaria), CEN (en Europa para toda la asistencia sanitaria), SNOMED CT (para utilizar en Estados Unidos y Europa) y la ISO-Nursing (para la enfermería a nivel internacional). Nosotros consideramos que la International Classification of Nursing Practice (ICNP), con sus ejes, es un modelo TR con más utilidad en la intercomunicación entre ordenadores que en la práctica de las enfermeras como terminología de cara al usuario.

Una segunda parte de la pregunta es si la creación de un modelo TR dejará obsoletas clasificaciones como la NIC. No, la NIC es un lenguaje de cara al usuario diseñado para la comunicación entre las enfermeras y entre estas y otros proveedores. Nosotros queremos que las enfermeras sean capaces de escribir y hablar mediante la NIC. Por otra parte, los modelos TR son para la intercomunicación entre ordenadores: si tienen éxito ayudarán a los proveedores a construir sistemas informáticos que pueden utilizar y comparar diferentes lenguajes de cara al usuario. Los modelos TR son a menudo difíciles de comprender y no son clínicamente útiles. Incluso aunque permitan que el usuario registre los cuidados en sus propias palabras (frente al lenguaje estandarizado) no es deseable (excepto en el apartado de notas de texto libres que complementa y se elabora sobre un lenguaje estandarizado) para la profesión, porque todavía tendríamos el problema de la falta de comunicación entre nosotros mismos, así como entre nosotros y los demás sobre lo que hacemos. Siempre se necesitará un lenguaje estandarizado para comunicar el trabajo de enfermería. La NIC se propone precisamente esto.

19. ¿Existen programas informáticos comerciales con la NIC incorporada? ¿Hay vendedores que tengan programas informáticos de enfermería clínica con la NIC? Sí. Este es un campo en expansión. Cuando se realiza un contrato de licencia para la NIC con Elsevier, el usuario recibe un CD para facilitar la transferencia del lenguaje al sistema informático. Cada vez más vendedores están incluyendo la NIC en sus sistemas de información, y la información de páginas de internet para consultarlos se recoge en la Primera parte.

Cuando alguien considera un proveedor en particular para implementarlo en una instalación le sugerimos que elija un proveedor que ya tenga lenguajes de enfermería integrados en el sistema. Si los proveedores no tienen la NIC incluida en su sistema electrónico de salud pídales que construyan el sistema para que las enfermeras puedan usar la terminología de la NIC en la planificación y registro de los cuidados. Los proveedores construirán sus productos de acuerdo a la demanda del usuario. Las enfermeras deben pedir que se incluya un lenguaje estandarizado en los sistemas de información clínica.

OTRAS

20. ¿Cómo comparar la NIC con otras clasificaciones? La American Nurses Association reconoce 12 terminologías para la infraestructura de información de la práctica enfermera. Algunas son grupos de elementos de datos, otras son terminologías de interrelación y otras son terminologías multidisciplinarias. En comparación con las otras clasificaciones, la NIC es la más completa en cuanto a intervenciones se refiere. De todas las clasificaciones solo NANDA-I, la NIC y la NOC son completas y se hacen esfuerzos continuados para mantenerlas actualizadas. Existen numerosas publicaciones que documentan el uso y la relación entre los tres sistemas de clasificación.

21. ¿Deberíamos utilizar una clasificación de enfermería aun cuando la mayoría de cuidados sanitarios los suministran equipos interdisciplinarios? En ocasiones, oímos comentarios como «no podemos utilizar nada que esté etiquetado y provenga de enfermería cuando actualmente todo va hacia la interdisciplinariedad». Estos comentarios, más que a médicos u otros profesionales relevantes del terreno interdisciplinario, los hemos oído de las propias enfermeras. Al mismo tiempo, se asume que el uso del lenguaje médico no viola este principio artificial de interdisciplinariedad. Nosotros creemos que las enfermeras que sean miembros de un equipo interdisciplinario encargado del desarrollo y la implantación de un registro informatizado integrado de la atención a los pacientes deberían (y de hecho deben) ser las portavoces para utilizar la NIC y la NOC. Sí, estas tienen la palabra enfermería en sus títulos porque fueron desarrollados inductivamente a través de la investigación basada en el trabajo de enfermeras para enfermeras. En su globalidad reflejan la disciplina enfermera, pero cualquier intervención concreta puede realizarla otro profesional y cualquier resultado concreto puede estar influido por los tratamientos de otros profesionales o por muchos otros factores. Esta es una situación en la que enfermería tiene un valor que los otros profesionales, en su mayoría, no tienen. La NIC y la NOC pueden documentar las contribuciones de las enfermeras y pueden ser utilizadas o adaptadas y utilizadas por otros si lo desean. Las enfermeras no deben dejar de hablar sobre estas iniciativas de enfermería; más bien deben seguir haciéndolo y ofrecerlas a los demás como una

contribución de la enfermería al objetivo interdisciplinario de un registro informatizado de los pacientes que puede traspasar situaciones y especialidades.

Hemos oído decir a algunas personas que debería haber un único lenguaje compartido por todas las disciplinas sanitarias. Si esto fuese posible, creemos que este lenguaje debería desarrollarse de manera inductiva compartiendo y sumando los lenguajes que actualmente existen. Quizá con el tiempo construiremos un gran lenguaje común en el cual algunos términos de intervenciones y resultados sean compartidos por muchos profesionales. Pero, incluso si podemos construir un gran lenguaje común, siempre se utilizará por partes, dado que el conjunto será demasiado grande para aprenderlo, comunicarlo y estudiarlo, y además no todas las intervenciones y resultados son asunto de cada disciplina. El gran y único lenguaje se fragmentará y se utilizará por partes por las mismas razones por las que hay disciplinas; el conjunto es demasiado grande y complejo para ser dominado por un solo individuo. Por tanto, las distintas disciplinas representan las diferentes perspectivas especializadas.

22. ¿De qué manera contribuye la NIC al desarrollo de la teoría en enfermería? Las etiquetas de las intervenciones son los conceptos o los nombres de los tratamientos administrados por las enfermeras. Las definiciones y actividades que acompañan a las etiquetas constituyen las definiciones y descripciones de la intervenciones. La clarificación de los conceptos de las intervenciones contribuye a desarrollar el conocimiento enfermero y facilita la comunicación dentro de la disciplina. A medida que crezca la habilidad de la enfermería para relacionar diagnósticos, intervenciones y resultados evolucionará la teoría prescriptiva de la práctica enfermera. La NIC representa un desarrollo crucial debido a que proporciona el léxico para las teorías menos extendidas de enfermería que relacionarán diagnósticos, intervenciones y resultados. Las intervenciones son el elemento clave de la enfermería. Todos los demás aspectos de la práctica son accidentales y secundarios a los tratamientos que identifican y delinean nuestra disciplina. Este enfoque centrado en la intervención no resta importancia al paciente, sino que, desde una perspectiva disciplinar, el paciente es importante porque puede verse afectado por la acción de la enfermera. Nosotros creemos que el uso de lenguajes estandarizados para los diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería abrirá una nueva era en el desarrollo de la teoría de enfermería. La NIC se puede incluir en la mayoría de los modelos de práctica derivados de modelos y teorías conceptuales de enfermería. Además, la NIC puede ser utilizada por cualquier institución, especialidad de enfermería o modelo de provisión de cuidados independientemente de la orientación filosófica.

Índice de contenidos



PRIMERA PARTE Revisión y uso de la NIC en la práctica, la formación y la investigación, 1

SEGUNDA PARTE Taxonomía de las intervenciones de enfermería, 25

Capítulo Dos: Introducción a la taxonomía NIC, 26

TERCERA PARTE Clasificación, 49

CUARTA PARTE Intervenciones centrales según especialidades de enfermería, 441

QUINTA PARTE Tiempo estimado y nivel de formación necesarios para realizar intervenciones de la NIC, 469

SEXTA PARTE Apéndices, 483

A: Intervenciones: nuevas, revisadas y suprimidas desde la sexta edición, 484

B: Guías para la presentación de una intervención nueva o revisada de la NIC, 486

C: Secuencia cronológica y momentos destacados de la NIC, 489

D: Abreviaturas, 493

E: Ediciones y traducciones previas, 495

Índice alfabético, 497



PRIMERA PARTE

Revisión y uso de la NIC en la práctica, la formación y la investigación

DESCRIPCIÓN DE LA NIC

Para cualquier sistema científico de conocimiento es fundamental contar con un medio para clasificar y estructurar categorías de información[11,32,58]. La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es un medio para identificar el tratamiento que las enfermeras realizan, organizar esta información en una estructura coherente y proporcionar el lenguaje para comunicarse con las personas, familias, comunidades, miembros de otras disciplinas y la población en general. Cuando se utiliza la NIC para documentar el trabajo de las enfermeras en la práctica tenemos los medios para determinar el impacto de los cuidados de enfermería en los resultados de los pacientes. Clark y Lang[20] nos recordaron la importancia de los lenguajes enfermeros y las clasificaciones al afirmar: «si no podemos nombrarlo, no podemos controlarlo, financiarlo, enseñarlo o incluirlo en las políticas públicas» (pág. 27).

La NIC es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la planificación de los cuidados, la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución, la docencia y el diseño de programas. La Clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. Una *intervención* se define como *cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente*. Aunque el profesional individual solo será competente en un número limitado de intervenciones que reflejen su especialidad, la Clasificación en su totalidad abarca las competencias de todo el personal de enfermería. La NIC puede utilizarse en *todas las situaciones* (cuidados agudos, unidades de cuidados intensivos, cuidados domiciliarios, cuidados paliativos y atención primaria) y en todas las especialidades (desde la enfermería de cuidados críticos a la enfermería pediátrica y geriátrica). La Clasificación en su totalidad describe las competencias de enfermería; sin embargo, algunas de las intervenciones de la Clasificación también pueden ser útiles para otros profesionales. La NIC está la disposición de todos los profesionales de la salud que deseen emplearla para describir sus tratamientos.

Las intervenciones NIC incluyen tanto el ámbito fisiológico (p. ej., Manejo acidobásico) como el psicosocial (p. ej., Disminución de la ansiedad). Las intervenciones se han incluido para el tratamiento de enfermedades (p. ej., Manejo de la hiperglucemia), la prevención (p. ej., Prevención de caídas) y para el fomento de la salud (p. ej., Fomento del ejercicio). La mayoría de las intervenciones son para su utilización en individuos, pero muchas de ellas son para su uso en familias (p. ej., Estimulación de la integridad familiar) y algunas para ser empleadas en comunidades enteras (p. ej., Manejo ambiental: comunidad). También se incluyen intervenciones de enfermería indirectas (p. ej., Manejo de la cadena de suministro).

Cada intervención que aparece en la Clasificación está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo la intervención y la bibliografía. En cada intervención, justo antes de la bibliografía, aparece una referencia a la edición o ediciones en las que se desarrolló originalmente y cuándo se modificó dicha intervención.

En esta edición hay 565 intervenciones y aproximadamente 13.000 actividades. Las denominaciones de las intervenciones y las definiciones están normalizadas, por lo que **no deberían** cambiarse cuando se utilizan. Esto permite la comunicación entre diferentes situaciones y la comparación de resultados. Sin embargo, los cuidados pueden individualizarse a través de las actividades. A partir de una lista de aproximadamente entre 10 y 30 actividades por intervención el profesional elige las actividades apropiadas para un individuo o familia concreta y, si lo desea, después puede añadir nuevas actividades. Sin embargo, todas las modificaciones o ampliaciones de las actividades deben ser congruentes con la definición de la intervención.

Para cada intervención, las actividades están listadas en orden lógico, empezando por lo primero que debería realizar el profesional de enfermería y finalizando por lo que debería hacer en último lugar. En muchas actividades el orden que ocupen no es crucial, mientras que en otras se debe tener en cuenta la secuencia temporal. Las listas de actividades son bastante largas, dado que la Clasificación ha de satisfacer las necesidades de múltiples usuarios; los estudiantes y los principiantes necesitan directrices más concretas que los profesionales de enfermería experimentados. Las actividades no están estandarizadas dado que, por una parte, sería prácticamente imposible, ya que son muy numerosas y, por otra, frustraría el propósito de utilizarlas para los cuidados individualizados. La breve bibliografía que hay al final de cada intervención es la que se considera más útil para el desarrollo de la intervención o para apoyar alguna de sus actividades. Si no se conoce una determinada intervención, la bibliografía es un punto de partida para iniciar la lectura, pero de ningún modo es una lista de referencias completa ni incluye toda la investigación sobre la intervención.

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

Aunque las listas de actividades son muy útiles para la enseñanza de una intervención y para su aplicación, no son la esencia de la Clasificación. Las etiquetas y las definiciones de las intervenciones son la clave de la Clasificación; los nombres proporcionan una etiqueta resumen para actividades concretas y permiten a los profesionales de enfermería identificar y comunicar su trabajo. Antes de la NIC las enfermeras solo teníamos largas listas de actividades aisladas, sin una estructura organizativa; con la NIC podemos comunicar con facilidad nuestras intervenciones con la etiqueta, que se define con una descripción formal y una lista de actividades.

Las intervenciones están agrupadas en 7 dominios y 30 clases para facilitar su uso. Los 7 dominios son: 1) Fisiológico: básico, 2) Fisiológico: complejo, 3) Conductual, 4) Seguridad, 5) Familia, 6) Sistema sanitario y 7) Comunidad (v. Taxonomía a partir de la pág. 26). Algunas intervenciones se encuentran en más de una clase, pero cada una de ellas tiene un número único (código) que identifica la clase principal y que no se utiliza para ninguna otra intervención. La taxonomía de la NIC se codificó por varias razones: 1) para facilitar su uso informático, 2) para facilitar una manipulación sencilla de los datos, 3) para aumentar la articulación con otros sistemas codificados y 4) para permitir su uso en las retribuciones. Los códigos para los 7 dominios son 1-7; los códigos para las 30 clases son A-Z, más a, b, c y d. Cada intervención tiene un número único compuesto de cuatro espacios.

Aunque las actividades de esta edición no están codificadas, **pueden codificarse** secuencialmente después del decimal utilizando dos dígitos (los números no están incluidos en el texto para no distraer al lector). Un ejemplo de un código completo es 4V-6490.02, que corresponde con el dominio Seguridad, clase Control de riesgos, intervención Prevención de caídas, segunda actividad: «Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas».

El lenguaje utilizado en la Clasificación es claro, está redactado de manera lógica y refleja el que se usa en la práctica. Las encuestas enviadas a profesionales clínicos, así como 26 años de uso de la Clasificación, han demostrado que todas las intervenciones se utilizan en la práctica. Aunque la lista global de más de 565 intervenciones a primera vista pueda parecer abrumadora, hemos observado que el personal pronto descubre las intervenciones utilizadas más a menudo en su especialidad o en su población de pacientes. Otras maneras para localizar las intervenciones deseadas son la taxonomía, las relaciones con los diagnósticos y las intervenciones centrales para especialidades de enfermería también incluidas en esta edición (v. Cuarta parte).

La Clasificación se actualiza constantemente y tiene un proceso continuo de retroalimentación y de revisión. En el Apéndice B están las instrucciones para que los usuarios propongan sugerencias para la modificación de intervenciones existentes o nuevas intervenciones. Muchos de los cambios en la séptima edición se han producido como resultado del tiempo que los investigadores y los clínicos han dedicado para enviar sugerencias para modificaciones basadas en su investigación y uso. Estas propuestas se someten a un proceso de revisión en el que se lleva a cabo una edición y modificaciones, si es preciso. Todas las personas que han propuesto cambios están incluidas en la siguiente edición y se mencionan en el apartado de agradecimientos del libro. Las nuevas ediciones de la Clasificación están programadas cada 5 años, aproximadamente. Además, hay múltiples publicaciones, muchas en la *International Journal of Nursing Knowledge* y la *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications,* que describen varias aplicaciones del uso de la NIC en la práctica, la investigación y la docencia.

Las intervenciones de la NIC se han relacionado con los diagnósticos enfermeros de NANDA Internacional (NANDA-I) (incluidos en la sexta edición de la NIC, Sexta parte), los problemas del Omaha System[43], los protocolos de evaluación de residentes (RAP) utilizados en residencias de ancianos[19] y el OASIS (Outcome and Assessment Information Set)[18], actualmente obligatorio para el cobro de pacientes cubiertos por el Medicare/Medicaid que reciben atención en residencias de la tercera edad. La NIC está vinculada con los diagnósticos NANDA-I, la Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) y 10 afecciones clínicas comunes en el libro *Vínculos de NOC y NIC con NANDA-I y afecciones clínicas: apoyo al razonamiento crítico y atención de calidad*[45]. Esta tercera edición del libro de «vínculos» unifica los lenguajes NANDA-I, NOC y NIC y sirve como una valiosa herramienta para desarrollar planes de cuidados y sistemas de información en enfermería. La nueva sexta edición de NOC[66] también ha sido publicada por Elsevier al mismo tiempo que la actual séptima edición de la NIC.

Se encuentran disponibles varias herramientas para facilitar la implementación de la clasificación. Incluidos en este libro están la estructura taxonómica (Segunda parte) para ayudar al usuario a encontrar la intervención de elección, las listas de intervenciones principales para áreas de práctica especializada (Cuarta parte), la cantidad de tiempo y el nivel de formación necesarios para realizar cada intervención (Quinta parte). El editor de la NIC y la NOC, Elsevier, tiene una página de Facebook con noticias actualizadas sobre las clasificaciones. Se puede obtener el permiso para usar la NIC de Elsevier en publicaciones, sistemas de información y cursos web (v. el interior de la portada). Parte del dinero para comprar una licencia vuelve al Centro de Clasificación de Enfermería y Efectividad Clínica (CNC, Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness) para ayudar con el desarrollo continuo de la clasificación.

CENTRO DE CLASIFICACIÓN DE ENFERMERÍA Y EFECTIVIDAD CLÍNICA

La NIC se encuentra en el CNC de la Universidad de Iowa, Facultad de Enfermería. El CNC fue aprobado por la Junta de Directiva de Iowa (el órgano rector que supervisa las tres universidades públicas del estado) en 1995. El objetivo del Centro es facilitar el desarrollo continuo y el perfeccionamiento de la NIC y la NOC y promover su uso. El Centro lleva a cabo procesos de revisión y procedimientos para actualizar las clasificaciones, difunde materiales relacionados con las clasificaciones, brinda apoyo de gestión para ayudar a los investigadores de la facultad a obtener fondos y ofrece oportunidades de investigación y formación para estudiantes y académicos visitantes. El CNC

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

proporciona una estructura para el mantenimiento continuo de las clasificaciones y para la comunicación con las diferentes enfermeras y otras instituciones educativas y de atención de la salud que están incorporando este lenguaje en sus planes de estudio y sistemas de documentación. Actualmente, Sue Moorhead es la directora del CNC. Asistida en la toma de decisiones por una junta ejecutiva compuesta por los editores de los libros NIC y NOC. El apoyo financiero del Centro proviene de varias fuentes, incluyendo fondos de universidades y colegios; licencias, permisos e ingresos por productos de la NIC, la NOC y publicaciones relacionadas, subvenciones e ingresos de las iniciativas del Centro. Una dotación sustancial para el apoyo de la CNC se ha recaudado a través de donaciones. Estas ayudan a garantizar la sostenibilidad del trabajo del Centro. La información sobre los sucesos de CNC se puede encontrar en el sitio web http://www.nursing.uiowa.edu/cnc. El CNC recibe visitantes que vienen por un corto período de tiempo, así como académicos nacionales e internacionales que vienen por un período prolongado para trabajar en algún proyecto.

DESARROLLO DE LA NIC

La investigación para desarrollar la NIC empezó en 1987 y ha pasado por cuatro fases que se han solapado en el tiempo:
Fase I: elaboración de la Clasificación (1987-1992).
Fase II: elaboración de la Taxonomía (1990-1995).
Fase III: prueba y perfeccionamiento clínicos (1993-1997).
Fase IV: uso y mantenimiento (a partir de 1996).

El trabajo realizado en cada una de estas fases se describe en las ediciones previas de este libro y en otras muchas publicaciones[9,21,41,42,64]. La investigación comenzó con un período de 7 años financiados por el Instituto Nacional de Enfermería (National Institute of Nursing) de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health). El trabajo continuado está apoyado por el CNC de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Iowa, financiado en gran medida por las ganancias obtenidas a partir de las licencias y los productos relacionados. La NIC fue desarrollada por un gran equipo de investigación cuyos miembros representaban múltiples áreas de conocimiento clínico y metodológico.

Para el desarrollo de NIC se han utilizado múltiples métodos de investigación. En la fase I se ha utilizado un enfoque inductivo para elaborar la Clasificación según la práctica existente. Las fuentes originales fueron libros de texto actuales, guías de planificación de cuidados y sistemas de información de enfermería. Para aumentar el conocimiento de la práctica clínica de los miembros del equipo se utilizaron análisis de contenidos, revisión por parte de grupos de reflexión y cuestionarios entregados a expertos en áreas de especialidades de la práctica. La fase II se caracterizó por métodos deductivos. Los métodos para elaborar la taxonomía incluyeron análisis de similitudes, agrupaciones jerárquicas y escalas multidimensionales. Durante todo el proceso de ensayo de campo clínico se desarrollaron y se probaron los pasos para la aplicación y se identificaron las necesidades de las relaciones entre NANDA-I, NIC y NOC. Durante este tiempo, más de 1.000 profesionales de enfermería han cumplimentado cuestionarios y alrededor de 50 asociaciones profesionales han proporcionado su opinión sobre la Clasificación. Se pueden consultar más detalles en los capítulos de las ediciones previas de la NIC, así como en numerosos artículos, capítulos de libros y publicaciones.

INDICADORES DE UTILIDAD DE LA NIC

Una indicación de utilidad es el reconocimiento nacional. La NIC está reconocida por la American Nurses' Association (ANA) y está incluida como un conjunto de datos que aportan unas normas uniformes para el ANA's Nursing Information and Data Set Evaluation Center (NIDSEC). La NIC también está incluida en el Metathesaurus for a Unified Medical Language de la National Library of Medicine. El Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), disponible a través del *host* de EBSCO, ha añadido las intervenciones NIC en sus índices. La NIC está incluida en los requisitos de acreditación de The Joint Commission on Accreditation for Health Care Organizations (JCAHO) como un sistema de clasificación de enfermería que puede utilizarse para satisfacer los estándares sobre uniformización de datos. La NIC está registrada en Health Level 7 (HL7), que es la organización de estándares estadounidenses para la asistencia sanitaria. La NIC también está autorizada para su inclusión en la Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED). El interés de la NIC se ha demostrado en otros países y sus traducciones están disponibles en chino, holandés, francés, italiano, alemán, indonesio, japonés, coreano, noruego, español y portugués (v. Apéndice E).

Sin embargo, el mejor indicador de su utilidad es la creciente lista de profesionales y de instituciones sanitarias que utilizan la NIC. Muchas de dichas instituciones han adoptado la NIC para aplicarla en estándares, planes de cuidados, evaluación de competencia y sistemas de información de enfermería; los programas de enseñanza de enfermería utilizan NIC para estructurar el currículum e identificar competencias de los estudiantes de enfermería; los proveedores de sistemas de información están incorporando la NIC en sus programas informáticos; autores de libros importantes utilizan la NIC para comentar los tratamientos de enfermería y algunos investigadores la están empleando para estudiar la efectividad de los cuidados de enfermería. Además, la NIC se está utilizando en todo el mundo en entornos educativos, sistemas de documentación electrónica y libros de texto. Anderson, Keenan y Jones[4] compararon cinco terminologías de enfermería que incluían diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados y descubrieron que había 879 publicaciones sobre las terminologías NANDA-I, NIC y NOC (más que las publicaciones totales para las otras cuatro terminologías combinadas). Se encontró literatura de NNN en 21 países y 28 estados de los Estados Unidos[4].

USO DE LA NIC EN LA PRÁCTICA

Selección de una intervención

Los profesionales de enfermería utilizan el criterio clínico con las personas, familias y comunidades para mejorar su salud, aumentar su capacidad de afrontar los problemas de salud y

fomentar su calidad de vida. La selección de una intervención de enfermería para un paciente concreto es parte del criterio clínico del profesional de enfermería. Al elegir una intervención deben tenerse en cuenta seis factores: 1) resultados deseados en el paciente, 2) características del diagnóstico de enfermería, 3) investigación sobre la intervención, 4) factibilidad para realizar la intervención, 5) aceptación por el paciente y 6) capacidad del profesional de enfermería[10].

Resultados deseados en el paciente Los resultados en el paciente han de especificarse antes de elegir la intervención. Servirán de criterio comparativo para juzgar el éxito de una intervención de enfermería determinada. Los resultados describen conductas, respuestas y sentimientos del paciente debidos a los cuidados administrados. Son muchas las variables que afectan a los resultados, entre ellas el problema clínico, las intervenciones prescritas por los proveedores de cuidados sanitarios, los propios proveedores de los cuidados, el ambiente en el que se administran los cuidados, la propia motivación del paciente, la estructura genética y su fisiopatología, así como sus familiares. Existen muchas variables de intervinientes y mediadoras en cada situación, lo que, en algunos casos, hace difícil establecer una relación causal entre las intervenciones de enfermería y los resultados en el paciente. El profesional debe identificar para cada paciente los resultados que razonablemente pueden esperarse y conseguirse como consecuencia de los cuidados.

La manera más eficaz de especificar los resultados es mediante el uso de la NOC. La NOC[66] contiene 540 resultados para pacientes individuales, familias y comunidades que son representativos de todas las situaciones y especialidades clínicas. Cada resultado NOC describe el estado del paciente a nivel conceptual con indicadores que se espera que respondan a la intervención de enfermería. Como se describió anteriormente, los indicadores de cada resultado permiten cuantificar los resultados en cualquier punto de una escala de Likert de 5 puntos, desde lo más negativo a lo más positivo. Los resultados de evaluaciones repetidas a lo largo del tiempo permiten identificar los cambios en el estado del paciente. Por tanto, los resultados NOC pueden utilizarse para controlar el grado de progreso, o la ausencia de progreso, durante un episodio de cuidados. Los resultados NOC se han desarrollado para usarse en todos los contextos, especialidades y a lo largo de todo el *continuum* de cuidados. Asimismo, se han relacionado con los diagnósticos NANDA-I, y dichas relaciones aparecen en la quinta edición de la NOC.

Características del diagnóstico de enfermería Los resultados y las intervenciones se seleccionan en función de diagnósticos de enfermería concretos. El uso del lenguaje de enfermería normalizado comenzó a principios de 1970 con el desarrollo de la clasificación de los diagnósticos de enfermería de la NANDA. Un diagnóstico de enfermería según la NANDA-I es un «juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad»[37] (pág. 133). Los elementos de un diagnóstico real de la NANDA-I son la denominación, los factores relacionados (causas o factores asociados) y las características definitorias (signos y síntomas). Las intervenciones están dirigidas a modificar los factores etiológicos (factores relacionados) o las causas del diagnóstico. Si la intervención tiene éxito en la modificación de la etiología, puede esperarse que el estado del paciente mejore. No siempre es posible cambiar los factores etiológicos, en cuyo caso es necesario tratar las características definitorias (los signos y los síntomas).

Para ayudar a seleccionar las intervenciones de enfermería apropiadas consulte la sexta edición de la NIC, en la que se enumeran las intervenciones principales para el tratamiento de los diagnósticos de enfermería NANDA-I. Además, el libro *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos: soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados*[45] es un recurso muy valioso para identificar los resultados y las intervenciones de todos los diagnósticos de enfermería NANDA-I, así como para 10 afecciones clínicas frecuentes: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer colorrectal, depresión, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, hipertensión, neumonía, ictus y artroplastia total: cadera/rodilla.

Investigación sobre la intervención Butcher[12] afirma: «Las enfermeras viven en la era de la práctica basada en la evidencia (PBE)» (pág. 25). La PBE es la integración de la mejor evidencia del resultado de la investigación con la experiencia clínica y los valores del paciente para facilitar la toma de decisiones clínicas[73]. El Instituto de Medicina (IOM, Institute of Medicine) en el informe *Health Professions Education: A Bridge to Quality*[34] esbozó los cambios en la formación de todas las profesiones sanitarias que incluyen el empleo de la PBE. La Agencia para la Investigación y Calidad en Cuidados de Salud (AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality), el IOM y otros organismos gubernamentales que actúan como centros de intercambio de directrices clínicas han aprobado el uso de la PBE como base de toda la atención sanitaria[33]. Estos organismos han hecho hincapié en que las intervenciones basadas en la evidencia científica mejoran los resultados del paciente y la práctica clínica. Ahora bien, es esencial que los profesionales de enfermería desarrollen habilidades de investigación clínica, lo que requiere que cuestionen continuamente si la atención que prestan es la mejor práctica posible. La *Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice*[2] proporciona una base para la PBE al defender que: «La práctica profesional de enfermería se basa en la traducción de la evidencia actual a la práctica» (pág. 15). Al graduarse, se espera que los estudiantes de enfermería «integren evidencia, juicio clínico, perspectivas interprofesionales y la perspectiva del paciente en la planificación, implementación y evaluación de los resultados de la atención»[2] (pág. 16). Para determinar cuál es la mejor práctica, se debe asimilar y utilizar la evidencia basada en la investigación a la hora de elegir las intervenciones. Por tanto, el profesional de enfermería que utiliza una intervención debe estar familiarizado con su base de investigación. La investigación indicará la efectividad del uso de la intervención con cierto tipo de pacientes. Algunas intervenciones y sus actividades de enfermería correspondientes han sido ampliamente probadas para poblaciones específicas, pero otras todavía han de evaluarse

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

y se basan en el conocimiento clínico experto. Los manuales de diagnósticos de enfermería, como el de Ackley, Ladwig y Makic[1] proporcionan referencias de investigación que oscilan desde casos aislados de un único paciente hasta revisiones sistemáticas que ofrecen una evidencia de investigación adicional relacionada con las intervenciones NIC. Los profesionales aprenden la investigación relacionada con una intervención en particular por sus programas educativos y cómo mantener sus conocimientos actualizados mediante la búsqueda y evaluación de estudios de investigación. Si no hubiera ninguna base de investigación de una intervención que ayudara al profesional a elegirla, este debería utilizar principios científicos (p. ej., transmisión de infecciones) o consultar con un experto acerca de las poblaciones específicas en las que puede funcionar la intervención. Además, los distintos organismos utilizan modelos, como el *Iowa Model for Evidence-Based Practice to Promote Quality of Care*[79] para guiar la tarea de desarrollar la evidencia con el fin de tratar un problema clínico concreto y de decidir sobre un protocolo práctico. El modelo de Iowa para la PBE se revisó en 2017 y ahora se puede acceder a través de https://uihc.org/iowa-model-revised-evidence-based-practice-promote-excellence-health-care%C2%A9, y también se puede consultar en el volumen 14, número 3 de *Worldviews on Evidence-Based Nursing*.

Factibilidad para realizar la intervención Las inquietudes sobre la factibilidad incluyen la forma en que la intervención particular interactúa con otras intervenciones, tanto las del personal de enfermería como las de otros profesionales sanitarios. Es importante que el profesional de enfermería se involucre en el plan completo de cuidados del paciente. Otras inquietudes de factibilidad, fundamentales en el contexto actual de cuidados sanitarios, son el coste de la intervención y el tiempo necesario para su puesta en práctica. El personal debe considerar las intervenciones de otros proveedores, el coste de la intervención, el entorno y el tiempo que se tarda en aplicar adecuadamente una intervención a la hora de escoger una vía de acción.

Aceptación por el paciente Una intervención debe ser aceptable para el paciente y su familia. El profesional de enfermería puede recomendar frecuentemente opciones de intervenciones para ayudar a conseguir un resultado concreto. Para facilitar una elección tras ser informado se deben proporcionar datos al paciente sobre cada intervención y del modo en el que se espera que participe. Aún más relevante es que, al elegir una intervención, deben tenerse en cuenta los valores, las creencias y la cultura del paciente.

Capacidad del profesional de enfermería El profesional debe estar en condiciones de llevar a cabo cada intervención concreta. Para que el profesional de enfermería sea competente para poner en práctica la intervención debe: 1) tener conocimientos del fundamento científico de la intervención, 2) poseer las habilidades psicomotoras e interpersonales necesarias y 3) ser capaz de trabajar en cada caso concreto para utilizar de manera eficaz los recursos sanitarios[10]. Está claro con solo echar una mirada a la lista total de 565 intervenciones que ningún profesional tiene la capacidad de implementar todas ellas. La enfermería, al igual que cualquier otra disciplina sanitaria, está especializada y los profesionales individuales actúan dentro de su especialidad y derivan o colaboran con otros cuando hacen falta otras habilidades.

Después de considerar estos factores anteriores para un paciente concreto, el profesional procederá a seleccionar la intervención o intervenciones. Hacer esto por escrito no lleva tanto tiempo como parece. Con la experiencia, el personal de enfermería sintetizará esta información y será capaz de reconocer los esquemas rápidamente. Una de las ventajas de la clasificación es que facilita la enseñanza y el aprendizaje de la toma de decisiones al profesional novel. La utilización de un lenguaje normalizado para comunicar la naturaleza de los tratamientos no quiere decir que dejemos de proporcionar cuidados individualizados. Las intervenciones se adaptan a las personas mediante la elección selectiva de las actividades y la modificación de las mismas según corresponda a la edad y al estado físico, emocional y espiritual del paciente y su familia. Estas modificaciones son realizadas por el profesional de enfermería mediante un juicio clínico lógico.

Implementación de la NIC en un centro asistencial

Cada vez es mayor el número de proveedores que desarrollan sistemas de información clínica informatizados y registros electrónicos de salud en los que se incluyen terminologías de enfermería normalizadas en los contextos hospitalario y de cuidados sanitarios. Por tanto, no resulta sorprendente que la NIC se esté implantando en un amplio número de sistemas de información informatizados en Estados Unidos y en otros países como Bélgica, Brasil, Canadá, Dinamarca, Inglaterra, Francia, Alemania, Islandia, Japón, España, Suiza y Países Bajos. En el cuadro 1 se enumeran algunos de los proveedores de sistemas informáticos para el ámbito sanitario que cuentan con licencia de la NIC para su incorporación a sus productos informáticos. En la actualidad se están usando sistemas de documentación informatizados que incluyen NIC y NOC en un gran número de contextos sanitarios variados. Dichos sistemas pueden ayudar a los profesionales de la salud a planificar y documentar los cuidados de enfermería, así como a proporcionar un modo de mejorar la toma de decisiones clínicas, de compartir la información y de seguir la consecución de los resultados de los pacientes[14,55,62]. Los profesionales incluyeron la NIC de diversas maneras para personalizar la historia clínica informatizada (HCI) en diferentes instituciones sanitarias. Es importante tener en cuenta que la toma de decisiones clínicas y la individualización de la atención mejoran cuando tanto el nombre de la etiqueta NIC como las actividades relacionadas aparecen como opciones en el sistema de información electrónico.

Según el informe del IOM titulado *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*[40], «no hay mayor oportunidad para transformar la práctica que a través de la tecnología» (pág. 136). Tal y como señala Gleick[32], la codificación de la información de forma matemática y electrónica permite a los ordenadores procesar, almacenar y recuperar información con rapidez. Los sistemas automatizados de información clínica contribuyen

Cuadro 1

Proveedores que tienen licencias para la NIC

Proveedor	Descripción
CPSI/Healthland Louisville, KY www.healthland.com	La NIC y la NOC están integradas con su sistema de programa informático de Documentación clínica para la planificación de los cuidados. El sistema se utiliza en hospitales de tamaño pequeño y medio
athenahealth Watertown, MA www.athenahealth.com	La NIC y la NOC están integradas en su plataforma multiusuario athenaNet®
DIPS ASA www.dips.com	La NIC está integrada dentro de su sistema electrónico de registro de pacientes para la planificación de los cuidados. Compañía en Bodo, Noruega
Medspere Systems Corporation www.medsphere.com Carlsbad, CA	La NIC y la NOC están integradas dentro de su OpenVista HER
Nurse's Aide, LLC Keller, TX www.nursesaide.net	Producto para School Nurses destinado a ayudar con sus planes de cuidados para estudiantes
Robin Technologies, Inc Worthington, OH www.careplans.com	La NIC y la NOC se usan en planes de cuidados para su empleo por estudiantes y profesionales de enfermería en centros de cuidados crónicos
SNOWMED CT-ownership has transferred to IHTSDO www.ihtsdo.org	La NIC y la NOC se usan en herramientas de mapeo

La lista de proveedores fue entregada en octubre de 2016 por Karen Delaney en el Departamento de Licencias, Elsevier, 1600 JFK Blvd. Suite 1800, Philadelphia, PA 19103.
NOTA: las versiones electrónicas traducidas de la NIC también están disponibles en Elsevier Japan, Elsevier Spain, Elsevier Netherlands y Hogefe Verlagsgruppe en Bern, Suiza. Otras plataformas de vendedores (EPIC, Cerner) han incorporado la NIC a petición de las instalaciones locales. Los proveedores responderán a las cuestiones de los clientes sobre incorporar la NIC en sus productos.

a la reducción de errores, al mayor acceso a los resultados de las pruebas diagnósticas y terapéuticas, así como a la mejora de la comunicación y la coordinación de los cuidados[38]. Los sistemas de información también ayudan en la toma de decisiones clínicas, la documentación de los cuidados y la determinación del coste de los mismos. Los elementos de enfermería de las historias clínicas informatizadas se refieren a cualquier información relacionada con el diagnóstico, el tratamiento y los resultados de enfermería relevantes para estos profesionales. Casey[17] señala que las historias clínicas informatizadas no aportarán beneficios a la enfermería hasta que los profesionales mejoren su capacidad de describir su trabajo, lo que guiará el diseño de los sistemas de información. Además, el contenido de enfermería en la HCI debe ser normalizado y estar fundamentado en la PBE. La NIC está normalizada y disponible en formato electrónico, y lista para ser integrada en sistemas de información de la salud. El uso de la NIC proporciona términos para el apoyo de la toma de decisiones clínicas y permite la documentación, el almacenamiento y la recuperación de información clínica acerca de los tratamientos de enfermería. La implementación electrónica de lenguajes de enfermería normalizados facilita que los cuidados de enfermería se comuniquen a otros profesionales de enfermería y al personal sanitario, hace posible un medio para la facturación y el reembolso de la prestación de los cuidados de enfermería y permite evaluar la consecución de los resultados y la calidad de los cuidados de enfermería.

El tiempo y el coste de la implantación de la NIC en un sistema de información de enfermería en un centro de atención sanitaria depende de la selección del centro y del uso de un sistema de información de enfermería, de la competencia informática de los profesionales de enfermería y del uso y de la comprensión previos del lenguaje normalizado por parte de estos profesionales. El cambio para introducir el lenguaje normalizado de enfermería utilizando un ordenador representa, para muchos, una modificación importante en la manera en la que los profesionales de enfermería han documentado tradicionalmente los cuidados, y para utilizarlo son necesarias estrategias de cambio eficaces. La implantación completa de la NIC en un centro puede llevar entre meses y varios años; el centro debe dedicar recursos para la programación de los ordenadores, la formación y el entrenamiento. A medida que los principales proveedores diseñen y actualicen los sistemas de información de enfermería clínica que incluyen la NIC su implantación será más sencilla.

Hemos incluido varias guías para ayudar en la implementación de la NIC en los diferentes entornos de práctica. En el cuadro 2 se proporcionan los pasos para la implantación de la NIC en un centro de atención sanitaria. Aunque no deben realizarse todos los pasos en cada institución, la lista es útil para planificar la implantación. Hemos observado que el éxito de la implantación de los pasos requiere conocimientos acerca del cambio y de los sistemas de información de enfermería. Además, es una buena idea establecer un proceso de evaluación. Hay muchas publicaciones que describen los procesos de la aplicación de la NIC a una gran variedad de contextos prácticos, que se pueden encontrar mediante una búsqueda informatizada de la bibliografía de enfermería. Los líderes que están dirigiendo el proceso de implantación, así como los administradores, diseñadores de sistemas informáticos de información y el personal de enfermería en ejercicio se beneficiarán de la lectura de la bibliografía en la que se describe el proceso de implantación. En el cuadro 3 se incluyen normas generales para utilizar la NIC en un sistema de información. Seguirlas ayudará a asegurar que los datos se recogen de manera homogénea. En algunos sistemas informáticos, dadas las restricciones de espacio, existe la necesidad de abreviar algunas actividades de la NIC. Aunque esto cada vez es menos

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuadro 2

Pasos para la puesta en práctica de la NIC en un centro asistencial

A. Establecer un compromiso organizativo con la NIC

- Identificar a la persona clave responsable de la puesta en práctica (p. ej., la persona a cargo de la informática en enfermería).
- Crear un grupo de trabajo de puesta en práctica con representantes de las áreas clave.
- Proporcionar materiales de la NIC a todos los miembros del grupo de trabajo.
- Adquirir copias del libro de la NIC y distribuir lecturas sobre la NIC a las unidades.
- Conseguir que los miembros del grupo de trabajo y demás personas clave comiencen a utilizar el lenguaje de la NIC en las conversaciones diarias.
- Acceder a la página de internet del Center of Nursing Classification en la University of Iowa y a la página de NIC en Facebook.

B. Preparar un plan de puesta en práctica

- Escribir las metas específicas que han de conseguirse.
- Realizar un análisis de campo de fuerzas para determinar las fuerzas impulsoras y limitadoras.
- Determinar si se realizará una evaluación interna y cuál será la naturaleza del esfuerzo de la evaluación.
- Identificar qué intervenciones de la NIC son más adecuadas para el centro/unidad.
- Determinar hasta dónde se implementará la NIC (p. ej., en las normas, planificación de cuidados, documentación, resumen al alta, evaluación del rendimiento).
- Dar prioridad a los esfuerzos de la puesta en práctica.
- Elegir de 1 a 3 unidades piloto. Implicar a los miembros de estas unidades en la planificación.
- Desarrollar un calendario por escrito para la puesta en práctica.
- Revisar el sistema actual y determinar la secuencia lógica de las acciones para integrar la NIC.
- Crear grupos de trabajo de usuarios clínicos expertos para que analicen las intervenciones y actividades de la NIC, determinar cómo se utilizarán estas en el centro y desarrollar los impresos necesarios.
- Distribuir el trabajo de los clínicos expertos a otros usuarios para su evaluación y retroalimentación antes de la puesta en práctica.
- Fomentar el desarrollo del profesional destacado en la aplicación de la NIC en cada una de las unidades.
- Mantener informados a todos los responsables de las decisiones de la institución.
- Determinar la naturaleza del grupo de datos totales de enfermería. Trabajar de forma que se garantice que todas las unidades reúnen datos de todas las variables de un modo uniforme para que puedan realizarse futuras investigaciones.
- Hacer planes para garantizar que todos los datos de enfermería estarán disponibles.
- Identificar las necesidades de enseñanza del personal y planificar modos de abordar dichas necesidades.

C. Llevar a cabo el plan de puesta en práctica

- Desarrollar las pantallas/impresos para la puesta en práctica. Revisar cada una de las intervenciones de la NIC y decidir si se van a utilizar todas las partes (p. ej., denominación, definición, actividades, bibliografía). Determinar qué actividades son críticas para documentar y si son necesarios más detalles.
- Proporcionar tiempo para la formación del personal.
- Poner en práctica la NIC en la(s) unidad(es) piloto y obtener una retroalimentación con regularidad.
- Actualizar el contenido o crear nuevas funciones informáticas según sea necesario.
- Utilizar grupos de discusión para clarificar cuestiones y tratar inquietudes/preguntas.
- Utilizar datos de los aspectos positivos de la puesta en práctica en presentaciones para toda la institución.
- Poner en práctica la NIC en toda la institución.
- Reunir datos de evaluación después de la puesta en práctica y realizar los cambios necesarios.
- Identificar marcadores clave que han de utilizarse durante la evaluación continua y seguir monitorizando y manteniendo el sistema.
- Proporcionar retroalimentación al proyecto de intervención de Iowa.

Cuadro 3

Normas generales para la puesta en práctica de la NIC en un sistema de información de enfermería

1. El sistema de información debe indicar claramente que se está usando la NIC.
2. Las denominaciones y definiciones de las intervenciones de la NIC deben aparecer completas y estar claramente denominadas como intervenciones y definiciones.
3. Las actividades no son intervenciones ni deben ser denominadas como tales en las pantallas.
4. La documentación de que la intervención fue planificada o administrada debe ser guardada en el nivel de la denominación de la intervención. Además, un centro puede elegir que los profesionales de enfermería identifiquen las actividades específicas de una intervención para la planificación y documentación de los cuidados del paciente.
5. El número de actividades requerido en un sistema de información debe mantenerse lo más bajo posible para cada intervención para no sobrecargar al proveedor de cuidados.
6. Si se incluyen las actividades en el sistema de información deben anotarse con el máximo detalle (atendiendo a los límites de la estructura de datos), tal como aparecen en la NIC. Las actividades que deban reescribirse de modo que quepan en un campo con pocos caracteres han de reflejar el significado pretendido.
7. Toda actividad adicional o modificada debe ser coherente con la definición de la intervención.
8. La modificación de las actividades de la NIC debe realizarse con cuidado y solo si es necesaria en la situación práctica.
9. Las intervenciones de la NIC deben constituir una parte permanente de la historia clínica del paciente, con posibilidad de recuperar esta información.

Cuadro 4

Directrices para abreviar las actividades de la NIC y adaptarlas a un sistema informático

Introducción: aunque los sistemas informáticos de base de datos están cambiando, algunos sistemas informáticos todavía tienen un espacio restringido y por tanto no permiten el número de caracteres necesarios para incluir toda la extensión de las actividades de la NIC. En tal caso aconsejamos pedir más espacio. Sin embargo, si por cualquier razón no es posible podrían utilizarse las siguientes pautas para disminuir la extensión de las actividades. Si se siguen estas pautas todas las actividades podrían contener menos de 125 caracteres.

Directrices:

1. Eliminar «si procede» y «según sea necesario» escritos tras una coma al final de algunas actividades.
2. Eliminar todos los «p. ej.» entre paréntesis.
3. Borrar las palabras o frases subordinadas que describen otras partes de la actividad.
4. Utilizar la abreviatura «pac» para paciente o «enf» para profesional de enfermería.
5. NO crear un lenguaje nuevo ni sustituir palabras.

(Nota: hemos decidido no sugerir más abreviaturas que las que ya constan en la NIC, dado que la mayoría de las instituciones tienen una lista consensuada de abreviaturas necesarias; estas listas no son comunes para todas las instituciones y crear una lista nueva puede crear más confusión.)

Ejemplos:

Monitorizar la temperatura corporal central~~, si procede~~.

Realizar y documentar la historia clínica del paciente y la valoración física ~~evaluando afecciones previas, alergias y contraindicaciones para agentes o técnicas anestésicas concretas~~.

Proporcionar anestésicos según las necesidades ~~fisiológicas de cada uno~~ de los pacientes, el juicio clínico~~, las peticiones del paciente~~ y los estándares ~~para la anestesia en enfermería~~.

Obtener muestras para análisis de laboratorio del equilibrio acidobásico ~~(p. ej., gasometría arterial, orina y niveles séricos), si procede~~.

Investigar si hay síntomas de una historia de abuso doméstico ~~(p. ej., numerosas lesiones accidentales, múltiples síntomas somáticos, dolor abdominal crónico, cefaleas crónicas, dolor pélvico, ansiedad, depresión, síndrome de estrés postraumático y otros trastornos psiquiátricos)~~.

necesario a medida que el espacio de los ordenadores aumenta, en el cuadro 4 se proporcionan directrices para abreviar las actividades de la NIC para adaptarse a un sistema informático.

Existe un plan nacional para pasar a los registros electrónicos de salud, sin embargo, hay muchos contextos en los que todavía se utilizan planes de cuidados de enfermería manuales. Es muy posible utilizar un lenguaje normalizado en un sistema manual/de papel o en un sistema no informático. De hecho, la implementación es más fácil si el personal de enfermería puede aprender a usar el lenguaje normalizado antes de la introducción de un sistema electrónico.

Uso de un modelo de lenguaje estandarizado

El modelo representado en la figura 1 ilustra el uso de un lenguaje normalizado para la documentación de los cuidados reales prestados por el profesional de enfermería a la cabecera del enfermo, que genera datos para tomar decisiones sobre temas de coste y calidad en el centro sanitario. Los datos también son útiles para tomar decisiones de política sanitaria. El modelo de tres niveles indica que el uso de un lenguaje normalizado para la documentación de los cuidados del paciente no solo ayuda al profesional de enfermería a comunicarse con otros, sino que también lleva a otros usos importantes.

A nivel individual, cada profesional de enfermería utiliza un lenguaje normalizado en las áreas de diagnósticos, intervenciones y resultados para comunicar los planes de cuidados de pacientes y para documentar los cuidados realizados. Los profesionales de enfermería que trabajan con un paciente o con un grupo de pacientes/clientes se preguntan algunas cuestiones según las etapas del proceso de enfermería: 1) ¿cuáles son los diagnósticos de enfermería del paciente?, 2) ¿cuáles son los resultados del paciente que estoy intentando conseguir?, 3) ¿qué intervenciones utilizo para obtener estos resultados? A continuación, los diagnósticos, resultados e intervenciones se documentan utilizando el lenguaje normalizado en estas áreas. Un profesional de enfermería que trabaje con un sistema de información que contiene la NIC documentará sus cuidados escogiendo la intervención. No todas las actividades se realizarán para cada paciente. Para indicar qué actividades se realizarán, el profesional de enfermería podría destacarlas o simplemente documentar las excepciones, en función del sistema de documentación existente. Un profesional de enfermería que trabaja con un sistema de información manual escribirá las denominaciones de las intervenciones de la NIC elegidas a medida que se lleva a cabo la planificación y documentación de cuidados. Las actividades también pueden especificarse en función del sistema de documentación del centro. Aunque las actividades pueden ser importantes para comunicar los cuidados de un paciente concreto, la denominación de la intervención es el punto de partida en la planificación de cuidados.

La parte del modelo relativa al nivel individual puede considerarse como la documentación de los puntos clave de decisión del proceso de enfermería utilizando un lenguaje normalizado. Pone de manifiesto la importancia de las habilidades de los profesionales de enfermería en la toma de decisiones clínicas. Hemos observado que, incluso aunque la NIC precise que los profesionales de enfermería aprendan un lenguaje nuevo y una manera diferente de conceptualizar lo que hacen (nombrando el concepto de intervención más que listando una serie de conductas detalladas), rápidamente se adaptan y, de hecho, se convierten en la fuerza motriz para implantar el lenguaje. Con o sin informatización, la adopción de la NIC facilita que los

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

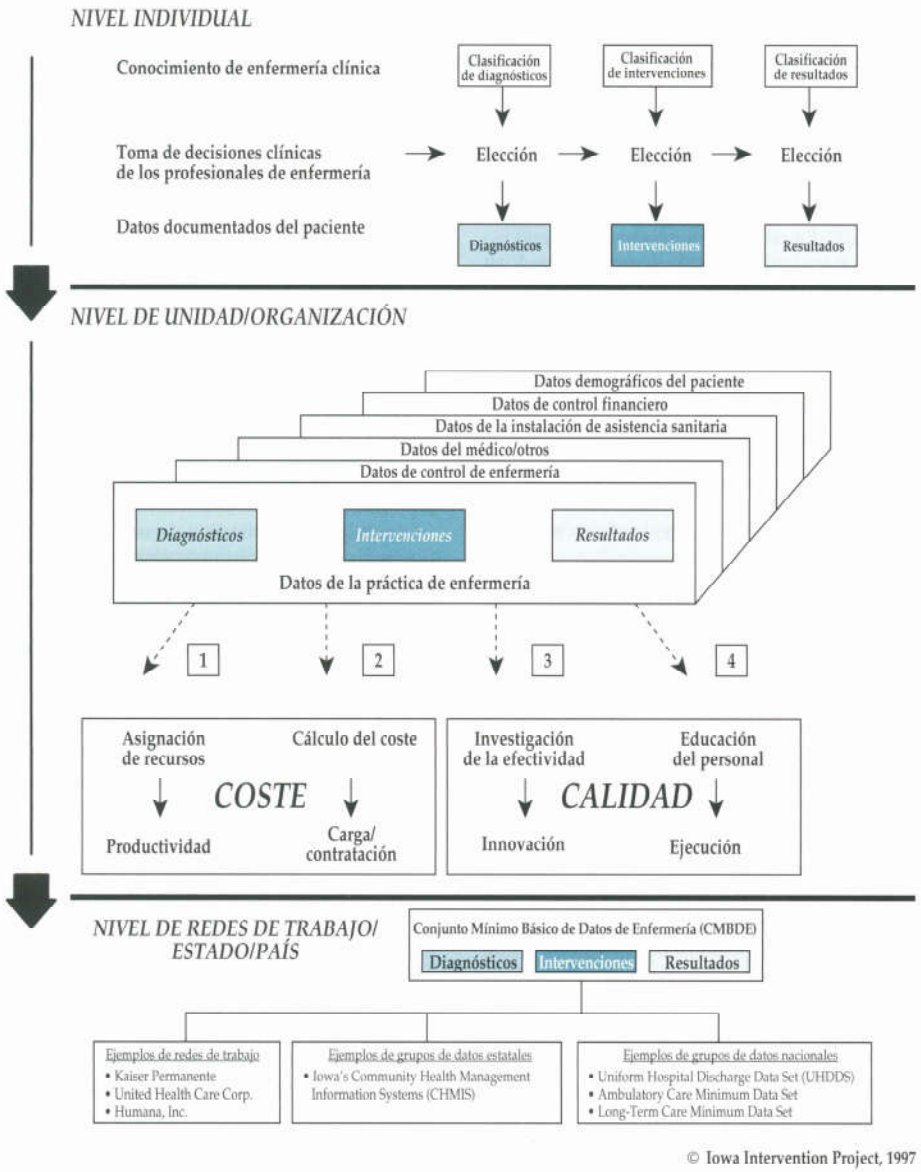


Fig. 1 Datos prácticos de enfermería: tres niveles.

profesionales de enfermería comuniquen lo que hacen, tanto entre sí como con otros profesionales. Los planes de cuidados son mucho más cortos y las intervenciones pueden relacionarse con diagnósticos y con resultados. Dado que las decisiones de profesionales de enfermería concretos sobre diagnósticos, intervenciones y resultados se recogen de manera uniforme, la información puede añadirse a nivel de la unidad u organización.

A nivel de unidad/organización, la información sobre pacientes concretos se reúne para todos los pacientes de la unidad (u otro grupo) y, a su vez, de toda la institución. Posteriormente estos datos prácticos de enfermería reunidos pueden relacionarse con la información de la base de datos de control de enfermería. La base de datos de control incluye datos sobre los profesi nales de enfermería y otro personal que realiza cuidados y l medios de realización de estos. A su vez, los datos de práctica de gestión de enfermería pueden relacionarse con datos sob tratamientos realizados por médicos y otro tipo de personal datos de información de la institución, información del pacien y datos económicos. La mayoría de estos datos, a excepción los referidos a los tratamientos de otros profesionales que r sean médicos, ya se han recogido de manera uniforme y está disponibles para su uso.

El modelo ilustra cómo los datos de la práctica clínica rel cionados con otros datos en el sistema de información del cent

pueden utilizarse para determinar el coste y la calidad de los cuidados de enfermería. El aspecto de los costes del modelo se aplica a la asignación de recursos y al cálculo del coste de los servicios de enfermería; el aspecto de la calidad del modelo se aplica a la investigación de efectividad y a la formación del personal. El uso de un lenguaje normalizado para planificar y documentar los cuidados no produce automáticamente informaciones sobre costes y calidad, pero proporciona la posibilidad de obtener datos para tomar decisiones en estas áreas. Los pasos para determinar el coste a través de la asignación de recursos y el coste de los servicios de enfermería, y los pasos para asegurar la calidad a través de la investigación sobre la efectividad y la formación del personal se describen a continuación. Entre paréntesis se explican algunos términos de control y económicos para quienes no estén familiarizados con estas áreas.

Costes

Asignación de recursos: distribución del personal y de los suministros

- Determinar las intervenciones y los resultados relacionados por tipo de población.
- Determinar y emplear las reglas para la distribución por categorías del personal (proporción de proveedores de cuidados de enfermería profesionales y no profesionales) por tipo de población.
- Asignar otros recursos (suministros y equipos) en consecuencia.
- Determinar la productividad (proporción de producción y de inversiones o producción de trabajo realizado y de personas y suministros necesarios para realizar el trabajo) del personal.

Costes: determinar los costes de los servicios de enfermería prestados al paciente

- Identificar las intervenciones realizadas al paciente.
- Fijar el precio por intervención, teniendo en cuenta el nivel del proveedor y el tiempo invertido.
- Determinar una tarifa de gastos generales (cantidad programada de gastos que no es aplicable a un servicio concreto pero que es esencial para la producción de servicios como calefacción, luz, construcción y mantenimiento); distribuir uniformemente entre todos los pacientes y ser capaz de justificarlo.
- Determinar el coste del suministro de cuidados por paciente (intervenciones de cuidados directos más gastos generales).
- Determinar la tarifa por paciente o utilizar la información para contratar servicios de enfermería (estableciendo un acuerdo para el suministro de servicios de enfermería a un precio fijo).

Calidad

Investigación de efectividad: investigación para determinar efectos o resultados de las intervenciones de enfermería

- Determinar las cuestiones de investigación (p. ej., ¿qué combinación de intervenciones da los mejores resultados para un tipo concreto de pacientes?).
- Seleccionar los resultados que se van a medir.
- Identificar y recoger las variables implicadas (p. ej., características del paciente, tratamientos médicos, distribución por categorías del personal, cantidad de trabajo).
- Analizar los datos.
- Aconsejar innovaciones prácticas.

Formación del personal: formar al personal para asegurar la competencia a la hora de realizar las intervenciones necesarias

- Determinar el nivel de competencia de los profesionales de enfermería en relación con intervenciones determinadas.
- Enseñar según sea necesario y volver a medir la competencia.
- Determinar el nivel de responsabilidad del profesional de enfermería para las intervenciones y si la intervención, o parte de ella, se delega o no.
- Enseñar según sea necesario aspectos como la toma de decisiones, la delegación y la creación de equipos.
- Evaluar el rendimiento en términos de logros de resultados de los pacientes.
- Utilizar información en la evaluación del rendimiento del profesional de enfermería, teniendo en cuenta la capacidad para realizar la intervención de forma competente y el nivel global de responsabilidad del profesional.

Los dos aspectos del modelo son interactivos. Los costes y la calidad siempre deben tenerse en cuenta conjuntamente. Además, las cuatro vías no implican que sean mutuamente excluyentes. La investigación puede dirigirse hacia el aspecto de los costes, y los costes pueden determinarse para la investigación y para la formación. Las cuatro vías distintas, sin embargo, son útiles para indicar las principales áreas de uso de estos datos a nivel de organización.

El nivel de *redes/estado/país* del modelo implica «enviar» los datos de enfermería para incluirlos en grandes bases de datos utilizadas para determinar la calidad y establecer políticas sanitarias. En un artículo clásico y altamente influyente, Werley y Lang[81] describieron el Conjunto Mínimo de Datos de Enfermería (CMDE) e identificaron 16 variables que deben incluirse en las grandes bases de datos para establecer políticas. Estas incluyen las tres variables clínicas de diagnósticos, intervenciones y resultados; la intensidad de enfermería (definida como distribución por categorías del personal y horas de atención), que se agrupará en una base de datos de control de enfermería, y otras 12 variables como la edad, el sexo y la raza del paciente y el asegurador de la factura (disponibles en otros puntos de la historia clínica). El modelo indica que los datos de enfermería sobre diagnósticos, intervenciones y resultados se agrupan por institución y, posteriormente, se incluyen en bases de datos regionales y nacionales más grandes. Un número creciente de redes de proveedores de cuidados también está creando bases de datos. Según Jacox[44], en estas bases de datos clínicas y administrativas la enfermería ha permanecido esencialmente invisible. Esta autora enumeró las siguientes ramificaciones de la invisibilidad y de los cuidados de enfermería en las bases de datos hace casi tres décadas y, sin embargo, aún hoy siguen estando vigentes:

- En la mayoría de entornos de asistencia sanitaria no podemos describir los cuidados de enfermería recibidos por los pacientes.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Gran parte de la práctica de enfermería se describe como práctica de otros profesionales, especialmente médicos.
- No podemos describir los efectos de la práctica enfermera en los resultados de los pacientes.
- A menudo no podemos describir los cuidados de enfermería en un contexto concreto y mucho menos en distintos contextos.
- No podemos identificar qué profesionales de enfermería los realizan, de manera que puedan ser retribuidos por ello.
- No podemos explicar la diferencia en el cuidado de los pacientes y en los costes cuando los cuidados los suministran médicos en comparación con los profesionales de enfermería.
- Esta invisibilidad perpetúa la visión de la enfermería como parte de la medicina que no necesita identificarse de forma separada.

La estimación de las necesidades de cuidados de enfermería para los pacientes y la proyección de estos requisitos para determinar los niveles de dotación de personal son un reto para los gerentes de enfermería. Aunque muchas instituciones continúan desarrollando herramientas para determinar los niveles de dotación de personal y de gravedad, por lo general no se pueden utilizar en diferentes contextos. Para llenar este vacío, se desarrolló la escala de gravedad del cuadro 5 con ayuda de personas de distintos contextos, para que fuese una escala fácil de usar en diferentes situaciones. Aunque las pruebas de la escala han sido limitadas, se ha demostrado su utilidad en diversos contextos. Las proporciones entre el personal de enfermería y los pacientes también podrían determinarse mediante la identificación de las principales intervenciones a los pacientes a nivel de unidad y el cálculo del tiempo estimado y del nivel de formación requerido para implantar con seguridad la intervención, tal y como se indica en la Quinta parte de este libro. Existe una evidencia sólida de la existencia de una relación entre la dotación de personal de enfermería, la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados. Kane y cols.[46] encontraron que la inclusión de enfermeras en el personal de la unidad eliminó una quinta parte de todas las muertes hospitalarias y redujo el riesgo relativo de eventos adversos del paciente, como sangrado e infección. Aumentar el número de enfermeras puede generar un ahorro en los costes de casi 3 mil millones de dólares de más de 4 millones de estancias hospitalarias evitadas para eventos adversos en los pacientes[67] solo en Estados Unidos. Siete estados (Oregón [2002], Texas [2009], Illinois [2007], Connecticut [2008], Ohio [2008], Washington [2008] y Nevada [2009]) han promulgado una legislación sobre dotación de personal utilizando el enfoque establecido en la American Nurses' Association Registered Nurses Safe Staffing Act de 2015 (H.R. 2083/S.1131). Este proyecto de ley, aún no aprobado por el Congreso, requeriría

Cuadro 5

Escala de gravedad del paciente de la NIC

Instrucciones: puntuar a cada paciente con esta escala una vez al día (o según sea conveniente en la práctica).

Nivel de gravedad del paciente (rodear con un círculo una de las opciones):

1. El paciente con autocuidados está principalmente en contacto con el sistema de asistencia sanitaria para ayudarle en actividades de fomento de la salud. El paciente puede requerir cierta asistencia para afrontar los efectos de una enfermedad o una lesión, pero la cantidad de tratamiento administrado no es superior a la que podría ser administrada en una visita breve de un paciente ambulatorio. *A menudo, el paciente de esta categoría busca pruebas rutinarias de control de salud, como mamografías, frotis de Papanicolaou, instrucciones de crianza, pérdida de peso y control de la presión arterial, exploraciones físicas para hacer deporte y revisiones de bebés sanos. Los aspectos de enseñanza de los cuidados suelen ser breves y con frecuencia limitados a instrucciones escritas para su domicilio.*
2. El paciente es relativamente independiente como administrador de autocuidados, pero puede tener ciertas limitaciones en los autocuidados totales. El paciente precisa valoraciones periódicas de enfermería e intervenciones para las necesidades que pueden ser simples o complejas. Las actividades de enseñanza forman una buena parte del cuidado administrado y los requerimientos de asistencia sanitaria incluyen la necesidad de formación sobre prevención. *Los ejemplos de pacientes que pueden ajustarse a esta categoría incluyen mujeres con alto riesgo de complicaciones en el embarazo, individuos con diabetes difícil de controlar o recientemente diagnosticada, individuos con enfermedades psiquiátricas estables, una familia con un niño que tenga un déficit de atención y pacientes cardíacos en fase de rehabilitación.*
3. El paciente es incapaz de encontrar recursos o energías suficientes para satisfacer sus propias necesidades y depende de otros para los autocuidados. Esta persona precisa una intervención de enfermería continua, pero el cuidado es predecible y no tiene carácter de urgencia. *Los ejemplos de pacientes que se ajustan a esta categoría son algunos con enfermedades crónicas inestables o debilitantes, una mujer de parto, un paciente de cuidados crónicos, un paciente de cuidados paliativos, un paciente psiquiátrico deprimido y un paciente postoperatorio estabilizado.*
4. El paciente presenta una enfermedad aguda y depende de otros para los autocuidados con necesidades rápidamente cambiantes. El paciente precisa valoraciones continuas de enfermería, y las intervenciones y las necesidades de cuidados no son predecibles. *Los ejemplos de pacientes en esta categoría incluyen pacientes postoperatorios recuperándose de cirugía mayor durante las primeras 24-36 horas, alguien que sufre un episodio psiquiátrico agudo y una mujer con embarazo de alto riesgo que esté en la fase de parto.*
5. El paciente está críticamente enfermo y precisa medidas de soporte vital para mantenerle con vida. El paciente no tiene capacidad para administrarse sus propios autocuidados y precisa una valoración y una intervención constantes de enfermería para mantener su existencia. *Los ejemplos de pacientes en esta categoría incluyen pacientes en cuidados intensivos que reciben soporte vital completo, pacientes psiquiátricos en cuidados intensivos, bebés prematuros con bajo peso al nacer, víctimas de accidentes con lesiones craneoencefálicas y, en general, los individuos con disfunciones multiorgánicas.*

que los hospitales participantes en Medicare establezcan planes de personal de enfermería utilizando un comité compuesto por una gran cantidad de enfermeras de atención directa para garantizar la seguridad del paciente, reducir los reingresos y mejorar la estabilidad de las enfermeras. Aunque esta investigación es digna de mención no identifica las intervenciones específicas que proporcionan las enfermeras. La integración de una forma estandarizada para registrar los tratamientos que proporcionan las enfermeras (como la NIC) en los sistemas de información clínica proporcionará a las bases de datos información que se puede utilizar para determinar las contribuciones específicas de las enfermeras de manera segura y de calidad.

USO DE LA NIC EN LA EDUCACIÓN

La American Association of Colleges of Nursing exige el uso de terminologías normalizadas como elemento fundamental para el desarrollo de los sistemas de información clínicos (CIS, *clinical information systems*) eficaces. La integración de terminologías normalizadas en los CIS no solo respalda la práctica de enfermería cotidiana, sino también la capacidad para mejorar la comunicación interprofesional y generar automáticamente datos estandarizados para evaluar y mejorar continuamente la práctica[2].

Los diagnósticos de enfermería se han incluido en la mayoría de los principales libros de texto de planificación de cuidados desde la década de 1980 y la NIC se está incorporando cada vez más en una amplia variedad de libros de texto de especialidades de enfermería, así como libros que ayudan a los estudiantes con la planificación de los cuidados. La inclusión de un lenguaje normalizado de enfermería en el plan de estudios centra la enseñanza en la toma de decisiones clínicas (la selección de los diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones adecuados para un paciente). Estos recursos se están expandiendo rápidamente a medida que más programas educativos enseñan lenguaje de enfermería normalizado como la base de conocimientos de la enfermería. Todas las principales empresas editoriales de enfermería están incorporando el lenguaje enfermero normalizado en recursos tanto impresos como electrónicos.

NANDA-I, NIC y NOC son las clasificaciones más utilizadas a nivel internacional y un gran número de estudios de investigación han demostrado que son las clasificaciones más exhaustivas y basadas en la evidencia[36]. La NIC puede ayudar al profesorado a organizar los contenidos curriculares en todos los cursos clínicos. El contenido de los cursos de especialidades se puede estructurar en torno a las intervenciones básicas para afecciones clínicas específicas y sus diagnósticos de enfermería relacionados.

Aunque el cambio puede ser a veces más lento en el ámbito académico, la implantación de la NIC en un entorno educativo puede ser más fácil que en el ámbito de la práctica, debido a que hay menos personas involucradas y no suele haber problemas relacionados con el uso de un sistema de información. Sin embargo, el cambio de un plan de estudios para incorporar lenguajes normalizados es una gran modificación y contar con algunas directrices para hacer dicho cambio resulta de ayuda. El cuadro 6 es una guía útil en la que se enumeran los pasos para la implantación de la NIC en un entorno educativo. Son similares a los pasos para la puesta en práctica de la NIC en un centro asistencial (v. cuadro 2), pero las acciones específicas se relacionan con el ámbito académico y el desarrollo del curso. La decisión fundamental que debe hacerse es que el profesorado adopte una orientación y un enfoque filosóficos de enfermería, en lugar de la orientación médica más tradicional, con implicaciones de enfermería añadidas.

La enseñanza del razonamiento clínico y la toma de decisiones se mejora cuando a las enfermeras se les enseña a usar lenguajes enfermeros estandarizados, incluida la NIC. Además, los textos que utilizan estudios de casos que incorporan la NIC, como *Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Estudios de casos y análisis de enfermería* de Lunney[60], pueden utilizarse tanto en la enseñanza del razonamiento clínico en cursos didácticos como en la enseñanza en el contexto clínico. Profesorado y estudiantes pueden desarrollar sus propios estudios de caso incorporando lenguajes enfermeros estandarizados, y pueden enseñar a integrar las intervenciones NIC en los planes de atención desarrollados para sus pacientes asignados. Las intervenciones NIC, junto con los diagnósticos NANDA-I y los resultados NOC, pueden integrarse en escenarios de simulación bien diseñados, ya sea al utilizar simulaciones con maniquíes o con pacientes actores, cuando se enseña el razonamiento clínico a los estudiantes[47,57]. Existen múltiples recursos publicados para integrar la NIC en el plan de estudios[25,28,30,31,59]. Además, las facultades de enfermería están desarrollando y utilizando cada vez más programas de *software* que incluyen la NIC junto con NANDA-I y NOC para enseñar a los estudiantes el razonamiento clínico para la planificación y registro de los cuidados de enfermería.

No todas las intervenciones pueden o deben dirigirse a los estudiantes; el profesorado debe decidir qué intervenciones deben aprender todos los estudiantes y cuáles requieren una formación superior y deben aprenderse en programas de máster. Algunas intervenciones son exclusivas para áreas de especialidad y quizá se enseñan mejor en cursos selectivos de especialidad. Connie Delaney, cuando fue profesora de la Universidad de Iowa, elaboró los pasos para identificar qué intervenciones se enseñan en cada curso. Delaney recomienda los siguientes pasos, que nosotros hemos ampliado:

1. Identificar las intervenciones de la NIC que nunca se han enseñado en el programa (diplomado, graduado, máster) y eliminarlas de acciones posteriores.
2. Utilizando el resto de intervenciones, hacer que cada grupo del curso identifique las intervenciones que se han enseñado en su curso o área de responsabilidad de enseñanza. Es decir, identificar lo que actualmente se enseña respecto a términos de intervenciones de la NIC.
3. Recopilar esta información en una gráfica (las intervenciones en un eje y cada curso en el otro eje) y distribuirla a todos los miembros del profesorado.
4. Hablar con el profesorado, tomando nota de las intervenciones que son exclusivas de ciertos cursos y las que se han enseñado en más de un curso. Articular claramente la perspectiva específica ofrecida por cada curso para cada intervención que se enseñe en más de un lugar (p. ej., ¿se está realizando

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuadro 6

Pasos para la puesta en práctica de la NIC en un contexto educativo

A. Establecer un compromiso organizativo con la NIC

- Identificar la persona clave responsable de la puesta en práctica (p. ej., el jefe de la comisión de planes de estudio).
- Crear un grupo de trabajo de puesta en práctica con representantes de las áreas clave.
- Acceder a la página de internet del Center for Nursing Classification y la página de la NIC en Facebook.
- Proporcionar materiales de la NIC a todos los miembros del grupo de trabajo.
- Adquirir y distribuir copias de la última edición de la NIC.
- Distribuir lecturas sobre la NIC al profesorado.
- Examinar las cuestiones filosóficas respecto a la centralidad de las intervenciones de enfermería en la práctica de enfermería.
- Conseguir que los miembros del grupo de trabajo y demás personas clave comiencen a utilizar el lenguaje de la NIC en las conversaciones diarias.

B. Preparar un plan de puesta en práctica

- Escribir las metas específicas que han de conseguirse.
- Realizar un análisis de campo de fuerzas para determinar las fuerzas impulsoras y limitadoras.
- Determinar si se realizará una evaluación interna y, si es así, cuál será la naturaleza de dicha evaluación.
- Determinar hasta dónde se implementará la NIC (p. ej., en programas para pregrado y posgrado, en declaraciones filosóficas, en registros de procedimientos, planes de cuidados estudios de casos, en orientación para el nuevo profesorado).
- Dar prioridad a los esfuerzos de la puesta en práctica.
- Desarrollar un calendario por escrito para la implementación.
- Crear grupos de trabajo de profesorado y quizá de estudiantes para que analicen las intervenciones y actividades de la NIC, determinar dónde se enseñarán en el plan de estudios y cómo se relacionarán con los materiales actuales, y desarrollar o rediseñar cualquier impreso necesario.
- Identificar las intervenciones de la NIC que han de enseñarse en los niveles de pregrado y posgrado.
- Identificar qué intervenciones han de enseñarse en cada curso.
- Distribuir el esbozo de las decisiones a otros profesores para la evaluación y retroalimentación.
- Fomentar el desarrollo de un *profesional* que haya destacado en la aplicación de la *NIC* en cada departamento o grupo de curso.
- Mantener informados de los planes a todos los responsables clave de las decisiones.
- Identificar las necesidades de aprendizaje del profesorado y planificar modos de abordar esta cuestión.

C. Llevar a cabo el plan de puesta en práctica

- Revisar los programas, solicitar los libros de la NIC y pedir a la biblioteca que solicite los libros.
- Dar tiempo para el debate y la retroalimentación de los grupos de los cursos.
- Poner en práctica la NIC de forma progresiva, curso por curso, y obtener la retroalimentación tanto del profesorado como de los estudiantes.
- Actualizar el contenido del curso según sea necesario.
- Determinar el impacto y las implicaciones del apoyo de los cursos y los prerrequisitos, y reestructurarlos según sea necesario.
- Informar del progreso de la puesta en práctica regularmente en las reuniones del profesorado.
- Reunir los datos de la evaluación después de la puesta en práctica de la NIC y realizar los cambios según se precise.
- Identificar marcadores clave que han de utilizarse durante la evaluación continua y seguir controlando y manteniendo el sistema.
- Proporcionar retroalimentación al proyecto de intervención de Iowa.

la intervención en una población diferente?). ¿Ambos cursos deben continuar enseñando la intervención o el contenido debe eliminarse en un curso? Revisar las intervenciones que no están en ningún curso pero que el profesorado considera que deben enseñarse en este nivel. ¿Deben añadirse?

5. Asegurar el consenso del profesorado sobre qué intervenciones se enseñan en cada curso.

Evidentemente, el mismo proceso puede completarse con los diagnósticos de enfermería (utilizando la NANDA-I) y con los resultados de los pacientes (utilizando la NOC). Muchos programas educativos ya utilizan los diagnósticos NANDA-I y pueden implantar la NIC revisando las relaciones entre la NANDA-I y la NIC y determinando las intervenciones que podrían enseñarse en relación con los diagnósticos NANDA-I

Uso de la NIC en los modelos de razonamiento clínico

Los modelos de toma de decisiones proporcionan una estructura para facilitar el razonamiento clínico. El razonamiento clínico es el uso efectivo del conocimiento utilizando procesos de pensamiento reflexivos, creativos, concurrentes y críticos para alcanzar los resultados deseados en el paciente. Desde la década de 1950, el proceso de enfermería ha proporcionado la estructura que facilita el razonamiento clínico en la formación de estudiantes de enfermería. El modelo de 5 pasos del proceso de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación) es el estándar de la práctica de enfermería. Los lenguajes normalizados facilitan la enseñanza del proceso de enfermería cuando están integrados por completo en cada uno de los cinco pasos. La Valoración lleva a la identificación de los diagnósticos NANDA-I[37] en la fase de Diagnóstico; la Planificación del cuidado para cada diagnóstico implica elegir las intervenciones y las actividades relevantes seleccionadas de la NIC y escoger los resultados e indicadores sensibles de enfermería de la NOC; la fase de Intervención es el proceso de aplicación de las intervenciones y actividades de la NIC; por último, la Evaluación es el proceso de determinar los cambios de los resultados de la NOC.

Aunque el proceso de enfermería ha demostrado su utilidad como método de toma de decisiones clínicas, el proceso

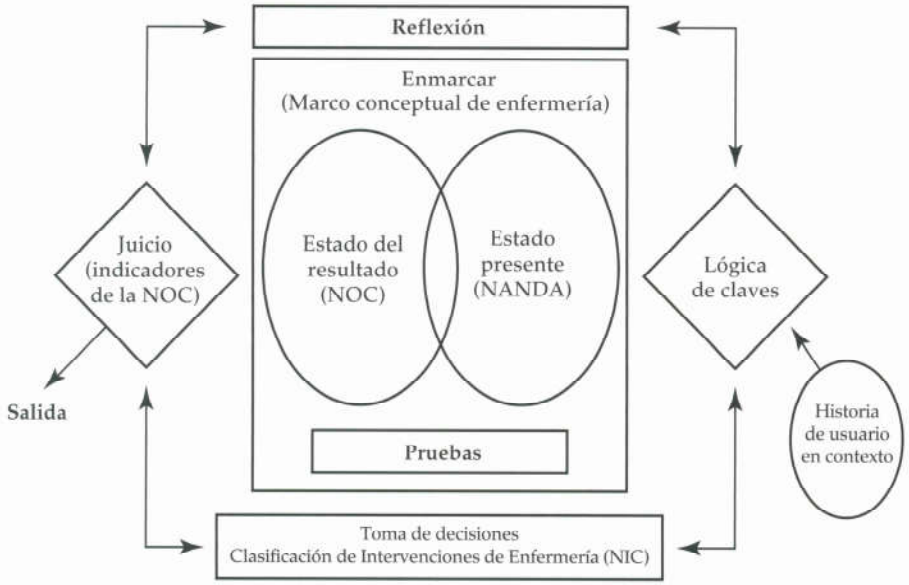


Fig. 2 Integrar el modelo Resultado-Estado presente-Prueba (OPT) con la NANDA, la NIC y la NOC. *(Modificada de Clinical Reasoning: The Art and Science of Critical and Creative Thinking,* de Pesut/Herman. 1999. Reimpresa con autorización de Delmar Learning, una división de Thomson Learning: wwwthomsonrights.com.*)*

de enfermería tradicional presenta varias limitaciones para la práctica de enfermería actual. En la actualidad, la práctica de enfermería exige hacer énfasis en conocer la «historia» del paciente, lo que supone ubicar la situación del paciente en un contexto significativo. Pesut y Herman[70] señalan que el proceso de enfermería tradicional no se centra explícitamente en los resultados, no estimula el pensamiento creativo reflexivo y concurrente, está más orientado al procedimiento que a las estructuras y procesos de pensamiento, emplea el pensamiento escalonado y lineal que limita el pensamiento relacional necesario para comprender las complejas interconexiones entre los problemas que presenta el paciente y limita el desarrollo de teorías relevantes para la práctica. En respuesta a la necesidad de un modelo más contemporáneo de razonamiento clínico, Pesut y Herman[70] desarrollaron el modelo de Análisis de Resultado del Estado Actual (AREA, o modelo OPT por su acrónimo inglés) de razonamiento clínico reflexivo.

El modelo AREA (fig. 2) supone un avance fundamental en la docencia y la práctica de la toma de decisiones clínicas mediante el uso de una estructura de razonamiento clínico. Existe evidencia de que el modelo AREA y sus estrategias de enseñanza-aprendizaje asociadas mejoran positivamente el desarrollo de la razonabilidad clínica en estudiantes de enfermería[51,52,54]. Al contrario que el proceso de enfermería tradicional, el modelo AREA de razonamiento clínico reflexivo ofrece una estructura para el pensamiento clínico que se centra en los resultados y no es un proceso lineal escalonado. El razonamiento clínico que se centra en los resultados mejora la calidad mediante la evaluación de la eficacia en lugar de centrarse principalmente en los problemas. En el modelo AREA de razonamiento clínico la enfermera se centra simultáneamente en problemas y resultados en yuxtaposición. Este modelo requiere que las enfermeras consideren simultáneamente las relaciones entre diagnósticos, intervenciones y resultados con atención a la evidencia. En lugar de considerar cada problema por separado, el AREA requiere que la enfermera considere varios problemas identificados simultáneamente y que discierna qué problema es central y más importante en relación con todos los otros problemas. Nuestra versión modificada del modelo AREA enfatiza escuchar la historia del paciente, usar NANDA-I para describir el estado presente, enmarcar la historia en un marco conceptual de *enfermería* específico de la disciplina, usar la NOC para describir el estado de resultados, mapear la red de relaciones entre los diagnósticos de enfermería NANDA-I para identificar el problema clave y el uso de la NIC en la toma de decisiones para mover al paciente del estado actual al estado de resultado. Como modelo emergente de toma de decisiones clínicas, el modelo AREA proporciona un proceso nuevo y más efectivo para la enseñanza, el aprendizaje y la práctica de la enfermería[7,48].

El texto reciente *Clinical Reasoning and Care Coordination in Advanced Practice Nursing*[53] consiste en una actualización del modelo AREA junto a nueve capítulos en los que el modelo se aplica a un estudio de caso específico, que incluye un paciente en cuidados intensivos, cuidados a largo plazo, rehabilitación, atención de salud mental, un paciente pediátrico, un paciente neonatal y un paciente de atención primaria. Pesut[69] afirma que «el pensamiento clínico y el razonamiento presuponen el uso de un lenguaje de enfermería estandarizado [...] los sistemas de clasificación de conocimiento de enfermería proporcionan el vocabulario para el pensamiento clínico» (pág. 3). En el modelo AREA la NIC puede utilizarse junto con la NANDA-I y la NOC para ayudar a los estudiantes a desarrollar las habilidades necesarias para la toma de decisiones clínicas. Kautz y cols.[49] han llevado a cabo investigaciones extensas sobre la docencia del razonamiento clínico utilizando lenguajes de enfermería normalizados con el modelo AREA. En sus hallazgos se observó

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

que «los estudiantes que utilizaban de forma constante el lenguaje NNN con modelo AREA eran aquellos que tenían un buen rendimiento en el aspecto clínico y que mejores resultados tenían a la hora de completar sus redes de razonamiento clínico y hojas del modelo AREA» (pág. 137).

USO DE LA NIC EN LA INVESTIGACIÓN

La enfermería es una disciplina científica. Para preservar el reconocimiento de la enfermería como ciencia las enfermeras deben generar, expandir y refinar la base de conocimientos que demuestre la contribución única de la disciplina para brindar atención segura de alta calidad que mejore la salud y produzca resultados de salud beneficiosos. Las intervenciones de enfermería son el componente esencial que caracteriza la atención de enfermería[80]. Las intervenciones de enfermería deben diseñarse cuidadosamente, evaluarse sistemáticamente y traducirse con éxito a la práctica para garantizar que las intervenciones sean eficaces para producir los resultados previstos[75].

El aspecto económico de la asistencia sanitaria cada vez está más dirigido por sistemas de provisión orientados a los resultados, la calidad de los cuidados y unos cuidados sanitarios rentables que dependen del uso de las intervenciones más efectivas a la hora de lograr los resultados deseados. La provisión y el mantenimiento de unos cuidados de calidad óptimos y rentables requieren el diseño y la evaluación de las intervenciones como método para establecer una base de conocimientos sólida que pueda guiar la toma de decisiones clínicas respecto a la selección y la implantación de las intervenciones más efectivas a la hora de mejorar la situación del paciente.

Creemos que la NIC proporciona los conceptos y el lenguaje necesarios para identificar y definir las intervenciones para la investigación sobre la evaluación de la intervención de enfermería. El uso de un lenguaje normalizado en la investigación sobre la evaluación de las intervenciones de enfermería garantiza que los hallazgos de las investigaciones obtenidos por múltiples equipos de investigación puedan compararse de forma sistemática. Además, el uso de las denominaciones de los conceptos de intervenciones de la NIC como base para la investigación sobre intervenciones de enfermería permite a los investigadores trabajar en conjunto, establece el interés de la investigación en una fuente primaria de conocimiento sobre intervenciones de enfermería y contribuye al desarrollo del conocimiento específico de la disciplina. Ejemplos de investigación sobre intervenciones de enfermería que pueden vincularse directamente con una intervención de la NIC incluyen: 1) la investigación de Butcher y cols.[13] sobre el efecto del diario en la reducción del estrés en cuidadores familiares y 2) Brown y cols.[8] en pacientes mayores con enfermedad renal. En el futuro, la investigación sobre intervenciones utilizando grandes bases de datos se volverá esencial para determinar qué intervenciones son más útiles en el tratamiento de afecciones específicas. La investigación centrada en las intervenciones de la NIC generalmente involucra investigación descriptiva, pruebas de intervención o investigación sobre efectividad. Cada enfoque se discute con ejemplos de estudios que sirven como modelos para realizar investigaciones sobre intervenciones de la NIC.

Investigación descriptiva La investigación descriptiva sobre intervenciones en enfermería se ha enfocado principalmente en: 1) validar intervenciones de enfermería en poblaciones específicas, 2) identificar las intervenciones más comunes o esenciales en poblaciones específicas de pacientes y 3) usar intervenciones de la NIC para determinar la carga de trabajo. Una amplia gama de estudios valida el contenido de las etiquetas y actividades de intervención de enfermería en poblaciones específicas de pacientes[5,23]. El modelo de Fehring[29], originalmente diseñado para validar los diagnósticos de enfermería, es un método común y apropiado para la investigación diseñada para validar las intervenciones de la NIC. No obstante, otros métodos de validación como el método de validación de consenso de Carlson[15] también se han utilizado para validar las intervenciones de la NIC[61]. Validar la investigación implica solicitar a los expertos clínicos que califiquen la utilidad de intervenciones específicas y actividades de enfermería en un paciente específico o población. Por ejemplo, Silva y Ferreira[76] usaron el modelo de Fehring[29] para validar las intervenciones de la NIC para prevenir eventos cardiovasculares en pacientes ambulatorios con diabetes preguntando a 14 expertos clínicos. Como ejemplo de investigación que valida las actividades de enfermería, Lopes y cols.[56] examinaron 83 actividades para Manejo de fluidos, Control de fluidos y Manejo de la hipervolemia en pacientes cardíacos.

Otra área de investigación muy necesaria implica la identificación de intervenciones básicas que proporcionan evidencia de los efectos y contribuciones que proporciona la atención de enfermería. La identificación de las intervenciones más frecuentes, junto con los diagnósticos y los resultados de enfermería, proporciona una base de conocimiento para identificar las intervenciones óptimas para la toma de decisiones clínicas al planificar; también contribuye a construir una PBE y a calcular el coste de la atención. Park[68] identificó intervenciones centrales NIC, diagnósticos NANDA-I y resultados NOC en 272 pacientes dados de alta de una unidad de cuidados cardíacos agudos durante un período de 1 año. De un total de 143 intervenciones NIC, 10 representaron el 51,03% de las intervenciones, siendo la Monitorización de fluidos, el Cuidado cardíaco, la Enseñanza: procedimiento/tratamiento, la Prevención de caídas y el Apoyo emocional las intervenciones más utilizadas. El conocimiento sobre las intervenciones utilizadas más frecuentemente ayuda a determinar qué intervenciones incluir en un sistema de información de enfermería y qué conocimientos incluir en programas de orientación y educación continua para profesionales que trabajan con poblaciones específicas de pacientes.

Una línea de investigación actualmente necesaria requiere establecer la planificación de la fuerza laboral identificando la carga de trabajo de enfermería. La carga de trabajo generalmente se define como el volumen del servicio de enfermería en un entorno particular y se puede obtener determinando el tiempo dedicado a la implementación de actividades de enfermería y multiplicándolo por el número de pacientes que reciben atención. El uso de la NIC como un lenguaje de enfermería estandarizado en la provisión de atención crea la oportunidad de recopilar datos que miden la cantidad de tiempo en el que se implementan las intervenciones y actividades de enfermería en entornos y poblaciones

específicos. Cruz y cols.[24] realizaron una revisión integrativa de 10 estudios publicados de 2006 a 2013 que utilizaron la NIC para identificar la carga de trabajo de enfermería. Los autores concluyen que se necesitan más estudios para determinar mejor cómo varía el tiempo empleado según la población de pacientes, el nivel de formación de la enfermera y la especialidad.

Pruebas de intervención Conn[22] señaló recientemente que sigue habiendo una brecha entre la práctica de enfermería en el mundo real y la evidencia empírica sobre la intervención. «A pesar de la importancia de una intensa investigación de intervención como base para una buena práctica de enfermería, la preponderancia de los estudios en la literatura de enfermería es de naturaleza descriptiva»[22] (pág. 913). Aunque la investigación descriptiva tiene valor para desarrollar y refinar intervenciones, la práctica de enfermería debe guiarse por investigaciones que evalúen la eficacia y la eficiencia de intervenciones específicas contrastadas en diferentes poblaciones de pacientes.

Las pruebas de intervenciones de enfermería comenzaron con el trabajo clásico de Rita Dumas en la década de 1960. A pesar de que se han llevado a cabo múltiples estudios desde entonces, la mayor necesidad en la investigación de enfermería hoy en día es para establecer qué intervenciones logran los mejores resultados deseados del paciente. Grove y cols.[35] ofrecen un enfoque prospectivo para probar las intervenciones de enfermería que consiste en planificar el proyecto, recopilar información, desarrollar una teoría de intervención, definir la intervención, establecer un sistema de observación, probar la intervención, recopilar y analizar datos y difundir los resultados. Sidani y Braden[75] en *Design, Evaluation, and Translation of Nursing Interventions* y Melnyk y Morrison-Beedy[65] en *Intervention Research: Designing, Conducting, Analyzing, and Funding* son excelentes recursos para diseñar estudios que evalúen la aceptabilidad, viabilidad, eficacia y efectividad de intervenciones de enfermería. Un aspecto esencial de la investigación de pruebas de intervención es cuando el equipo del proyecto comienza a reunir información sobre la intervención. El proceso de recopilación de información sobre la intervención se amplía cuando los investigadores comienzan a examinar las intervenciones NIC estandarizadas. La investigación de la intervención se verá enormemente mejorada cuando se diseñen registros de salud electrónicos para que los datos de la documentación de atención de enfermería se puedan recuperar y extraer de las bases de datos.

Enderlin y Richards[27] señalan que cuando se considera implementar una intervención, la eficacia de esta es de suma importancia. La eficacia se refiere al grado en que una intervención causa los efectos previstos en condiciones ideales. Las condiciones ideales son aquellas que minimizan la influencia potencial de cualquier factor que no sea la intervención que pueda contribuir a los resultados[76]. Los últimos avances en investigación sobre intervenciones de enfermería sugieren la necesidad de evaluar las intervenciones que son de tipo dirigido o individualizado. Beck y cols.[6] definen las intervenciones dirigidas como aquellas diseñadas para abordar una característica individual de un grupo, como la edad, el sexo, el diagnóstico o la etnicidad. Las intervenciones individualizadas son las que están diseñadas para abordar las características individuales de las personas en una muestra, como los factores de personalidad, objetivos, necesidades, preferencias y recursos. Los investigadores señalan algunas de las dificultades y procesos que surgen al llevar a cabo investigaciones sobre estos dos tipos de intervenciones y subrayan la importancia de que la intervención esté normalizada. La taxonomía de la NIC ofrece a los investigadores una fuente para identificar las intervenciones de enfermería normalizadas que pueden individualizarse para diseñar investigaciones sobre la evaluación de intervenciones dirigidas e individualizadas. Incluso aunque se observe que las intervenciones normalizadas sean efectivas, una intervención individualizada o dirigida puede favorecer un mejor cumplimiento, lograr mejores resultados y ser más rentable. Existe un amplio rango de estudios que pueden llevarse a cabo basados en el uso de las intervenciones NIC para ayudar a la hora de dirigir e individualizar las intervenciones de enfermería.

Determinar la dosificación de una intervención también es importante a la hora de establecer el efecto que tiene la intervención en la práctica. Dicho de otro modo, es esencial que los investigadores tomen decisiones bien fundadas sobre qué intervenciones de enfermería evaluar, así como sobre qué grado de la intervención debe aplicarse para lograr un resultado deseado. Reed y cols.[72] comentan la dosificación en términos de cantidad, frecuencia y duración de la intervención. Estos autores sugieren que contar el número de actividades en una intervención de la NIC es una forma de determinar la cantidad. La duración se puede determinar registrando el tiempo total dedicado a todas las actividades. Se puede lograr un mayor nivel de detalle ponderando cada actividad en función de su intensidad, de modo que las distintas actividades puedan tener su propio valor asignado, tras lo que los valores se sumarían para determinar la dosificación de la intervención. Los autores concluyen que mediar y notificar la dosificación de una intervención en la investigación es esencial para el desarrollo de una base de evidencia que respalde la práctica.

Mantener la integridad de la intervención entre los distintos participantes y contextos también es importante, porque la heterogeneidad a la hora de aplicar una intervención puede dar lugar a unos resultados variables[16,27]. Cuando se usa la NIC, esto significa que debería realizarse un número sustancial de las actividades enumeradas para una intervención concreta y que todas las actividades que se lleven a cabo deberían ser congruentes con la definición de la intervención. Es importante que las actividades se adapten al cuidado individual, pero no deben modificarse tanto que la intervención deje de ser la misma.

En la actualidad no existe una solución al problema de la dosificación de la intervención. Una medida indirecta, como la cantidad de tiempo que un profesional emplea al realizar la intervención, resulta útil y puede bastar como medida de la dosificación en algunos estudios. Otra solución consiste en saber el número y el grado de las actividades específicas que se realizan. Aunque no hemos codificado las actividades de enfermería, algunos proveedores y centros sí las han codificado, pero otros no tienen la capacidad de memoria necesaria para series de datos extensas y han optado por no documentar este nivel de detalle. Aunque la documentación de la denominación de la intervención es más importante para la comparación de los datos entre distintos

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

centros, también lo es para tener un modo de determinar la implantación homogénea de la intervención. Esto puede realizarse mediante la adopción por parte del centro de un protocolo estándar para la aplicación de la intervención, el registro del tiempo dedicado a la aplicación de la intervención, o por la documentación de las actividades relacionadas con la intervención.

Investigación sobre la efectividad de la intervención En la investigación sobre la efectividad, los investigadores de enfermería utilizan los datos clínicos reales contenidos en las bases de datos de los centros como variables (p. ej., intervenciones, resultados, características de pacientes concretos, características de profesionales específicos, características de contextos terapéuticos concretos) y sus medidas para evaluar la efectividad de la intervención. La investigación sobre efectividad suele diseñarse para estudiar el efecto de las intervenciones del profesional sobre los resultados del paciente con el fin de facilitar una mejor toma de decisiones clínicas y de hacer un mejor uso de los recursos. Para analizar los datos sobre el uso y la efectividad de las intervenciones de enfermería también es necesario recopilar, de forma sistemática, otras informaciones que puedan usarse junto con los datos de la NIC sobre intervenciones para abordar diversas cuestiones. Al principio del proceso de implementación, un centro debería identificar las cuestiones clave de la investigación que deban abordarse con los datos clínicos contenidos en un sistema de documentación electrónico. Una vez identificadas las cuestiones de investigación pueden determinarse las variables necesarias para abordarlas y si los datos están recogidos en la actualidad o deben recogerse en el nuevo sistema. Los datos que se obtendrán a partir de las variables identificadas deben relacionarse con el nivel del paciente concreto. Estos aspectos deben abordarse a la hora de establecer un sistema de información de enfermería para evitar problemas posteriores.

Las siguientes tres preguntas son ejemplos de los tipos de cuestiones que pueden estudiarse utilizando los datos clínicos reales:

1. *¿Cuáles son las intervenciones que habitualmente se realizan juntas?* Cuando se reúna sistemáticamente la información acerca de los tratamientos realizados por el personal de enfermería se podrán identificar los grupos de intervenciones que se suelen realizar juntos para ciertos tipos de pacientes. Es necesario identificar las intervenciones a menudo utilizadas conjuntamente para ciertos tipos de pacientes para que podamos estudiar sus efectos interactivos. Esta información, además, resultará útil en la elaboración de vías clínicas, en la determinación de los costes del servicio y en la planificación de asignación de recursos.
2. *¿Qué profesionales de enfermería utilizan determinadas intervenciones?* La documentación sistemática de la utilización de intervenciones nos permitirá estudiar y comparar la tasa de uso de intervenciones particulares por tipo de unidad y de institución. La puesta en práctica de la NIC nos permitirá aprender cuáles son las intervenciones utilizadas por las distintas especialidades de enfermería. Determinar las intervenciones utilizadas más frecuentemente en un tipo específico de unidad o en cierto tipo de centro nos ayudará a identificar las intervenciones que deben integrar el sistema de información de enfermería de determinada unidad/institución. Esto también ayudará en la selección del personal con el que ha de dotarse a cada unidad y en la estructuración de la formación continuada proporcionada al personal de estas unidades.
3. *¿Cuáles son los diagnósticos y resultados relacionados de una intervención particular?* Conocer las intervenciones que funcionan mejor para diagnósticos específicos y que conducen a ciertos resultados puede utilizarse para ayudar a los profesionales de enfermería en la toma de mejores decisiones clínicas. Además, esta información puede ayudarnos a diseñar los planes de tratamiento que tienen más posibilidades de éxito.

En el cuadro 7 se enumeran los datos recomendados para abordar estas cuestiones y se incluyen una definición y una medida de cuantificación aconsejada. Se requieren una definición y una cuantificación homogéneas para reunir y comparar datos de diferentes unidades en distintos entornos. Estas variables y sus medidas se han discutido varias veces con los representantes de varios tipos de instituciones y centros asistenciales para intentar lograr que sean significativos en todos los contextos. Como puede observarse a partir de la lista, se necesita algo más que datos de enfermería clínica. El número de identificación del paciente es necesario para relacionar la información; la edad, el sexo y la raza/etnia se incluyen para proporcionar información demográfica sobre la población del paciente, y los diagnósticos y las intervenciones médicas, las medicaciones y el tipo de unidad de trabajo, la dotación de personal, la situación clínica del paciente y la carga de trabajo se incluyen como controles. Esto significa que, para ciertos análisis, podemos necesitar controlar uno o más de estos datos para determinar si la intervención de enfermería fue la causa del efecto sobre el resultado del paciente.

Nuestro trabajo con estas variables demuestra que la profesión todavía debe enfrentarse con algunos problemas relacionados con la recogida de datos normalizados. Por ejemplo, en la mayoría de instituciones todavía no es posible la recogida y codificación de medicaciones (número 8) de forma fácilmente recuperable. Aunque la investigación de enfermería puede realizarse sin conocer las medicaciones, muchos de los resultados conseguidos por los profesionales de enfermería también están influenciados por algunos fármacos y, por tanto, es deseable controlar el efecto de la medicación. En la actualidad tampoco hay un único número que identifique al profesional de enfermería responsable (número 13). Por tanto, actualmente no es posible atribuir intervenciones o resultados clínicos a profesionales de enfermería concretos según los datos de la documentación. Otra cuestión surge cuando las instituciones sanitarias no recogen los datos de la unidad (números 20 a 24) de manera normalizada. Así pues, si se desea comparar los datos entre centros necesitarían traducirse los datos institución por institución a medidas comunes como las propuestas en el cuadro 7.

El método para realizar la investigación sobre efectividad con datos clínicos reales se ha esbozado en una monografía basada en las investigaciones llevadas a cabo por un equipo de Iowa[78]. Esta publicación describe los métodos para recuperar datos clínicos de enfermería de sistemas electrónicos, almacenándolos según los requisitos de privacidad, aplicando técnicas de ajuste de riesgo y analizando el impacto de los tratamientos de enfermería. Esta investigación dio como resultado varias

Cuadro 7

Datos para la investigación de efectividad en enfermería

Definiciones y cuantificación

Datos del centro

1. Número de identificación del centro

Definición: número que identifica la organización donde al paciente/cliente se le administraron los cuidados de enfermería.
Cuantificación: uso del número de identificación de Medicare.

Datos de ingreso

2. Número de identificación del paciente

Definición: número único asignado a cada paciente o cliente dentro de un centro sanitario que distingue y separa la historia clínica de un paciente de otro en ese centro.
Cuantificación: uso del número de historia clínica del centro.

3. Fecha de nacimiento

Definición: día del nacimiento del paciente.
Cuantificación: mes, día y año de nacimiento.

4. Sexo

Definición: sexo del paciente.
Cuantificación: varón, mujer, desconocido.

5. Raza

Definición: clase o tipo de personas unificadas por una comunidad de intereses, hábitos o características.
Cuantificación: usar los códigos del Uniform Hospital Discharge Data Set (UHDDS): **1.** indio americano o nativo de Alaska; **2.** asiático/isleño del Pacífico; **3.** negro, no hispano; **4.** hispano; **5.** blanco, no hispano; **6.** otra (por favor, especificar); **7.** desconocida.

6. Estado civil

Definición: unión legalmente reconocida de dos personas.
Cuantificación: **1.** casado; **2.** viudo; **3.** divorciado; **4.** separado; **5.** soltero; **6.** desconocido.

7. Fecha de ingreso

Definición: fecha de inicio de los cuidados.
Cuantificación: mes, día, año.

Medicaciones

8. Medicaciones

Definición: sustancia farmacológica utilizada para curar una enfermedad o aliviar los síntomas.
Cuantificación: **1.** nombre del fármaco; **2.** vía de administración (a. v.o.; b. i.m./s.c.; c. i.v.; d. aerosol; e. rectal; f. colirio; g. otras); **3.** dosis (cantidad de fármaco prescrito); **4.** frecuencia (número de veces administrada por día); **5.** fecha de inicio (fecha en la que el fármaco empezó en este episodio de cuidados: mes, día, año); **6.** fecha de finalización (fecha en la que el fármaco se interrumpió en este episodio de cuidados: mes, día, año).

Datos médicos

9. Número de identificación del médico

Definición: número usado en varios contextos que identifica al médico que es el principal responsable de la atención médica del paciente/cliente durante el episodio de cuidados.
Cuantificación: número único utilizado por el proveedor para facturar los servicios (UHDDS utiliza atención y operación).

10. Diagnóstico médico

Definición: afecciones médicas que coexisten en el momento del ingreso, que se desarrollan con posterioridad, o que afectan al tratamiento recibido y/o a la duración de la estancia; todos los diagnósticos que afectan al episodio actual de cuidados.
Cuantificación: nombres de diagnósticos médicos como los listados en la factura del paciente utilizando los códigos CIE-9-MC.

11. Grupos de diagnóstico relacionado (GRD)

Definición: sistema prospectivo de retribución de Estados Unidos utilizado para la retribución de los pacientes Medicare; clasifica a los pacientes dados de alta en aproximadamente 500 grupos en función del diagnóstico médico, la edad, el procedimiento de tratamiento, el estado al alta y el sexo.
Cuantificación: número de 3 dígitos y nombre del GRD al que este paciente fue asignado.

12. Intervención médica

Definición: tratamiento prescrito por un médico; todos los procedimientos significativos para el episodio actual de cuidados.
Cuantificación: **1.** nombres de los procedimientos médicos listados en la factura del paciente utilizando códigos CPT; **2.** fecha de inicio (fecha cuando el procedimiento empezó en este episodio de cuidados: mes, día, año); **3.** fecha de finalización (fecha cuando el procedimiento finalizó en este episodio de cuidados: mes, día, año).

Datos de enfermería

13. Número de identificación del profesional de enfermería

Definición: número usado en diversos contextos que identifica al profesional de enfermería que es el principal responsable de los cuidados de enfermería del paciente o del cliente durante el episodio de cuidados.
Cuantificación: no existe en este momento; elaborar códigos propios.

14. Diagnóstico de enfermería

Definición: juicio clínico realizado por un profesional de enfermería sobre la respuesta del paciente a un problema sanitario o a un proceso vital real o posible durante este episodio de cuidados que afecta a los tratamientos recibidos y/o a la duración de la estancia.
Cuantificación: nombres de los diagnósticos de enfermería utilizando términos y códigos de la NANDA-I.

15. Intervención de enfermería

Definición: tratamiento realizado por el profesional de enfermería.
Cuantificación: **1.** nombres de los tratamientos administrados al paciente durante el episodio de cuidados utilizando términos y códigos de la NIC; **2.** fecha de inicio: fecha en la que la intervención empezó en este episodio de cuidados: mes, día, año); **3.** fecha de finalización: fecha en la que la intervención se interrumpió en este episodio de cuidados: mes, día, año.

Resultados

16. Resultados del paciente

Definición: aspecto del estado de salud del paciente o cliente influenciado por la intervención de enfermería durante este episodio de cuidados.
Cuantificación: **1.** nombres de los resultados utilizando términos de la NOC; **2.** fecha identificada; **3.** fecha de finalización

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuadro 7

Datos para la investigación de efectividad en enfermería *(cont.)*

del resultado; **4.** estado del resultado al inicio y al final del episodio de cuidados (utilizando la escala de la NOC).

17. Fecha de alta

Definición: fecha de finalización de un episodio de cuidados.

Cuantificación: mes, día y año.

18. Disposición

Definición: planificación para continuar los cuidados sanitarios realizados después del alta.

Cuantificación: utilizar CMDE con modificaciones: **1.** dado de alta hacia casa o autocuidados (alta rutinaria); **2.** dado de alta hacia casa remitido a servicios de enfermería organizados de la comunidad; **3.** dado de alta a su domicilio con preparativos para ver al profesional de enfermería en un ambulatorio; **4.** transferido a un hospital de corta estancia; **5.** transferido a una institución de larga estancia; **6.** fallecido; **7.** alta voluntaria contra el consejo médico; **8.** permanece como paciente; **9.** otro.

19. Coste de los cuidados

Definición: tarifas del proveedor para los servicios prestados al cliente durante el episodio de cuidados.

Cuantificación: tarifas totales facturadas para el episodio de cuidados (a partir de la factura del paciente).

Datos de la unidad

20. Tipo de unidad

Definición: nombre del tipo de unidad o área de especialidad que mejor caracteriza dónde se administra la mayoría de los cuidados del paciente.

Cuantificación: todas las unidades responden a los apartados A y B:

A. ¿Dónde están localizados los cuidados de enfermería? (Marcar solo un único lugar.)
____Cuidados en ambulatorio/paciente externo
____Comunidad
____Domicilio
____Hospital
____Cuidados de larga estancia/residencia de ancianos
____Salud ocupacional
____Centro de rehabilitación
____Escuela
____Otro. Por favor describir:_____

B. ¿Qué especialidad caracteriza mejor el tipo de cuidado administrado? (Elegir sólo una.)
____Medicina general
____Cirugía general
____Medicina general y cirugía
____Geriatría
____Cuidados intensivos o de urgencias
____Materno-infantil
____Psiquiatría (adultos o niños, incluyendo abuso de sustancias)
____Medicina de especialidad (p. ej., médula ósea, cardiología, dermatología, hematología, hemodiálisis, neurología, oncología, respiratorio, radiología)
____Especialidades quirúrgicas (p. ej., oftalmología, ORL, neurocirugía, ortopedia, urología)
____Otra. Por favor, describir:_____

21. Combinación de personal

Definición: proporción de proveedores de cuidados de enfermería diplomados y auxiliares-técnicos en la unidad/clínica/grupo donde se han administrado los cuidados.

Cuantificación: número de profesionales de enfermería y personal auxiliar que ha trabajado en la unidad/clínica/grupo cada día de la estancia del paciente. (Reunir diariamente para la duración/episodio de cuidados del paciente; si no puede realizarse diariamente hacer la media semanal.) Asignar turnos de 12 horas u otros turnos irregulares al tiempo que han trabajado realmente (es decir, una persona que trabaja 12 horas de 7:30 a 19:30 tiene asignadas 8 horas de día [1 equivalente de tiempo completo, o ETC] y 4 horas por las tardes [0,5 ETC]. Contar solo las horas de atención directa real, es decir, eliminar la enfermera jefe o la enfermera responsable a menos que hayan administrado cuidados directos, eliminar la secretaria de la unidad y no incluir las horas no productivas [como las de orientación y formación continuada]).
N.° de ETC enfermeras días_____
N.° de ETC enfermeras tardes_____
N.° de ETC enfermeras noches_____
N.° de ETC técnicos días_____
N.° de ETC técnicos tardes_____
N.° de ETC técnicos noches_____
N.° de ETC auxiliares días_____
N.° de ETC auxiliares tardes_____
N.° de ETC auxiliares noches_____
N.° otros días (identificar)_____
N.° otras tardes (identificar)_____
N.° otras noches (identificar)_____

22. Horas de cuidados de enfermería

Definición: horas de cuidados de enfermería administrados por paciente y día en la unidad/clínica/grupo donde se administran los cuidados.

Cuantificación: horas de cuidados (del personal real) administrados por enfermeras, auxiliares y técnicos.
Días: horas de enfermeras _____ horas de técnicos _____ horas de auxiliares _____ horas de otros _____
Tardes: horas de enfermeras _____ horas de técnicos _____ horas de auxiliares _____ horas de otros _____
Noches: horas de enfermeras _____ horas de técnicos _____ horas de auxiliares _____ horas de otros _____
NOTA: estas son las mismas personas que en el número 21.

23. Gravedad del paciente

Definición: media del nivel de enfermedad de los pacientes cuidados en la unidad.

Cuantificación: el paciente se clasifica de acuerdo con la escala de gravedad del paciente.

24. Carga de trabajo

Definición: cantidad de servicios de enfermería proporcionados en una unidad.

Cuantificación: media de la gravedad del paciente (número 23) multiplicada por el número de camas ocupadas por día (o el número de pacientes vistos en el ambulatorio) y dividida entre el número de profesionales de enfermería que han trabajado o el número total de personal de enfermería que ha trabajado (número 21).

Censo a medianoche o número de pacientes por día.

publicaciones que demuestran el efecto de las intervenciones de la NIC sobre los resultados de los pacientes. Por ejemplo, en una publicación donde se evaluaron los patrones de las intervenciones de enfermería en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca y procedimientos de la cadera, y que presentaban un riesgo de caída, Shever y cols.[74] llegaron a la conclusión de que el uso de la NIC no solo permite la extracción de los datos de la historia clínica electrónica, sino que se observó que Vigilancia, Administración de medicación: intravenosa (i.v.), Manejo de líquidos y Etapas en la dieta eran las cuatro intervenciones más frecuentes realizadas en los cuatro grupos de adultos mayores en un entorno de cuidados agudos. Los investigadores también identificaron qué intervenciones de enfermería eran únicas y específicas para cada grupo de pacientes y concluyeron que los datos de intervenciones de enfermería en los que se usaba la NIC proporcionaban a los administradores información sobre los cuidados aplicados que era útil para la evaluación de la dotación de personal, la asignación de recursos, la formación del personal de enfermería y la evaluación de la competencia enfermera.

El artículo de Dochterman y cols.[26] documentó el uso de intervenciones de la NIC para tres grupos de pacientes: insuficiencia cardíaca, fractura de cadera y la prevención de caídas. Los resultados mostraron que el número medio de intervenciones realizadas al menos una vez durante una única hospitalización osciló entre 18 y 22 para las tres poblaciones. Las intervenciones utilizadas en el 50% o más hospitalizaciones se identificaron para cada población. Seis intervenciones se utilizaron en las tres poblaciones: Mejora de la tos, Etapas en la dieta, Manejo de líquidos, Administración de medicación: intravenosa (i.v.), Manejo del dolor y Cuidados del drenaje. Los autores llegaron a la conclusión de que el conocimiento de las intervenciones utilizadas para cada población de pacientes puede ayudar a los gestores de enfermería a planear el tipo y la cantidad de personal necesario en una unidad.

En otro análisis, Titler y su equipo de investigación[77] analizaron el impacto de las intervenciones de enfermería en el coste hospitalario de pacientes de la tercera edad que fueron hospitalizados por una fractura de cadera o procedimiento relacionado. Un modelo de efectividad incluyó múltiples variables relacionadas con las características del paciente (edad), las afecciones clínicas (p. ej., diagnóstico médico), las características de la unidad de enfermería (p. ej., media de la proporción entre el personal de enfermería y los pacientes), así como las intervenciones de los médicos, personal de enfermería y farmacéuticos. Los resultados mostraron que la mayoría de las variables que influyen en el coste son las intervenciones, sobre todo las intervenciones médicas y los fármacos. Un número considerable de intervenciones de enfermería no aumentó el coste. Una dotación de personal de enfermería por debajo de la media de la unidad se asoció con un mayor coste. Los autores indicaron que este fue el primer estudio que analizó las intervenciones de enfermería en relación con los costes hospitalarios, lo que fue posible por el uso de la NIC en un sistema de información clínica.

La investigación sobre efectividad comparativa (IEC) se está legislando en la actualidad como una prioridad para la investigación traslacional. La investigación traslacional incluye el proceso de aplicación de los descubrimientos generados durante la investigación en el laboratorio y en estudios preclínicos en el desarrollo de ensayos clínicos y estudios en los seres humanos, así como la investigación dirigida a mejorar la adopción de las mejores prácticas en la comunidad. Como figura en la American Recovery and Reinvestment Act (ARRA), el IOM define la IEC como «la producción y síntesis de la evidencia que compare los beneficios y los perjuicios de los métodos alternativos para prevenir, diagnosticar, tratar y monitorizar una afección clínica o para mejorar la prestación de cuidados [...] tanto a nivel individual como de la población»[39] (pág. 29). La IEC determina si una intervención funciona mejor que otras en una clínica donde los pacientes son más heterogéneos que los reclutados y aceptados en los ensayos clínicos. Los investigadores de enfermería también deben comenzar a participar en los métodos de IEC, ya que proporciona los medios para identificar qué intervenciones funcionan en cada paciente bajo circunstancias específicas. Los elementos clave en la IEC son la comparación directa de intervenciones efectivas, el estudio de los pacientes en situaciones típicas de cuidados clínicos y la adaptación de la intervención a las necesidades de cada paciente. Sin embargo, se debe señalar que el uso de intervenciones normalizadas, como las que aparecen en la NIC, hace que puedan efectuarse comparaciones de las intervenciones entre poblaciones de pacientes y en distintos contextos cuando se diseñan estudios de IEC.

Las pautas de la PBE se mejoran cuando las intervenciones NIC se incluyen como recomendaciones para tratamientos de enfermería efectivos. Las pautas generalmente se crean en forma de protocolos o guías basadas en la evidencia que convierten el conocimiento científico en acciones clínicas en una forma que está disponible para los médicos. Estas pautas describen un proceso de gestión de la atención del paciente que tiene el potencial de mejorar la calidad de la toma de decisiones clínicas y del consumidor. Los defensores de la PBE creen que las intervenciones que se encuentran efectivas y seguras que se basan en la mejor evidencia disponible deben entregarse de manera consistente para producir los mismos resultados deseados para el mismo problema. Después de que la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) publicase su iniciativa nacional, a partir de la década de 1990, la profesión enfermera se ha centrado en el desarrollo y uso de directrices. Debido a que el enfoque de la guía es el manejo de una condición clínica, la incorporación de la NIC en los protocolos es muy útil para describir las intervenciones de enfermería que figuran en la guía. Para ilustrar la relación entre las intervenciones NIC y los resultados NOC en protocolos basados en evidencia, los editores han trabajado con el Centro Barbara and Richard Csomay para la Excelencia en Gerontología de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Iowa para incorporar la NIC en más de 25 guías de PBE[12] que se revisan continuamente y se centran principalmente en temas que son problemas, afecciones o tratamientos significativos experimentados por adultos mayores en entornos de cuidado de larga duración. Se puede acceder, comprar y descargar las pautas completas en formato PDF en http://www.iowanursingguidelines.com.

***Análisis de* Big Data** La revolución de los datos de la atención sanitaria impulsada por el «análisis de *Big Data*» transformará la enfermería. En la obra *Lo inevitable: entender las 12 fuerzas tecnológicas que configurarán nuestro futuro,* Kelly[50] iden-

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

tificó 12 tendencias tecnológicas influyentes, incluida una que él denomina «cognición». La cognición es el proceso de usar supercomputadores para agregar «inteligencia adicional»[50] (pág. 29) para maximizar los beneficios múltiples de la nueva tecnología. Luego describe posibles aplicaciones cognitivas que «cambiarán todo», incluida la atención sanitaria. Sorprendentemente, Kelly, fundadora y editora ejecutiva de la revista *Wired* durante sus primeros 7 años, identificó específicamente a la enfermería como un «reino en espera de ser potenciado cognitivamente»[50] (pág. 36). Como ejemplo, Kelly[50] describe cómo los pacientes pueden equiparse con sensores que rastrean sus biomarcadores las 24 horas del día para que los tratamientos se puedan personalizar, ajustar y mejorar a diario. Durante los próximos 30 años los sensores digitales se mejorarán con chips más pequeños, baterías más potentes y conectividad en la nube, mientras se combinan bases de datos masivas que permiten «análisis de *Big Data*» y «algoritmos más profundos» que pueden rastrear y monitorizar cientos de parámetros de salud relevantes para la atención de enfermería (pág. 40).

En su libro *Big Data: una revolución que transformará nuestra forma de vivir, trabajar y pensar* Mayer-Schonberger y Cukier[63] afirmaron que «los grandes datos se refieren a cosas que se pueden hacer a gran escala que no se pueden hacer en una más pequeña, a extraer nuevos conocimientos o crear nuevas formas de valor» (pág. 8). La tendencia actual hacia la digitalización rápida de grandes cantidades de pacientes y datos de atención médica en la HCI crea la posibilidad de que los datos se sinteticen y analicen con el fin de identificar patrones y tendencias. Raghupathi y Raghupathi[71] demuestran cómo los grandes analíticos de datos pueden usarse para respaldar una amplia gama de actividades de atención médica, incluido el apoyo a la toma de decisiones clínicas, el manejo de la salud de la población y la vigilancia de la salud. El análisis de *Big Data* puede ayudar a los profesionales de servicios de salud a desarrollar diagnósticos y tratamientos más profundos, lo que cabría esperar para obtener mejores resultados deseados y una mejor calidad de la atención a un coste menor. La NIC, como lenguaje de enfermería estandarizado, hace posible la cognición de enfermería y el análisis de *Big Data* porque las etiquetas y actividades de las intervenciones de la NIC se pueden utilizar en la HCI para planificar y documentar el trabajo de las enfermeras en la práctica. Las etiquetas codificadas NIC y las actividades en la HCI pueden almacenarse, recuperarse, analizarse y compartirse de maneras diseñadas para mejorar la toma de decisiones clínicas, evaluar la calidad y eficacia de los tratamientos de enfermería, promover el logro de resultados óptimos para el paciente y gestionar los costes de la atención médica.

CONCLUSIÓN

Las intervenciones son la esencia de la práctica enfermera. La enfermería es una disciplina científica, y como todas las disciplinas posee un cuerpo de conocimiento propio. Según el *Nursing's Social Policy Statement: The Essence of the Profession*[3], la «incorporación de la investigación y la evidencia a la práctica ayuda a informar los procesos de selección, implementación y evaluación asociados con la generación y aplicación de conocimiento y tecnología a los resultados de la atención sanitaria» (pág. 9) y es un importante foco de preocupación. La enfermería es una rama del conocimiento que comprende información sobre la naturaleza de la salud y la enfermedad, así como las estrategias y tratamientos para promover la salud y el bienestar. Como sistema de clasificación, la NIC identifica los tratamientos que las enfermeras realizan, organiza esta información en una estructura coherente y proporciona el lenguaje para comunicarse con personas, familias, comunidades, miembros de otras disciplinas y la población en general.

Los profesionales de enfermería son usuarios de información y de conocimiento, y la NIC facilita el uso del conocimiento sobre las intervenciones de enfermería en la práctica, la formación y la investigación. La NIC es una fuente principal para el desarrollo del conocimiento sobre intervención en enfermería y proporciona el contenido para guiar los tratamientos de enfermería. Los profesionales de enfermería constituyen el mayor grupo dentro de los trabajadores que usan el conocimiento de los cuidados sanitarios y, como tal, se basan en una amplia información clínica para implementar y evaluar los procesos y resultados de sus cuidados y toma de decisiones clínicas. Las intervenciones normalizadas NIC facilitan el papel de usuario del conocimiento mediante la estructuración de los tratamientos de enfermería diseñados para lograr los resultados deseados en los pacientes. Además, los mecanismos informáticos son de gran ayuda para los usuarios del conocimiento de enfermería al llevar los recursos de conocimiento al punto de atención para que puedan estar fácilmente accesibles durante el proceso real de toma de decisiones clínicas. Las intervenciones NIC ya están en una gran variedad de sistemas de información de cuidados sanitarios que se utilizan en el punto de atención para la planificación y documentación de los cuidados de enfermería. Cuando el cuidado de enfermería se documenta y se almacena en bases de datos, estos pueden recuperarse de manera que pueda llevarse a cabo la investigación sobre efectividad y sobre efectividad comparativa.

Los profesionales de enfermería están comprometidos para proporcionar intervenciones de enfermería de alta calidad. Los beneficios del uso de la NIC son claros y bien establecidos. Desde que la NIC fue desarrollada por primera vez en 1992 ha habido un rápido movimiento para incorporarla en la práctica, la formación y la investigación de enfermería. Cada edición de la NIC ofrece nuevos avances, incluyendo intervenciones nuevas y revisadas, nuevos usos de la NIC en la enseñanza de enfermería, nuevas aplicaciones de la misma en entornos de prácticas que mejoran la toma de decisiones clínicas y la documentación de los cuidados de enfermería, así como nuevos conocimientos generados mediante la utilización de la NIC en la investigación sobre la efectividad. Nosotros trabajamos continuamente para mejorar la NIC y esperamos los comentarios y sugerencias de los lectores para lograr dicha mejora.

Bibliografía

1. Ackley, B., Ladwig, G., & Makic, M. (2017). *Nursing diagnosis handbook: An evidence-based guide to planning care* (11th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
2. American Association of Colleges of Nursing. (2008). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice.* Washington, DC: Author.
3. American Nurses Association. (2010). *Nursing's social policy statement: The essence of the profession.* Silver Spring, MD: Author.

4. Anderson, C. A., Keenan, G., & Jones, J. (2009). Using bibliometrics to support your selection of a nursing terminology set. *CIN: Computers, Informatics, Nursing, 27*(2), 82-90.
5. Bavaresco, T., & Lucena, A. (2012). Nursing intervention classifications (NIC) validated for patients at risk of pressure ulcers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 20*(6), 1109-1116.
6. Beck, C., McSweeney, J., Richards, K., Robinson, P., Tsai, P. -F., & Souder, E. (2010). Challenges in tailored intervention research. *Nursing Outlook, 58*(2), 104-110.
7. Bland, A., Rossen, E., Bartlett, R., Kautz, D., Carnevale, T., & Benfield, S. (2009). Implementation and testing of the OPT Model as a teaching strategy in an undergraduate psychiatric nursing course. *Nursing Education Perspectives, 30*(1), 14-21.
8. Brown, L., Gardner, G., & Bonner, A. (2016). A randomized controlled trial protocol testing a decision support intervention for older patients with advanced kidney disease. *Journal of Advanced Nursing, 72*(5), 1191-1202.
9. Bulechek, G., & McCloskey, J. (Guest Eds.). (1992). Symposium on nursing interventions. *Nursing Clinics of North America, 27*(2). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
10. Bulechek, G., & McCloskey, J. (Eds.). (2000). *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed.). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
11. Butcher, H. (2011). Creating the nursing theory-research-practice nexus. In P. S. Cowen, & S. Moorhead (Eds.), *Current issues in nursing* (8th ed., pp. 123-135). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
12. Butcher, H. (2016). Development and use of gerontological evidence-based practice guidelines. *Journal of Gerontological Nursing, 42*(7), 25-32.
13. Butcher, H., Gordon, J., Ko, J., Perkhounkova, Y., Cho, J., Rinner, A., & Lutgendorf, S. (2016). Finding meaning in written emotional expression by family caregivers of persons with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 31*(8), 631-642.
14. Butcher, H., & Johnson, M. (2012). Use of linkages for clinical reasoning and quality improvement. In M. Johnson, S. Moorhead, G. Bulechek, H. Butcher, M. Mass, & E. Swanson (Eds.), *NOC and NIC linkages to NANDA-I and clinical conditions: Supporting clinical reasoning and quality care* (3rd ed., pp. 11-23). Maryland Heights, MO: Elsevier Mosby.
15. Carlson, J. (2006, March). Total consensus validation process: A standardized research method to identify and link relevant NNN terms for professional practice. Paper presented at the NANDA, NIC, and NOC 2006: Electronic Use of Clinical Nursing Data Conference, Philadelphia, PA.
16. Carter, J., Moorhead, S., McCloskey, J., & Bulechek, G. (1995). Using the nursing interventions classification to implement Agency for Health Care Policy and Research guidelines. *Journal of Nursing Care Quality, 9*(2), 76-86.
17. Casey, A. (2011). Global challenges of electronic records for nursing. In P. S. Cowen, & S. Moorhead (Eds.), *Current issues in nursing* (8th ed., pp. 340-347). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
18. Center for Nursing Classification. (2000). *NIC interventions and NOC outcomes linked to the OASIS Information Set*. Iowa City, IA: Author.
19. Center for Nursing Classification. (2000). *Standardized nursing language in long-term care* [R. Cox, preparer]. Iowa City, IA: Author.
20. Clark, J., & Lang, N. (1992). Nursing's next advance: An international classification for nursing practice. *International Nursing Review, 39*(4), 109-112.
21. Cohen, M., Kruckeberg, T., McCloskey, J., Bulechek, G., Craft, M., Crossley, J., …, Titler, M. (1991). Inductive methodology and a research team. *Nursing Outlook, 39*(4), 162-165.
22. Conn, V. (2008). Editorial: Testing nursing interventions. *Western Journal of Nursing Research, 30*(8), 913-914.
23. Costa, R., dos Santos, E., Lopes, C., & Bergamasco, E. (2015). Adequacy of the activities in the nursing intervention exercise therapy: Ambulation for medical-surgical patients with impaired physical mobility. *International Journal of Nursing Knowledge, 27*(4), 201-204.
24. Cruz, C., Bonfim, D., Galdzinski, R., Fuqulin, F., & Laus, A. (2014). The use of nursing interventions classification (NIC) in identifying the workload of nursing: An integrative review. *International Journal of Nursing Knowledge, 25*(3), 154-160.
25. de Freitas, M., & Carmona, E. (2011). Estudo de caso como estratégia de ensino do processo de enfermagem e do uso de linguagem pardronizada [Case study as a strategy for teaching the nursing process and the use of standardized language]. *Revista Brasileira de Enfermagem, 64*(6), 1157-1160.
26. Dochterman, J., Titler, M., Wang, J., Reed, D., Pettit, D., Mathew-Wilson, M., …, Kanak, M. (2005). Describing use of nursing interventions for three groups of patients. *Journal of Nursing Scholarship, 37*(1), 57-66.
27. Enderlin, C., & Richards, K. (2006). Research testing of tailored interventions. *Research and Theory for Nursing Practice, 20*(4), 317-324.
28. Farren, A. (2010). An educational strategy for teaching standardized nursing languages. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications, 21*(1), 3-13.
29. Fehring, R. (1987). Methods to validate nursing diagnoses. *Heart and Lung, 16*(6 part 1), 625-629.
30. Finesilver, C., & Metzler, D. (2003). Use of NANDA, NIC, and NOC in a baccalaureate curriculum. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications, 14*(Suppl. 4), 34-35.
31. Garcia, T., & Lobert, J. (2006). A user's guide to operationalizing NANDA, NIC, and NOC in a nursing curriculum. *International Journal of Nursing Terminologies & Classification, 17*(1), 33-34.
32. Gleick, J. (2011). *The information: A history, a theory, a flood*. New York, NY: Pantheon.
33. Goode, C., Sanders, C., Del Monte, J., Chon, D., Dare, A., Merrifield, …, Smith, M. (2011). Laying the foundation for evidence-based practice for nurse residents. In P. S. Cowen, & S. Moorhead (Eds.), *Current issues in nursing* (8th ed., pp. 385-390). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
34. Greiner, A., & Knebel, E. (Eds.). (2003). *Health professions education: A bridge to quality*. Washington, DC: The National Academies Press.
35. Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7th ed., pp. 323-350). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
36. Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2014). Frequently asked questions. In T. H. Herdman, & S. Kamitsuru (Eds.), *NANDA International nursing diagnoses: Definitions & classification, 2015-2017* (10th ed., pp. 105-130). Oxford, England: Wiley Blackwell.
37. Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2018). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions & classification, 2018-2020* (11th ed.). New York, NY: Thieme.
38. Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: The National Academies Press.
39. Institute of Medicine. (2009). *Initial national priorities for comparative effectiveness research*. Washington, DC: The National Academies Press.
40. Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: The National Academies Press.
41. Iowa Intervention Project. (1993). The NIC taxonomy structure. *Image, Journal of Nursing Scholarship, 25*(3), 187-192.
42. Iowa Intervention Project. (1995). Validation and coding of the NIC taxonomy structure. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 27*(1), 43-49.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

43. Iowa Intervention Project. (1996). *NIC interventions linked to Omaha system problems*. Iowa City, IA: Center for Nursing Classification.
44. Jacox, A. (1995). Practice and policy implications of clinical and administrative databases. In N. M. Lang (Ed.), *Nursing data systems: The emerging framework*. Washington, DC: American Nurses Association.
45. Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M., & Swanson, E. (Eds.). (2012). *NOC and NIC linkages to NANDA-I and clinical conditions: Supporting critical reasoning and quality care*. Maryland Heights, MO: Elsevier Mosby.
46. Kane, R., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Medical Care, 45*(12), 1195-1204.
47. Karadag, M., Caliskan, N., & Iseri, O. (2016). Effects of case studies and simulated patients on students' nursing care plan. *International Journal of Nursing Knowledge, 27*(2), 87-94.
48. Kautz, D., Kuiper, R., Pesut, D., Knight-Brown, P., & Daneker, D. (2005). Promoting clinical reasoning in undergraduate nursing students: Application and evaluation of Outcome Present State Test (OPT) model of clinical reasoning. *International Journal of Nursing Education Scholarship, 2*(1), [online] doi: 10.2202/1548-923X. 1052..
49. Kautz, D., Kuiper, R., Pesut, D., & Williams, R. (2006). Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) model. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 17*(3), 129-138.
50. Kelly, K. (2016). *The inevitable: Understanding the 12 technological forces that will shape our future*. New York, NY: Viking.
51. Kuiper, R. (2008). Use of personal digital assistants to support clinical reasoning in undergraduate baccalaureate nursing students. *Computers Informatics, 26*(2), 90-98.
52. Kuiper, R., Heinrich, C., Matthias, A., Graham, M., & Bell-Kotwall, L. (2008). Evaluating situated cognition during simulation: Debriefing with the OPT model of clinical reasoning. *International Journal of Nursing Education Scholarship, 5*(1), [online]. doi: 10.2202/1548-923X. 1466..
53. Kuiper, R., Pesut, D., & Arms, T. (2016). *Clinical reasoning and care coordination in advanced practice nursing*. New York, NY: Springer.
54. Kuiper, R., Pesut, D., & Kautz, D. (2009). Promoting self-regulation of clinical reasoning skills in nursing students. *Open Nursing Journal, 3*, 76-85 [online] doi: 10.2174/1874434600903010076..
55. Lee, M. (2011). Personal health records as a tool for improving the delivery of health care. In P. S. Cowen, & S. Moorhead (Eds.), *Current issues in nursing* (8th ed., pp. 331-339). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
56. Lopes, J., de Barros, A., & Michel, J. (2009). A pilot study to validate the priority nursing interventions classification and nursing outcomes classification outcomes for the nursing diagnosis "excess fluid volume" in cardiac patients. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 20*(2), 76-88.
57. Lucthar-Flude, M., Wilson-Keates, B., & Larocque, M. (2012). Evaluating high-fidelity human simulators and standardized patients in an undergraduate nursing health assessment course. *Nurse Education Today, 32*(4), 448-452.
58. Lunney, M. (2003). Theoretical explanations for combining NANDA, NIC, and NOC. In J. M. Dochterman, & D. A. Jones (Eds.), *Unifying nursing languages: The harmonization of NANDA, NIC, and NOC* (pp. 35-45). Washington, DC: American Nurses Association.
59. Lunney, M. (2006). Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC: Novice to expert. *Nurse Educator, 31*(1), 40-46.
60. Lunney, M. (Ed.). (2009). *Critical thinking to achieve positive health outcomes: Nursing case studies and analyses*. Ames, IA: Wiley-Blackwell.
61. Lunney, M., McGuire, M., Endozo, N., & McIntosh-Waddy, D. (2010). Consensus-validation study identifies relevant nursing diagnoses, nursing interventions, and health outcomes for peopl with traumatic brain injuries. *Rehabilitation Nursing, 35*(4), 161-16
62. Maas, M., Scherb, C., & Head, B. (2012). Use of NNN in com puterized information systems. In M. Johnson, S. Moorhead, G Bulechek, H. Butcher, M. Mass, & E. Swanson (Eds.), *NOC an NIC linkages to NANDA-I and clinical conditions: Supportin clinical reasoning and quality care* (3rd ed., pp. 24-34). Marylan Heights, MO: Elsevier Mosby.
63. Mayer-Schonberger, V., & Cukier, K. (2013). *Big data: A revo lution that will transform how we live, work, and think*. Boston MA: Eamon Dolan.
64. McCloskey, J. C., Bulechek, G. M., & Donahue, W. (1998). Nur sing interventions core to specialty practice. *Nursing Outlook 46*(2), 67-76.
65. Melnyk, B., & Morrison-Beedy, D. (2012). *Intervention research: De signing, conducting, analyzing, and funding*. New York, NY: Springer
66. Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. (Eds.) (2018). *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement o health outcomes* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
67. Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V., Leibson, C., Stevens, S., & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality *The New England Journal of Medicine, 364*(11), 1037-1045.
68. Park, H. (2014). Identifying core NANDA-I nursing diagnoses NIC interventions, NOC outcomes, and NNN linkages for hear failure. *International Journal of Nursing Knowledge, 25*(1), 30-38
69. Pesut, D. (2002). Nursing nomenclatures and eye-roll anxiety control. *Journal of Professional Nursing, 18*(1), 3-4.
70. Pesut, D., & Herman, J. (1999). *Clinical reasoning: The art and science of critical and creative thinking*. Albany, NY: Delmar.
71. Raghupathi, W., & Raghupathi, V. (2014). Big data analytics in healthcare: Promise and potential. *Health Information Science and Systems, 2*(3), 1-29 [online] doi: 10.1186/2047-2501-2-3..
72. Reed, D., Titler, M., Dochterman, J., Shever, L., Kanak, M., & Picone, D. (2007). Measuring the dose of nursing intervention. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 18*(4), 121-130.
73. Sackett, D., Straus, S., Richardson, W., Rosenberg, W., & Haynes, R. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone.
74. Shever, L., Titler, M., Dochterman, J., Fei, Q., & Picone, D. (2007). Patterns of nursing intervention use across 6 days of acute care hospitalization for three older patient populations. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 18*(1), 18-29.
75. Sidani, S., & Braden, C. (2011). *Design, evaluation, and translation of nursing interventions*. Oxford, England: Wiley-Blackwell.
76. Silva, R., & Ferreira, N. (2016). Content validation study of nursing interventions intended to prevent cardiovascular events in diabetic patients. *Journal of Clinical Nursing* [online]. doi: 10.1111/jocn13181..
77. Titler, M., Dochterman, J., Kim, T., Kanak, M., Shever, L., Picone, D., ..., Budreau, G. (2007). Costs of care for seniors hospitalized for hip fractures and related procedures. *Nursing Outlook, 55*(1), 5-14.
78. Titler, M., Dochterman, J., & Reed, D. (2004). *Guideline for conducting effectiveness research in nursing and other healthcare services*. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness.
79. Titler, M., Kleiber, C., Steelman, V., Rakel, B., Budreau, G., Everett, L., ..., Goode, C. (2001). The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 13*(4), 497-509.
80. Tripp-Reimer, T., Woodworth, G., McCloskey, J., & Bulechek, G. (1996). The dimensional structure of nursing interventions. *Nursing Research, 45*(1), 10-17.
81. Werley, H. H., & Lang, N. M. (Eds.). (1988). *Identification of the nursing minimum data set*. New York, NY: Springer.

SEGUNDA PARTE



Taxonomía de las intervenciones de enfermería



Introducción a la taxonomía NIC

Esta séptima edición de la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* tiene 565 intervenciones organizadas, como en las últimas 4 ediciones, en 7 dominios y 30 clases. Esta estructura taxonómica de tres niveles se presenta en las siguientes páginas. En el nivel más abstracto están los 7 dominios (numerados del 1 al 7). Cada dominio incluye *clases* (clasificadas por orden alfabético) o grupos de intervenciones relacionadas (cada una con un código único de cuatro números) que se encuentran en el tercer nivel de la taxonomía. En la taxonomía solo se clasifican las etiquetas de las intervenciones. Para consultar la definición y las actividades de cada intervención véase la lista alfabética del libro. La taxonomía se construyó inicialmente utilizando los métodos de análisis de similitud, agrupamiento jerárquico, juicio clínico y revisión de expertos. Consulte ediciones anteriores para obtener más detalles sobre la construcción, validación y codificación de la taxonomía.

La taxonomía está agrupada por intervenciones relacionadas para facilitar su uso. Las agrupaciones representan todas las áreas de la práctica de enfermería. Las enfermeras de cualquier especialidad deben recordar que han de usar la taxonomía completa con cada paciente en particular, no solo las intervenciones de una clase o dominio. La taxonomía es teóricamente neutral; las intervenciones se pueden utilizar con cualquier teoría y en cualquiera de los diversos contextos de enfermería y sistemas de prestación de asistencia sanitaria. Las intervenciones también se pueden utilizar con varias clasificaciones diagnósticas, incluyendo NANDA International, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) y la Omaha System Problem List.

A cada una de las intervenciones se le ha asignado un número único para facilitar su informatización. Si se desea identificar la clase y el dominio de la intervención se usarían seis dígitos (p. ej., 1A-0140 se refiere a Fomentar la mecánica corporal y está situada en la clase Control de actividad y ejercicio en el dominio Fisiológico: básico). Los códigos de actividad no están incluidos en este libro. Si desea asignar códigos a las actividades, entonces las actividades de cada intervención se pueden numerar usando dos espacios después de un decimal (p. ej., 1A-0140.01). Debido al gran número de actividades y la cantidad de recursos que serían necesarios para realizar un seguimiento de ellas y los cambios en las actividades a lo largo del tiempo no se ha intentado asignar códigos únicos a las actividades. Si una institución en particular desea codificar las actividades debe incluir el código de la intervención relacionada.

Algunas intervenciones se han incluido en dos clases, pero se codifican de acuerdo con su clase principal. Hemos intentado mantener al mínimo las referencias cruzadas porque la taxonomía podría volverse larga y difícil de manejar. Las intervenciones solo se enumeran en otra clase si se consideran suficientemente relacionadas con las intervenciones de esa clase. Ninguna intervención figura en más de dos clases. Ocasionalmente, una intervención se ubica en una sola clase, pero tiene un código asignado en otra clase (p. ej., Asesoramiento nutricional se encuentra en la clase D, Apoyo nutricional, pero está codificada como 5246 para indicar que se trata de una intervención de asesoramiento). En cada clase, las intervenciones están listadas alfabéticamente, aunque puede que los números no sean correlativos a causa de las intervenciones que se añaden, se suprimen o a las referencias cruzadas. Las dos últimas clases en el dominio Sistema sanitario (Gestión del sistema sanitario, codificada como a, y Control de la información, codificada como b) contienen muchas de las intervenciones de cuidados indirectos (las que deberían incluirse en costes generales).

La taxonomía apareció por primera vez en la segunda edición de la NIC en el año 1996 con 6 dominios y 27 clases. La tercera edición, publicada en el año 2000, incluía un nuevo dominio, Comunidad, y tres nuevas clases: Cuidados de crianza (codificada como Z) en el dominio Familia, y Fomento de la salud de la comunidad y Control de riesgos de la comunidad en el dominio Comunidad (c y d). En esta edición no se han incluido nuevos dominios o clases; las 15 nuevas intervenciones se ubicaron fácilmente en las clases ya existentes.

A continuación se resumen las pautas de codificación utilizadas tanto en esta como en las ediciones anteriores:

- Cada intervención tiene asignado un código único de cuatro dígitos que pertenece a la intervención mientras exista, independientemente de que en una próxima edición cambie de clase.
- Cuando una intervención se suprime, su código se retira; ningún código se utiliza más de una vez. Las intervenciones que solo experimentan un cambio en la etiqueta, que no cambia la naturaleza de la intervención, mantendrán el mismo número de código. En este caso, el cambio de la etiqueta no afecta a la intervención, pero era necesario por una razón convincente (p. ej., Protección contra abusos se cambió por Apoyo en la protección contra abusos en la tercera edición para distinguir la intervención de un resultado de la NOC que tenía el mismo nombre; en la cuarta edición Sedación consciente cambió a Manejo de la sedación para reflejar mejor la práctica actual, y en esta edición el Informe de turno se ha modificado a Transferencia de cuidados del paciente para reflejar que esta intervención se usa en otros entornos además de los hospitales).
- A las intervenciones que tienen una modificación en el nombre de la etiqueta que *sí* cambia la naturaleza de la interven-

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

ción se les asignará un código nuevo y el código anterior se retirará (p. ej., en la tercera edición Triaje se convierte en Triaje: catástrofe, indicando la naturaleza más detallada de esta intervención y distinguiéndola de las nuevas intervenciones Triaje: centro de urgencias y Triaje: teléfono; en esta edición se retiró Manejo del dolor y se incluyeron dos intervenciones nuevas y más específicas, Manejo del dolor: agudo y Manejo del dolor: crónico).

- Siempre que es posible se evitan las referencias cruzadas y ninguna intervención está en más de dos clases; el número asignado es escogido a partir de la clase principal.
- Dentro de cada clase las intervenciones están listadas alfabéticamente; los números de los códigos pueden no ser correlativos a causa de cambios en las intervenciones, de intervenciones añadidas o de intervenciones suprimidas.
- Aunque los códigos que originalmente empezaron en la segunda edición se asignaron de manera lógica y siempre que es posible se mantiene este orden lógico, *los códigos no están ligados al contexto* ni debería interpretarse que tengan ningún otro significado que un número de cuatro dígitos.
- Las actividades no están codificadas, pero si se desea hacer, utilice dos decimales (o más si está indicado en el sistema informático) a la derecha del código y numere las actividades según aparecen en cada intervención (p. ej., 0140.01, 0140.02).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

TAXONOMÍA NIC

	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3
Nivel 1 Dominios	**1. Fisiológico: básico** Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	**2. Fisiológico: complejo** Cuidados que apoyan la regulación homeostática	**3. Conductual** Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida
Nivel 2 Clases	**A. *Control de actividad y ejercicio*** Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía **B. *Control de la evacuación*** Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de evacuación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas **C. *Control de inmovilidad*** Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas **D. *Apoyo nutricional*** Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional **E. *Fomento de la comodidad física*** Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas **F. *Facilitación del autocuidado*** Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida diaria	**G. *Control de electrólitos y acidobásico*** Intervenciones para regular el equilibrio electrolítico y acidobásico y prevenir complicaciones **H. *Control de fármacos*** Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos **I. *Control neurológico*** Intervenciones para optimizar la función neurológica **J. *Cuidados perioperatorios*** Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante e inmediatamente después de la cirugía **K. *Control respiratorio*** Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso **L. *Control de la piel/heridas*** Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos **M. *Termorregulación*** Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales **N. *Control de la perfusión tisular*** Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos	**O. *Terapia conductual*** Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables **P. *Terapia cognitiva*** Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o modificar el funcionamiento cognitivo indeseable **Q. *Potenciación de la comunicación*** Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales **R. *Ayuda para el afrontamiento*** Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento **S. *Educación de los pacientes*** Intervenciones para facilitar el aprendizaje **T. *Fomento de la comodidad psicológica*** Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas

Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6	Dominio 7
4. Seguridad Cuidados que apoyan la protección contra daños	**5. Familia** Cuidados que apoyan a la unidad familiar	**6. Sistema sanitario** Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria	**7. Comunidad** Cuidados que apoyan la salud de la comunidad
U. ***Control en casos de crisis*** Intervenciones para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en casos de crisis psicológicas o fisiológicas V. ***Control de riesgos*** Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos a lo largo del tiempo	W. ***Cuidados de un nuevo bebé*** Intervenciones para ayudar a la preparación del parto y controlar los cambios psicológicos y fisiológicos antes, durante e inmediatamente después del parto Z. ***Cuidados de crianza de un nuevo bebé*** Intervenciones para ayudar en la crianza de los niños X. ***Cuidados durante la vida*** Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida	Y. ***Mediación del sistema sanitario*** Intervenciones para facilitar el encuentro entre el paciente/familia y el sistema de asistencia sanitaria a. ***Gestión del sistema sanitario*** Intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para la provisión de los cuidados b. ***Control de la información*** Intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria	c ***Fomento de la salud de la comunidad*** Intervenciones que fomentan la salud de toda la comunidad d. ***Control de riesgos de la comunidad*** Intervenciones que ayudan a detectar o prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad

Nivel 1 Dominios	1. FISIOLÓGICO: BÁSICO Cuidados que apoyan el funcionamiento físico		
Nivel 2 Clases	**A. Control de actividad y ejercicio** Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía	**B. Control de la evacuación** Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de evacuación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas	**C. Control de inmovilidad** Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas
Nivel 3 Intervenciones	5612 Enseñanza: ejercicio prescrito **S*** 0140 Fomentar la mecánica corporal 0200 Fomento del ejercicio 0201 Fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza 0202 Fomento del ejercicio: estiramientos 0180 Manejo de la energía 0221 Terapia de ejercicios: ambulación 0226 Terapia de ejercicios: control muscular 0222 Terapia de ejercicios: equilibrio 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular	0466 Administración de enema 1804 Ayuda con el autocuidado: micción/defecación **F** 0430 Control intestinal 0410 Cuidados de la incontinencia intestinal 0412 Cuidados de la incontinencia intestinal: encopresis **Z** 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria 0612 Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis **Z** 0480 Cuidados de la ostomía **L** 0620 Cuidados de la retención urinaria 1876 Cuidados del catéter urinario 0470 Disminución de la flatulencia 0560 Ejercicios del suelo pélvico 0570 Entrenamiento de la vejiga urinaria 0600 Entrenamiento del hábito urinario 0440 Entrenamiento intestinal 0550 Irrigación de la vejiga urinaria 0460 Manejo de la diarrea 0590 Manejo de la eliminación urinaria 0450 Manejo del estreñimiento/impactación fecal 0630 Manejo del pesario 0490 Manejo del prolapso rectal 0640 Micción estimulada 0580 Sondaje vesical 0582 Sondaje vesical: intermitente	1806 Ayuda con el autocuidado: transferencia **F** 0840 Cambio de posición 0846 Cambio de posición: silla de ruedas 0940 Cuidados de tracción/inmovilización 0740 Cuidados del paciente encamado 0762 Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento 0764 Cuidados del paciente escayolado: yeso húmedo 0910 Inmovilización 6580 Sujeción física **V** 0970 Transferencia
	0100 a 0399	**0400 a 0699**	**0700 a 0999**

D. Apoyo nutricional Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional	**E. Fomento de la comodidad física** Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas	**F. Facilitación del autocuidado** Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida diaria
1200 Administración de nutrición parenteral total (NPT) **G** 1050 Alimentación **F** 1056 Alimentación enteral por sonda 5246 Asesoramiento nutricional 1803 Ayuda con el autocuidado: alimentación **F** 1280 Ayuda para disminuir el peso 1240 Ayuda para ganar peso 1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal 5614 Enseñanza: dieta prescrita **S** 1020 Etapas en la dieta 1024 Etapas en la dieta: cirugía para la pérdida de peso 1100 Manejo de la nutrición 1030 Manejo de los trastornos de la alimentación 1260 Manejo del peso 1160 Monitorización nutricional 1860 Terapia de deglución **F** 1120 Terapia nutricional 1080 Sondaje nasogástrico	1320 Acupresión 1380 Aplicación de calor o frío 1330 Aromaterapia 1340 Estimulación cutánea 1540 Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) 6482 Manejo ambiental: confort 1450 Manejo de las náuseas 1410 Manejo del dolor agudo 1415 Manejo del dolor crónico 3550 Manejo del prurito **L** 1440 Manejo del síndrome premenstrual (SPM) 1570 Manejo del vómito 1480 Masaje 1350 Prevención de la sequedad ocular 1520 Reiki 1460 Relajación muscular progresiva 1390 Tacto curativo 5465 Tacto terapéutico	1050 Alimentación **D** 1800 Ayuda con el autocuidado 1805 Ayuda con el autocuidado: AIVD 1803 Ayuda con el autocuidado: alimentación **D** 1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene 1804 Ayuda con el autocuidado: micción/defecación **B** 1806 Ayuda con el autocuidado: transferencia **C** 1802 Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal 1610 Baño 1620 Cuidado de las lentes de contacto 1680 Cuidados de las uñas 1640 Cuidados de los oídos 1650 Cuidados de los ojos 1660 Cuidados de los pies 1670 Cuidados del cabello y del cuero cabelludo 1870 Cuidados del drenaje 1750 Cuidados perineales 1770 Cuidados *post mortem* 5603 Enseñanza: cuidados de los pies **S** 1720 Fomentar la salud bucal 6462 Manejo de la demencia: baño **V** 1710 Mantenimiento de la salud bucal 1665 Mejora de la capacidad funcional 1850 Mejorar el sueño 1730 Restablecimiento de la salud bucal 1860 Terapia de deglución **D** 1630 Vestir
1000 a 1299	**1300 a 1599**	**1600 a 1899**

Nivel 1 Dominios	**2. FISIOLÓGICO: COMPLEJO** **Cuidados que apoyan la regulación homeostática**	
Nivel 2 Clases	**G. Control de electrólitos y acidobásico** Intervenciones para regular el equilibrio electrolítico y acidobásico y prevenir complicaciones	**H. Control de fármacos** Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos
Nivel 3 Intervenciones	1200 Administración de nutrición parenteral total (NPT) **D** 4232 Flebotomía: muestra de sangre arterial **N** 2000 Manejo de electrólitos 2001 Manejo de electrólitos: hipercalcemia 2005 Manejo de electrólitos: hiperfosfatemia 2003 Manejo de electrólitos: hipermagnesemia 2004 Manejo de electrólitos: hipernatremia 2002 Manejo de electrólitos: hiperpotasemia 2006 Manejo de electrólitos: hipocalcemia 2010 Manejo de electrólitos: hipofosfatemia 2008 Manejo de electrólitos: hipomagnesemia 2009 Manejo de electrólitos: hiponatremia 2007 Manejo de electrólitos: hipopotasemia 2120 Manejo de la hiperglucemia 2125 Manejo de la hiperlipidemia 2130 Manejo de la hipoglucemia 2080 Manejo de líquidos/electrólitos **N** 1910 Manejo del equilibrio acidobásico 1911 Manejo del equilibrio acidobásico: acidosis metabólica 1913 Manejo del equilibrio acidobásico: acidosis respiratoria **K*** 1912 Manejo del equilibrio acidobásico: alcalosis metabólica 1914 Manejo del equilibrio acidobásico: alcalosis respiratoria **K** 2020 Monitorización de electrólitos 1920 Monitorización del equilibrio acidobásico 2150 Terapia de diálisis peritoneal 2100 Terapia de hemodiálisis 2110 Terapia de hemofiltración	2210 Administración de analgésicos 2214 Administración de analgésicos: intraespinal 2840 Administración de anestesia **J** 2300 Administración de medicación 2301 Administración de medicación: enteral 2311 Administración de medicación: inhalatoria 2302 Administración de medicación: interpleural 2312 Administración de medicación: intradérmica 2319 Administración de medicación: intraespinal 2313 Administración de medicación: intramuscular (i.m.) 2303 Administración de medicación: intraósea 2314 Administración de medicación: intravenosa (i.v.) 2320 Administración de medicación: nasal 2310 Administración de medicación: oftálmica 2304 Administración de medicación: oral 2308 Administración de medicación: ótica 2315 Administración de medicación: rectal 2307 Administración de medicación: reservorio ventricular 2317 Administración de medicación: subcutánea 2316 Administración de medicación: tópica 2318 Administración de medicación: vaginal 2400 Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP) 6430 Contención farmacológica **V** 2395 Control de la medicación **V** 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos **S** 2420 Fitoterapia 2380 Manejo de la medicación 2240 Manejo de la quimioterapia **S** 2260 Manejo de la sedación 4270 Manejo de la terapia trombolítica **N** 4054 Manejo de un dispositivo de acceso venoso central **N** 2390 Prescribir medicación 2280 Terapia de sustitución hormonal
	1900 a 2199	**2200 a 249**

*Las letras indican otra clase donde la intervención también está incluida.

I. Control neurológico

Intervenciones para optimizar la función neurológica

0844 Cambio de posición: neurológico
1878 Cuidados del catéter de drenaje de ventriculostomía/lumbar
2760 Manejo de la desatención unilateral
2560 Manejo de la disreflexia
2660 Manejo de la sensibilidad periférica alterada
2570 Manejo de la terapia electroconvulsiva
2680 Manejo de las convulsiones **V**
2550 Mejora de la perfusión cerebral
2590 Monitorización de la presión intracraneal (PIC)
2620 Monitorización neurológica
2720 Precauciones con la hemorragia subaracnoidea
2690 Precauciones contra las convulsiones
2540 Tratamiento del edema cerebral

2500 a 2799

J. Cuidados perioperatorios

Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante e inmediatamente después de la cirugía

2840 Administración de anestesia **H**
2900 Asistencia quirúrgica
2860 Autotransfusión **N**
0842 Cambio de posición: intraoperatorio
6545 Control de infecciones: intraoperatorio
2880 Coordinación preoperatoria **Y**
3000 Cuidados de la circuncisión **W**
3583 Cuidados de la piel: zona del injerto **L**
3582 Cuidados de la piel: zona donante **L**
2870 Cuidados postanestesia
5610 Enseñanza: prequirúrgica **S**
2910 Manejo de la instrumentación quirúrgica
2865 Manejo del torniquete neumático
6560 Precauciones con el láser
2920 Precauciones quirúrgicas **V**
2930 Preparación quirúrgica
3902 Regulación de la temperatura: perioperatoria **M**

2800 a 3099

Nivel 1 Dominios	**2. FISIOLÓGICO: COMPLEJO *(cont.)*** **Cuidados que apoyan la regulación homeostática**	
Nivel 2 Clases	**K. Control respiratorio** Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso	**L. Control de la piel/heridas** Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos
Nivel 3 Intervenciones	3160 Aspiración de las vías aéreas 3390 Ayuda a la ventilación 1872 Cuidados del drenaje torácico 4106 Cuidados del embolismo: pulmonar **N** 3310 Destete de la ventilación mecánica 3270 Extubación endotraqueal 3230 Fisioterapia torácica 3120 Intubación y estabilización de la vía aérea 3316 Irrigación nasal 6412 Manejo de la anafilaxia **V** 3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva 3302 Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva 3304 Manejo de la ventilación mecánica: prevención de la neumonía **V** 3140 Manejo de la vía aérea 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales 3210 Manejo del asma 1913 Manejo del equilibrio acidobásico: acidosis respiratoria **G*** 1914 Manejo del equilibrio acidobásico: alcalosis respiratoria **G** 3250 Mejora de la tos 3350 Monitorización respiratoria 3320 Oxigenoterapia 3200 Precauciones para evitar la aspiración **V**	0480 Cuidados de la ostomía **B** 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico 3583 Cuidados de la piel: zona del injerto **J** 3582 Cuidados de la piel: zona donante **J** 3660 Cuidados de las heridas 3664 Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización 3662 Cuidados de las heridas: drenaje cerrado 3661 Cuidados de las heridas: quemaduras 3520 Cuidados de las úlceras por presión 3420 Cuidados del paciente amputado 3440 Cuidados del sitio de incisión 3680 Irrigación de heridas 3550 Manejo del prurito **E** 3480 Monitorización de las extremidades inferiores 3540 Prevención de úlceras por presión **V** 3620 Sutura 3460 Terapia con sanguijuelas 3590 Vigilancia de la piel
	3100 a 3399	**3400 a 369**

*Las letras indican otra clase donde la intervención también está incluida.

M. Termorregulación

Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales

3840 Precauciones en la hipertermia maligna **U**
3900 Regulación de la temperatura
3902 Regulación de la temperatura: perioperatoria **J**
3790 Terapia de inducción de hipotermia
3740 Tratamiento de la fiebre
3786 Tratamiento de la hipertermia
3800 Tratamiento de la hipotermia

3700 a 3999

N. Control de la perfusión tisular

Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos

4030 Administración de hemoderivados
2860 Autotransfusión **J**
4040 Cuidados cardíacos
4044 Cuidados cardíacos: agudos
4046 Cuidados cardíacos: rehabilitación
4064 Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico
4062 Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial
4066 Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa
4220 Cuidados del catéter central de inserción periférica (PICC)
4104 Cuidados del embolismo: periférico
4106 Cuidados del embolismo: pulmonar **K**
4020 Disminución de la hemorragia
4022 Disminución de la hemorragia: digestiva
4024 Disminución de la hemorragia: epistaxis
4028 Disminución de la hemorragia: heridas
4021 Disminución de la hemorragia: útero anteparto **W**
4026 Disminución de la hemorragia: útero posparto **W**
4232 Flebotomía: muestra de sangre arterial **G**
4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa
4234 Flebotomía: obtención de una unidad de sangre
4235 Flebotomía: vía canalizada
4266 Infusión de células madre
4090 Manejo de la arritmia
4162 Manejo de la hipertensión
4170 Manejo de la hipervolemia
4175 Manejo de la hipotensión
4180 Manejo de la hipovolemia
4270 Manejo de la terapia trombolítica **H**
4120 Manejo de líquidos
2080 Manejo de líquidos/electrólitos **G**
4054 Manejo de un dispositivo de acceso venoso central **H**
4095 Manejo del desfibrilador: externo **U**
4096 Manejo del desfibrilador: interno
4091 Manejo del marcapasos: permanente
4092 Manejo del marcapasos: temporal
4050 Manejo del riesgo cardíaco
4250 Manejo del shock
4254 Manejo del shock: cardíaco
4256 Manejo del shock: vasogénico
4258 Manejo del shock: volumen
4240 Mantenimiento del acceso para diálisis
4130 Monitorización de líquidos
4210 Monitorización hemodinámica invasiva
4035 Muestra de sangre capilar
4070 Precauciones circulatorias
4110 Precauciones en el embolismo
4010 Prevención de hemorragias
4260 Prevención del shock
4190 Punción intravenosa (i.v.)
4150 Regulación hemodinámica
4140 Reposición de líquidos
4200 Terapia intravenosa (i.v.)

4000 a 4299

Nivel 1 Dominios	**3. CONDUCTUAL** **Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida**	
Nivel 2 Clases	**O. Terapia conductual** Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables	**P. Terapia cognitiva** Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o modificar el funcionamiento cognitivo indeseable
Nivel 3 Intervenciones	4420 Acuerdo con el paciente 4330 Arteterapia **Q** 4470 Ayuda en la modificación de sí mismo 4490 Ayuda para dejar de fumar 4364 Elogio 4340 Entrenamiento de la asertividad 4370 Entrenamiento para controlar los impulsos 4380 Establecer límites 4410 Establecimiento de objetivos comunes 4480 Facilitar la autorresponsabilidad 6926 Fototerapia: regulación del biorritmo 4350 Manejo de la conducta 4354 Manejo de la conducta: autolesión 4352 Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención 4356 Manejo de la conducta: sexual 4360 Modificación de la conducta 4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales 4400 Musicoterapia **Q** 4500 Prevención del consumo de sustancias nocivas 4320 Terapia asistida con animales **Q*** 4390 Terapia con el entorno 4430 Terapia con juegos **Q** 4310 Terapia de actividad 4367 Terapia de baile 4510 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas 4514 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas 4512 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol 4516 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: sobredosis	4640 Ayuda para el control del enfado 4680 Biblioterapia 4760 Entrenamiento de la memoria 4720 Estimulación cognitiva 5520 Facilitar el aprendizaje **S** 4740 Llevar un diario 4820 Orientación de la realidad 5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje **S** 4700 Reestructuración cognitiva 4860 Terapia de reminiscencia
	4300 a 4599	**4600 a 489**

*Las letras indican otra clase donde la intervención también está incluida.

Q. Potenciación de la comunicación

Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales

4330 Arteterapia **O**
5000 Elaboración de relaciones complejas
4920 Escucha activa
6675 Examen de la vista **V**
4974 Mejorar la comunicación: déficit auditivo
4976 Mejorar la comunicación: déficit del habla
4978 Mejorar la comunicación: déficit visual
5020 Mediación de conflictos
4400 Musicoterapia **O**
5100 Potenciación de la socialización
4320 Terapia asistida con animales **O**
4430 Terapia con juegos
5328 Visitas domiciliarias de apoyo **R**

Nivel 1 Dominios	3. CONDUCTUAL *(cont.)* Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida	
Nivel 2 Clases	**R. Ayuda para el afrontamiento** Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento	**S. Educación de los pacientes** Intervenciones para facilitar el aprendizaje
Nivel 3 Intervenciones	5270 Apoyo emocional 5250 Apoyo en la toma de decisiones **Y** 5420 Apoyo espiritual 5240 Asesoramiento 5248 Asesoramiento sexual 5440 Aumentar los sistemas de apoyo 5480 Clarificación de valores 5242 Consejo genético **W** 5460 Contacto 5330 Control del estado de ánimo 5260 Cuidados en la agonía 5310 Dar esperanza 5470 Declarar la verdad al paciente 5350 Disminución del estrés por traslado 5305 Entrenamiento en salud 5426 Facilitar el crecimiento espiritual 5290 Facilitar el duelo 5294 Facilitar el duelo: muerte perinatal **W** 5280 Facilitar el perdón 5300 Facilitar la expresión del sentimiento de culpa 5424 Facilitar la práctica religiosa 5430 Grupo de apoyo 5320 Humor 6160 Intervención en caso de crisis **U** 5395 Mejora de la autoconfianza 5220 Mejora de la imagen corporal 5230 Mejorar el afrontamiento 5210 Orientación anticipatoria **Z*** 5390 Potenciación de la autoconciencia 5400 Potenciación de la autoestima 5326 Potenciación de las aptitudes para la vida diaria 5370 Potenciación de roles **X** 5340 Presencia 5422 Prevención de la adicción religiosa 5360 Terapia de entretenimiento 5450 Terapia de grupo 5410 Terapia del trauma: niño 5328 Visitas domiciliarias de apoyo **Q**	5510 Educación para la salud **c** 5562 Educación parental: adolescentes **Z** 5566 Educación parental: crianza familiar de los niños **Z** 5568 Educación parental: lactante **Z** 5603 Enseñanza: cuidados de los pies **F** 5614 Enseñanza: dieta prescrita **D** 5612 Enseñanza: ejercicio prescrito **A** 5634 Enseñanza: entrenamiento del control de esfínteres **Z** 5655 Enseñanza: estimulación del lactante (0-4 meses) **Z** 5656 Enseñanza: estimulación del lactante (5-8 meses) **Z** 5657 Enseñanza: estimulación del lactante (9-12 meses) **Z** 5604 Enseñanza: grupo 5620 Enseñanza: habilidad psicomotora 5606 Enseñanza: individual 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos **H** 5640 Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses) **Z** 5641 Enseñanza: nutrición del lactante (4-6 meses) **Z** 5642 Enseñanza: nutrición del lactante (7-9 meses) **Z** 5643 Enseñanza: nutrición del lactante (10-12 meses) **Z** 5660 Enseñanza: nutrición del niño (13-18 meses) **Z** 5661 Enseñanza: nutrición del niño (19-24 meses) **Z** 5662 Enseñanza: nutrición del niño (25-36 meses) **Z** 5610 Enseñanza: prequirúrgica **J** 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad 5622 Enseñanza: relaciones sexuales seguras 5645 Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses) **Z** 5646 Enseñanza: seguridad del lactante (4-6 meses) **Z** 5647 Enseñanza: seguridad del lactante (7-9 meses) **Z** 5648 Enseñanza: seguridad del lactante (10-12 meses) **Z** 5665 Enseñanza: seguridad del niño (13-18 meses) **Z** 5666 Enseñanza: seguridad del niño (19-24 meses) **Z** 5667 Enseñanza: seguridad del niño (25-36 meses) **Z** 5624 Enseñanza: sexualidad 5520 Facilitar el aprendizaje **P** 5580 Información preparatoria: sensorial 2240 Manejo de la quimioterapia **H** 5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria 6784 Planificación familiar: anticoncepción **W** 5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje **P**
	5200 a 5499	**5500 a 579**

*Las letras indican otra clase donde la intervención también está incluida.

T. Fomento de la comodidad psicológica

Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas

5860 Biorretroalimentación
5820 Disminución de la ansiedad
5900 Distracción
5840 Entrenamiento autógeno
5960 Facilitar la meditación
5920 Hipnosis
6000 Imaginación simple dirigida
5880 Técnica de relajación
6040 Terapia de relajación
5922 Facilitar la autohipnosis

Nivel 1 Dominios

4. SEGURIDAD
Cuidados que apoyan la protección contra daños

Nivel 2 Clases

U. Control en casos de crisis
Intervenciones para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en casos de crisis psicológicas o fisiológicas

Nivel 3 Intervenciones

6200 Cuidados en la emergencia
7170 Facilitar la presencia de la familia **X**
6160 Intervención en caso de crisis **R***
6140 Manejo de la parada cardiorrespiratoria
4095 Manejo del desfibrilador: externo **N**
6260 Obtención de órganos
3840 Precauciones en la hipertermia maligna **M**
6340 Prevención del suicidio **V**
6240 Primeros auxilios
6320 Reanimación
6300 Tratamiento del trauma de la violación
6362 Triaje: catástrofe
6364 Triaje: centro de urgencias
6366 Triaje: teléfono

*Las letras indican otra clase donde la intervención también está incluida.

V. Control de riesgos

Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos a lo largo del tiempo

6630 Aislamiento
6520 Análisis de la situación sanitaria **d**
6400 Apoyo en la protección contra abusos
6404 Apoyo en la protección contra abusos: ancianos
6402 Apoyo en la protección contra abusos: niños **Z**
6403 Apoyo en la protección contra abusos: pareja
6408 Apoyo en la protección contra abusos: religioso
6430 Contención farmacológica **H**
6540 Control de infecciones
2395 Control de la medicación **H**
6675 Examen de la vista **Q**
6522 Exploración mamaria
9050 Fomentar la seguridad en el vehículo **d**
6610 Identificación de riesgos **d**
6574 Identificación del paciente
6480 Manejo ambiental
6487 Manejo ambiental: prevención de la violencia
6486 Manejo ambiental: seguridad
6410 Manejo de la alergia
6412 Manejo de la anafilaxia **K**
6460 Manejo de la demencia
6462 Manejo de la demencia: baño **F**
6466 Manejo de la demencia: deambulación errática
6530 Manejo de la inmunización/vacunación **c**
6600 Manejo de la radioterapia
3304 Manejo de la ventilación mecánica: prevención de la neumonía **K**
6510 Manejo de las alucinaciones
2680 Manejo de las convulsiones **I**
6450 Manejo de las ideas delirantes
6440 Manejo del delirio
6680 Monitorización de los signos vitales
6560 Precauciones con el láser
6470 Precauciones contra fugas
6500 Precauciones contra incendios provocados
6570 Precauciones en la alergia al látex
3200 Precauciones para evitar la aspiración **K**
2920 Precauciones quirúrgicas **J**
6490 Prevención de caídas
6648 Prevención de lesiones deportivas: jóvenes **Z**
3540 Prevención de úlceras por presión **L**
6340 Prevención del suicidio **U**
6550 Protección contra las infecciones
6420 Restricción de zonas de movimiento
6580 Sujeción física **C**
6670 Terapia de validación
6650 Vigilancia

Nivel 1 Dominios

5. FAMILIA
Cuidados que apoyan a la unidad familiar

Nivel 2 Clases

W. Cuidados de un nuevo bebé
Intervenciones para ayudar a la preparación del parto y controlar los cambios psicológicos y fisiológicos antes, durante e inmediatamente después del parto

Nivel 3 Intervenciones

6700 Amnioinfusión
6965 Apoyo al procedimiento: bebé
5247 Asesoramiento antes de la concepción
6750 Asistencia al parto por cesárea
5242 Consejo genético **R**
6840 Cuidados de canguro (del niño prematuro)
3000 Cuidados de la circuncisión **J**
1875 Cuidados del catéter umbilical
6800 Cuidados del embarazo de alto riesgo
6826 Cuidados del lactante: prematuro
6824 Cuidados del lactante: recién nacido
6830 Cuidados intraparto
6834 Cuidados intraparto: parto de alto riesgo
6950 Cuidados por interrupción del embarazo
6930 Cuidados posparto
6960 Cuidados prenatales
4021 Disminución de la hemorragia: útero anteparto **N***
4026 Disminución de la hemorragia: útero posparto **N**
6982 Ecografía: obstétrica y ginecológica
7104 Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido)
5294 Facilitar el duelo: muerte perinatal **R**
6924 Fototerapia: neonato
6612 Identificación de riesgos: familia con recién nacido
6850 Inducción al parto
7886 Manejo de la tecnología reproductiva
6771 Monitorización fetal electrónica: antes del parto
6772 Monitorización fetal electrónica: durante el parto
6720 Parto
6784 Planificación familiar: anticoncepción **S**
6788 Planificación familiar: embarazo no deseado
6786 Planificación familiar: infertilidad
6760 Preparación al parto
7160 Preservación de la fertilidad
6972 Reanimación: feto
6974 Reanimación: neonato
6900 Succión no nutritiva
6870 Supresión de la lactancia
6860 Supresión de las contracciones de parto
6656 Vigilancia: al final del embarazo

*Las letras indican otra clase donde la intervención también está incluida.

Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebé
Intervenciones para ayudar en la crianza de los niños

1052 Alimentación con biberón
8240 Alimentación con taza: recién nacido
7280 Apoyo de hermanos
6402 Apoyo en la protección contra abusos: niños **V**
5244 Asesoramiento en la lactancia
0412 Cuidados de la incontinencia intestinal: encopresis **B**
0612 Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis **B**
6820 Cuidados del lactante
5562 Educación parental: adolescentes **S**
5566 Educación parental: crianza familiar de los niños **S**
5568 Educación parental: lactante **S**
5634 Enseñanza: entrenamiento del control de esfínteres **S**
5655 Enseñanza: estimulación del lactante (0-4 meses) **S**
5656 Enseñanza: estimulación del lactante (5-8 meses) **S**
5657 Enseñanza: estimulación del lactante (9-12 meses) **S**
5640 Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses) **S**
5641 Enseñanza: nutrición del lactante (4-6 meses) **S**
5642 Enseñanza: nutrición del lactante (7-9 meses) **S**
5643 Enseñanza: nutrición del lactante (10-12 meses) **S**
5660 Enseñanza: nutrición del niño (13-18 meses) **S**
5661 Enseñanza: nutrición del niño (19-24 meses) **S**
5662 Enseñanza: nutrición del niño (25-36 meses) **S**
5645 Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses) **S**
5646 Enseñanza: seguridad del lactante (4-6 meses) **S**
5647 Enseñanza: seguridad del lactante (7-9 meses) **S**
5648 Enseñanza: seguridad del lactante (10-12 meses) **S**
5665 Enseñanza: seguridad del niño (13-18 meses) **S**
5666 Enseñanza: seguridad del niño (19-24 meses) **S**
5667 Enseñanza: seguridad del niño (25-36 meses) **S**
6710 Fomentar el apego
8272 Fomentar el desarrollo: adolescentes
8278 Fomentar el desarrollo: lactantes
8274 Fomentar el desarrollo: niños
8300 Fomentar el rol parental
7200 Fomentar la normalización familiar
8340 Fomentar la resiliencia
5210 Orientación anticipatoria **R**
6648 Prevención de lesiones deportivas: jóvenes **V**

8200-8499

X. Cuidados durante la vida
Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida

7140 Apoyo a la familia
7040 Apoyo al cuidador principal
7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar
7260 Cuidados por relevo
7100 Estimulación de la integridad familiar
7170 Facilitar la presencia de la familia **U**
7110 Fomentar la implicación familiar
6614 Identificación de riesgos: genéticos
7130 Mantenimiento de procesos familiares
7120 Movilización familiar
5370 Potenciación de roles **R**
7150 Terapia familiar

7000 a 7299

Nivel 1 Dominios

6. SISTEMA SANITARIO

Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria

Nivel 2 Clases

Y. Mediación del sistema sanitario

Intervenciones para facilitar el encuentro entre el paciente/familia y el sistema de asistencia sanitaria

Nivel 3 Intervenciones

5250 Apoyo en la toma de decisiones **R**
7500 Apoyo para la consecución del sustento
7380 Asistencia para los recursos financieros
7410 Autorización de seguros
2880 Coordinación preoperatoria **J**
7310 Cuidados de enfermería al ingreso
7560 Facilitar las visitas
7440 Facilitar permisos
7320 Gestión de casos **C***
7330 Intermediación cultural
6485 Manejo ambiental: preparación del hogar
7400 Orientación en el sistema sanitario
7370 Planificación para el alta
7460 Protección de los derechos del paciente

*Las letras indican otra clase donde la intervención también está incluida.

a. Gestión del sistema sanitario Intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para la provisión de los cuidados	**b. Control de la información** Intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria
7680 Ayuda en la exploración 7710 Colaboración con el médico 7620 Comprobación de sustancias controladas 7630 Contención de los costes 7800 Control de calidad 7650 Delegación 7640 Desarrollo de vías clínicas 7850 Desarrollo del personal 7700 Evaluación de compañeros 7760 Evaluación de productos 7690 Interpretación de datos de laboratorio 7840 Manejo de la cadena de suministro 7880 Manejo de la tecnología 8550 Manejo de los recursos económicos **c** 7820 Manejo de muestras 7615 Mejora de la colaboración 7722 Preceptor: empleado 7726 Preceptor: estudiante 7610 Pruebas diagnósticas en el punto de atención 7660 Revisión del carro de emergencias 7830 Supervisión del personal 7892 Transporte: dentro de la instalación 7890 Transporte: entre instalaciones	7910 Consulta 8180 Consulta por teléfono 7930 Declaración/testimonio 8100 Derivación 7920 Documentación 7926 Documentación: reuniones 7980 Informe de incidencias 7960 Intercambio de información de cuidados de salud 8080 Prescripción: pruebas diagnósticas 8086 Prescripción: tratamiento no farmacológico 7940 Recogida de datos forenses 8120 Recogida de datos para la investigación 8020 Reunión multidisciplinar sobre cuidados 7970 Seguimiento de la política sanitaria **c** 8190 Seguimiento telefónico 8060 Transcripción de órdenes 8140 Transferencia de cuidados del paciente 6658 Vigilancia: electrónica por control remoto
7599	**7600 a 7899** / **7900 a 8199**

Nivel 1 Dominios	7. COMUNIDAD **Cuidados que apoyan la salud de la comunidad**
Nivel 2 Clases	c. **Fomento de la salud de la comunidad** Intervenciones que fomentan la salud de toda la comunidad
Nivel 3 Intervenciones	8510 Defensa de la salud de la comunidad 8700 Desarrollo de un programa 5510 Educación para la salud **S** 8500 Fomentar la salud de la comunidad 7320 Gestión de casos **Y*** 6530 Manejo de la inmunización/vacunación **V** 8550 Manejo de los recursos económicos **a** 8750 Marketing social 7970 Seguimiento de la política sanitaria **b**

*Las letras indican otra clase donde la intervención también está incluida.

d. Control de riesgos de la comunidad

Intervenciones que ayudan a detectar o prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad

6520 Análisis de la situación sanitaria **V**
8820 Control de enfermedades transmisibles
9050 Fomentar la seguridad en el vehículo **V**
6610 Identificación de riesgos **V**
6484 Manejo ambiental: comunidad
6489 Manejo ambiental: seguridad del trabajador
8810 Preparación ante el bioterrorismo
8840 Preparación para un desastre en la comunidad
8880 Protección de riesgos ambientales
6652 Vigilancia: comunidad



TERCERA PARTE

Clasificación

A

Acuerdo con el paciente 44

Definición: Negociar un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico.

Actividades:

- Determinar la capacidad mental y cognitiva del individuo para hacer un contrato.
- Animar al paciente a que determine sus puntos fuertes y habilidades.
- Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar.
- Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados.
- Animar al paciente a que identifique sus propios objetivos, no los que cree que espera el cuidador.
- Evitar centrarse en el diagnóstico o proceso de enfermedad únicamente al ayudar al paciente a identificar las metas.
- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.
- Ayudar al paciente a establecer los objetivos a corto y largo plazo adecuados.
- Alentar al paciente a que escriba sus propios objetivos, si fuera posible.
- Establecer objetivos como conductas fácilmente distinguibles.
- Establecer objetivos en términos positivos.
- Ayudar al paciente a dividir las metas complejas en pasos pequeños, manejables.
- Clarificar con el paciente los papeles del cuidador y del paciente, respectivamente.
- Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos.
- Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos.
- Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos.
- Ayudar al paciente a identificar las circunstancias actuales del ambiente que puedan interferir en la consecución de los objetivos.
- Ayudar al paciente a identificar los métodos para superar las circunstancias ambientales que pueden interferir en la consecución de objetivos.
- Explorar con el paciente métodos de evaluación de la consecución de los objetivos.
- Disponer un ambiente abierto, de aceptación, para la creación del acuerdo.
- Facilitar la implicación de los allegados en el proceso del acuerdo, si así lo desea el paciente.
- Facilitar la redacción de un documento por escrito que incluya todos los elementos acordados.
- Ayudar al paciente a establecer las necesidades de tiempo y de frecuencia para la realización de las conductas/acciones.
- Ayudar al paciente a establecer límites de tiempo realistas.
- Identificar, junto con el paciente, una fecha límite para la co clusión del acuerdo.
- Coordinar con el paciente las oportunidades de revisión d acuerdo y de los objetivos.
- Facilitar la renegociación de los términos del acuerdo, si fue necesario.
- Ayudar al individuo a comentar sus sentimientos sobre el co trato.
- Observar si el individuo presenta signos de incongruencia q pueden indicar una falta de compromiso para cumplir el contra
- Identificar con el paciente las consecuencias o sanciones por incumplimiento del acuerdo, si se desea.
- Disponer la firma del acuerdo por todas las partes implicada
- Proporcionar al paciente una copia del acuerdo firmado y chado.
- Animar al paciente a que identifique recompensas adecuad que tengan sentido.
- Animar al paciente a que elija un refuerzo/recompensa que lo suficientemente importante como para mantener la conduc
- Especificar con el paciente el momento de entrega de los refu zos/recompensas.
- Identificar las recompensas adicionales con el paciente, si superan los objetivos originales, según se desee.
- Instruir al paciente en los diversos métodos de seguimient registro de las conductas.
- Ayudar al paciente a desarrollar algún modelo de diagrama flujo que ayude en el seguimiento de los progresos hacia objetivos.
- Ayudar al paciente a identificar hasta los más pequeños éxit
- Explorar con el paciente las razones del éxito o de falta de es

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Haber, D., & Looney, C. (2000). Health contract calendars: A tool for he professionals with older adults. *The Gerontologist*, *40*(2), 235-239.

Newell, M. (1997). Patient contracting for improved outcomes. *The Journa Care Management*, *3*(4), 76-87.

Sherman, J. M., Baumstein, S., & Hendeles, L. (2001). Intervention strategies children poorly adherent with asthma medications; one center's experie *Clinical Pediatrics*, *40*(5), 253-258.

Simons, M. R. (1999). Patient contracting. In G. M. Bulechek, & J. C. McC key (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd pp. 385-397). Philadelphia: W. B. Saunders.

Snyder, M. (1992). Contracting. In M. Snyder (Ed.), *Independent nur interventions* (2nd ed., pp. 145-154). Albany, NY: Delmar.

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los dere

Acupresión 1320

Definición: Aplicación de presión firme y sostenida en puntos especiales del cuerpo para obtener un efecto terapéutico.

Actividades:

- Detectar las contraindicaciones (p. ej., afecciones médicas graves, como arteriosclerosis, afecciones cardíacas, contusiones, tejido cicatricial, infección, niños pequeños).
- Decidir si el propósito de la acupresión es para la prevención o para el tratamiento de un paciente concreto (p. ej., dolor, dolores de cabeza, náuseas, asma, resfriados y gripe, artritis, alergias, tensión nerviosa, cólicos menstruales, problemas sinusales, esguinces, codo de tenista).
- Describir las razones, beneficios, límites y tipos de acupresión disponibles (p. ej., Shiatsu, Tui Na, Sujok, Jin Shin, Atmena).
- Proporcionar una descripción detallada de la técnica de acupresión elegida.
- Determinar el grado de comodidad psicológica del individuo con el contacto.
- Determinar los resultados deseados.
- Determinar qué puntos de acupuntura se va(n) a estimular, dependiendo del resultado deseado.
- Crear un ambiente tranquilo y sin interrupciones, cuando sea posible.
- Sugiera que el individuo adquiera una posición cómoda con ropa holgada.
- Explicar al paciente que va a buscar una zona sensible.
- Animar al paciente a relajarse durante la estimulación.
- Aplicar presión firme con los dedos de manera lenta y rítmica para permitir que las capas de tejido respondan.
- Use los pulgares, los dedos, las palmas de las manos, el lateral de la mano o los nudillos para aplicar presión constante y estacionaria en el punto sensible a la presión utilizando el propio peso del cuerpo para apoyarse.
- Aplique presión gradualmente y manténgala sin hacer ningún movimiento durante varios minutos para relajar un área o aliviar el dolor.
- Aplicar una presión uniforme sobre el tejido muscular hipertónico buscando el dolor hasta que se sienta relajación o se observe la disminución del dolor, normalmente de 15 a 20 segundos.
- Repetir el procedimiento sobre el mismo punto del lado opuesto del cuerpo.
- Aplicar una presión uniforme hasta que remitan las náuseas o mantener los puños de manera indefinida durante las náuseas reales o anticipadas.
- Observe las señales verbales o posturales (p. ej., una mueca de dolor, un «¡ay!») para identificar el punto o lugar deseado.
- Tratar primero los puntos contralaterales cuando hay sensibilidad extrema en cualquier punto.
- Realizar aplicaciones diarias de acupresión durante la primera semana del tratamiento del dolor.
- Recomendar la utilización de técnicas de relajación progresivas y/o ejercicios de estiramiento entre tratamientos.
- Enseñar a la familia/allegados a realizar los tratamientos de acupresión.
- Documentar la acción y la respuesta del paciente a la acupresión.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Chen, Y. W., & Wang, H. H. (2014). The effectiveness of acupressure on relieving pain: A systematic review. *Pain Management Nursing, 15*(2), 539-550.

Gach, M. (2014). *Acupressure.com.* Obtenido de http://acupressure.com/index.htm.

Matsubara, T., Arai, Y-C. P., Shiro, Y., Shimo, K., Nishihara, M., Santo, J., & Ushida, T. (2011). Comparative effects of acupressure at local and distal acupuncture points on pain conditions and autonomic function in females with chronic neck pain. *Evidenced Based Complementary and Alternative Medicine*, 2011.

Robinson, N., Lorenc, A., & Liao, X. (2011). The evidence for Shiatsu: A systematic review of Shiatsu and acupressure. *BMC: Complementary & Alternative Medicine, 11*, 1-15.

Yeung, W., Chung, K., Poon, M., Ho, F., Zhang, S., Zhang, Z., ..., Wong, V. (2012). Acupressure, reflexology, and auricular acupressure for insomnia: A systematic review of randomized controlled trials. *Sleep Medicine, 13*(8), 971-984.

Administración de analgésicos 2210

Definición: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

Actividades:

- Establecer patrones de comunicación efectivos entre el paciente, la familia y los cuidadores para lograr un manejo adecuado del dolor.
- Asegurar un enfoque holístico para el control del dolor (es decir, una consideración adecuada de las influencias fisiológicas, sociales, espirituales, psicológicas y culturales).
- Monitorizar el dolor de los pacientes con alteraciones de comunicación (p. ej., niños, ancianos, con alteraciones cognoscitivas, 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.
- Determinar el nivel actual de comodidad y el nivel de comodidad deseado del paciente utilizando una escala de medición del dolor apropiada.
- Documentar todos los hallazgos de la observación del dolor.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar la respuesta previa del paciente a los analgésicos (p. ej., si la medicación no opiácea es tan eficaz como la opiácea).
- Comprobar las dosis anteriores y las vías de administración de analgésicos para evitar el tratamiento insuficiente o excesivo.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Involucrar al paciente en la selección del analgésico, la vía y la dosis, según corresponda.
- Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o AINE) según el tipo y la intensidad del dolor.
- Asegurarse de que el paciente no tenga riesgos al usar AINE (p. ej., antecedentes de sangrado gastrointestinal o insuficiencia renal).
- Asegurarse de que el paciente no tenga riesgos al usar opiáceos (p. ej., antecedentes de apnea obstructiva o apnea del sueño).
- Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto analgésico óptimo.
- Elegir la vía i.v., en vez de i.m., para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea posible.
- Evitar la vía i.m. en ancianos.
- Asegurar que se mantenga la dosis precisa las 24 horas (p. ej., no más de 4.000 mg de paracetamol y ácido acetilsalicílico [AAS]; 3.200 mg de ibuprofeno).
- Asegurar que la dosis de opiáceos es apropiada (p. ej., dosis altas en pacientes tolerantes a los opiáceos, pero no en pacientes sin esa tolerancia).
- Ajustar el opiáceo para obtener el efecto deseado y evitar efectos secundarios incontrolables (p. ej., comodidad frente a depresión respiratoria).
- Ajustar las dosis para niños y ancianos, según corresponda.
- Firmar el registro de narcóticos y otros medicamentos restringidos de acuerdo con el protocolo de la institución.
- Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales.
- Registrar el nivel de dolor utilizando una escala de dolor apropiada antes y después de la administración de analgésicos.
- Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- Ayudar al paciente a seleccionar actividades no farmacológicas que hayan aliviado el dolor en el pasado (p. ej., distracción, música, terapia de relajación simple).
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso, según corresponda.
- Administrar analgésicos antes de procedimientos o actividades que produzcan dolor.
- Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente.
- Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.
- Considerar el uso de infusión continua, ya sea sola o conjuntamente con opiáceos en bolo, para mantener los niveles séricos.
- Instituir precauciones de seguridad para quienes reciban analgésicos narcóticos, según corresponda.
- Instruir para que se solicite la medicación a demanda para el dolor antes de que el dolor sea intenso.
- Informar a la persona de que con la administración de narcóticos puede producirse somnolencia durante los primeros 2-3 días, que luego remite.
- Corregir los conceptos equivocados y mitos del paciente o familiares sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción y riesgos de sobredosis).
- Aplicar medidas para reducir los estímulos dañinos en el entorno del paciente (es decir, mantener a los pacientes limpios, secos correctamente colocados y realizar cambios posturales con regularidad; prevenir el estreñimiento y la retención urinaria; aflojar los vendajes o la ropa constrictiva, según se indique; tensar y alisar la ropa de cama con arrugas).
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales.
- Poner en práctica medidas para reducir los efectos adversos de los analgésicos (p. ej., depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad bucal, estreñimiento, irritación gástrica).
- Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso
- Evaluar y documentar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.
- Administrar antagonistas de los opiáceos (p. ej., naloxona) para la depresión respiratoria o sedación no deseada, si está indicado
- Colaborar con el médico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la equianalgesia.
- Instruir al paciente y a su familia sobre el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas para la implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.
- Involucrar a la familia y allegados en medidas de control del dolor tales como masajes simples o técnicas de aplicación de calor/frío

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

American Society for Pain Management Nursing. (2010). *Core curriculu for pain management nursing* (2nd ed.). Dubuque, IA: Kendall Hu [B. St. Marie, Ed.]..

Herr, K. (2010). Pain in the older adult. *Pain Management Nursing, 11*(Supp 2), S1-S10.

Herr, K., Coyne, P., Key, T., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., Pelos Kelly, J., & Wild, L. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: Pos tion statement with clinical practice recommendations. *Pain Manageme Nursing, 7*(2), 44-52.

Pasero, C., & McCaffery, M. (2011). *Pain assessment and pharmacologic m nagement*. St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Perry, A., Potter, P., & Ostendorf, W. (Eds.). (2014). *Clinical nursing skills a techniques* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Administración de analgésicos: intraespinal 221

Definición: Administración de agentes farmacológicos en el espacio epidural o intratecal para reducir o eliminar el dolor.

Actividades:

- Instruir al paciente y a sus allegados sobre el procedimiento.
- Comprobar la permeabilidad y funcionamiento del catéter intraespinal, puerto y/o bomba.
- Verificar que el acceso i.v. está bien colocado en todo momento durante la terapia.
- Etiquetar el catéter intraespinal y fijarlo adecuadamente.
- Asegúrese de que el sitio del catéter esté visible y cubierto con un apósito transparente para vigilarlo.
- Asegúrese de que los bordes del apósito en el sitio del catét sean transparentes para evitar que el apósito se enrolle.
- Controlar el sitio del catéter y los apósitos para verificar si el c téter queda suelto o el apósito está húmedo, notificar al perso apropiado según el protocolo de la institución.
- Etiquetar el catéter y el sitio «Catéter intraespinal: no inyecta
- Cuide el sitio del catéter de acuerdo con el protocolo de la instituci
- Evite el uso de alcohol en el catéter o los conectores (el alcoh es neurotóxico).

- Asegure la aguja en su lugar con cinta adhesiva y aplique el apósito apropiado de acuerdo con el protocolo de la institución.
- Asegurarse de que se utiliza la formulación del fármaco correcta (alta concentración y sin conservantes).
- Asegurar la disponibilidad de antagonistas del narcótico para administración urgente y administrar según orden del médico, si es necesario.
- Comenzar la infusión continua del agente analgésico después de que se haya comprobado la colocación correcta del catéter, y controlar el flujo para asegurar el aporte de la dosis prescrita de la medicación.
- Vigilar la eficacia de los analgésicos.
- Controlar la temperatura, presión arterial, respiración, pulso y nivel de consciencia a intervalos adecuados y registrarlos en el diagrama gráfico.
- Vigilar el estado respiratorio cada hora durante las primeras 24 horas posteriores a la inserción del catéter, cuando el paciente corre el mayor riesgo de sufrir depresión respiratoria.
- Comprobar el nivel de bloqueo sensitivo a intervalos adecuados y registrar en la gráfica.
- Determinar la sensibilidad cada 2 horas mediante la sensación de frío con hielo.
- Aplique hielo desde el dedo del pie y observe cuándo el paciente detecta frío.
- Documentar el entumecimiento, el hormigueo o la sensación normal y el bloqueo motor usando los dermatomos apropiados.
- Determinar el nivel de bloqueo para comprobar si está variando.
- Notificar al médico si la sensibilidad o el bloqueo motor están por encima del nivel inicial establecido en la documentación.
- Identificar la debilidad y el nivel de sensibilidad para comparar (es decir, la debilidad debe estar correlacionada con el nivel de sensibilidad).
- Vigilar la aparición de reacciones adversas, como depresión respiratoria, retención urinaria, somnolencia indebida, prurito, crisis comiciales, náuseas y vómitos.
- Comprobar la presión sanguínea ortostática y el pulso antes del primer intento de deambulación.
- Instruir al paciente para que informe sobre los efectos secundarios, alteraciones de la analgesia, entumecimiento de las extremidades y necesidad de ayuda con la deambulación si se sintiera débil.
- Controlar la ingesta y la eliminación.
- Controlar la retención urinaria.
- Seguir la política de la institución en cuanto a la inyección de agentes analgésicos intermitentes en el puerto de inyección.
- Proporcionar medicamentos complementarios para aliviar el dolor (p. ej., antidepresivos, anticonvulsivos y agentes antiinflamatorios no esteroideos), según corresponda.
- Aumentar la dosis epidural, en función de la intensidad del dolor.
- Instruir y orientar al paciente mediante medidas no farmacológicas (terapia de relajación, imágenes guiadas y retroalimentación) para potenciar la eficacia farmacológica.
- Instruir al paciente sobre los cuidados correctos en el hogar para sistemas de aporte externos o implantados, según corresponda.
- Extraer o ayudar en la extracción del catéter de acuerdo con el protocolo del centro.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Coyne, P., Smith, T., Laird, J., Hansen, L., & Drake, D. (2005). Effectively starting and titrating intrathecal analgesic therapy in patients with refractory cancer pain. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *9*(5), 581-583.

Hinkle, J., & Cheever, K. (2014). *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (13th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Pasero, C., Eksterowicz, N., Primeau, M., & Cowley, C. (2007). Registered nurse management and monitoring of analgesia by catheter techniques: Position statement. *Pain Management Nursing*, *8*(2), 48-54.

Stearns, L., Boortz-Marx, R., Du Pen, S., Friehs, G., Gordon, M., Halyard, M., Herbst, L., & Kiser, J. (2005). Intrathecal drug delivery for the management of cancer pain: A multidisciplinary consensus of best clinical practice. *Journal of Supportive Oncology*, *3*(6), 399-408.

Administración de anestesia 2840

Definición: Preparación y administración de agentes anestésicos y vigilancia de la respuesta del paciente durante la administración.

Actividades:

- Evaluar al paciente antes de la intervención quirúrgica programada, preferiblemente uno o más días antes de la intervención.
- Verificar que la información proporcionada por el paciente sea la misma que la del dispositivo de identificación (p. ej., pulseras, etiqueta de cama, *software* de reconocimiento de huellas dactilares, escáner de venas varicosas de la palma de la mano).
- Examinar al paciente y su historial para determinar condiciones previas, alergias y contraindicaciones para determinados agentes o técnicas anestésicas.
- Documentar la preparación del paciente para la anestesia (p. ej., ayuno preoperatorio, régimen de medicación, ausencia de infecciones del tracto respiratorio superior, antecedentes de las vías respiratorias).
- Registrar el peso del paciente.
- Solicitar las consultas adecuadas, incluyendo estudios diagnósticos y de laboratorio, en función del estado de salud del paciente y de la cirugía propuesta.
- Llevar a cabo las actividades preoperatorias indicadas para preparar psicológicamente al paciente para la cirugía y anestesia.
- Desarrollar y documentar un plan de anestesia adecuado para el paciente y para el procedimiento.
- Colaborar con los profesionales sanitarios involucrados en todas las fases de los cuidados de anestesia.
- Informar al paciente sobre lo que debe esperar de la anestesia, respondiendo a todas las preguntas y atendiendo a todas sus inquietudes.
- Obtener un consentimiento informado.
- Realizar una comprobación de seguridad de todo el equipo de anestesia antes de la administración de cada anestésico.
- Asegurar la disponibilidad del equipo de emergencia y reanimación.
- Poner en marcha las líneas de monitorización intravenosa e invasiva e iniciar modalidades de monitorización no invasiva, según los Estándares para la Monitorización Anestésica Básica de la Sociedad Americana de Anestesiólogos.
- Administrar la medicación preanestésica y los líquidos correspondientes.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- Ayudar en el traslado del paciente desde la camilla a la mesa de operaciones.
- Colocar al paciente de forma que se eviten lesiones por presión y la afectación de nervios periféricos.
- Asegurar la correcta colocación de las correas de seguridad y la seguridad continua del paciente en todas las fases de los cuidados de anestesia.
- Administrar el anestésico de acuerdo con las necesidades fisiológicas de cada paciente, la evaluación clínica y con las Normas de la Práctica de Cuidados de Anestesia.
- Mantener una vía aérea adecuada, asegurando una correcta oxigenación durante todas las fases de los cuidados de anestesia.
- Determinar las pérdidas aceptables de sangre y administrar sangre, si fuera necesario.
- Calcular las necesidades de líquidos adecuadas y administrarlos por vía i.v., según esté indicado.
- Monitorizar los signos vitales, suficiencia respiratoria y circulatoria, respuesta a la anestesia y demás parámetros fisiológicos.
- Medir y evaluar los valores de laboratorio apropiados.
- Administrar medicamentos y líquidos complementarios necesarios para controlar el anestésico, mantener la homeostasis fisiológica y corregir las respuestas adversas o desfavorables a la anestesia y cirugía.
- Proporcionar protección ocular.
- Manejar las urgencias derivadas de la anestesia mediante la administración de los medicamentos indicados, líquidos y soporte ventilatorio.
- Trasladar al paciente a la unidad de reanimación postanestésica o de cuidados intensivos con la correspondiente monitorización y oxigenoterapia.
- Facilitar un informe completo del paciente al personal de enfermería a la llegada a la unidad.
- Controlar el dolor postoperatorio y los efectos secundarios del anestésico.
- Comprobar la recuperación y estabilidad del paciente durante el período postoperatorio inmediato antes de la transferencia de cuidados.
- Realizar una evaluación de seguimiento postanestesia y cuidados relacionados con los efectos secundarios y complicaciones de la anestesia después del alta de la unidad postanestésica.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

American Association of Nurse Anesthetists (AANA). (2013). *Professional practice manual for the certified registered nurse anesthetist*. Park Ridge, IL: Author.

American Society for Anesthesiologists (ASA). (2011). *Standards for basic anesthetic monitoring*. Obtenido de https://www.asahq.org/.

Naglehaut, J., & Plaus, K. (2014). *Nurse anesthesia* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Perry, A., Potter, P., & Ostendorf, W. (Eds.). (2014). *Clinical nursing skills and techniques* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Rothrock, J. C. (Ed.). (2015). *Alexander's care of the patient in surgery* (15th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Administración de enema 0466

Definición: Instilación de una solución en el aparato digestivo inferior.

Actividades:

- Determinar la razón para la administración del enema (p. ej., limpieza gastrointestinal, administración de medicación, reducción de una distensión).
- Verificar la orden del médico para el enema y la ausencia de cualquier contraindicación (p. ej., glaucoma e hipertensión intracraneal).
- Explicar el procedimiento al paciente o a la familia, incluida las sensaciones previsibles durante y después del procedimiento (p. ej., distensión y necesidad urgente de defecar).
- Obtener y montar el equipo específico para el tipo de enema.
- Proporcionar intimidad.
- Ayudar al paciente a colocarse en la posición adecuada (p. ej., decúbito lateral izquierdo con la rodilla derecha flexionada en los adultos y decúbito supino para los niños).
- Colocar paños impermeables o absorbentes bajo las caderas y las nalgas.
- Cubrir al paciente con una manta de baño, dejando solo la zona rectal descubierta.
- Comprobar que la solución de irrigación está a la temperatura adecuada.
- Indicar al paciente que exhale antes de insertar la solución.
- Insertar la punta lubricada del recipiente de la solución o el tubo en el recto dirigiendo la punta hacia el ombligo e insertando la longitud adecuada según la edad del paciente.
- Comprimir el frasco hasta que toda la solución haya entrado en el recto y el colon.
- Determinar la altura apropiada de la bolsa del enema, del volumen de la solución, del flujo de instilación y de manipulación del tubo.
- Indicar al paciente que retenga el líquido hasta que tenga una sensación urgente de defecar, ayudándose de apretar las nalgas, si es preciso.
- Proporcionar una cuña, un retrete portátil o un acceso fácil al aseo.
- Monitorizar las características de las heces y de la solución (p. ej., color, cantidad y aspecto).
- Monitorizar la respuesta del paciente al procedimiento, incluidos los signos de intolerancia (p. ej., rectorragia, distensión y dolor abdominal), diarrea, estreñimiento e impactación fecal.
- Ayudar al paciente en el lavado perineal.
- Proporcionar instrucciones al paciente, al cuidador o al personal auxiliar no colegiado sobre la administración de enemas.
- Instruir sobre los signos que requieren interrumpir el procedimiento e informar al profesional sanitario (p. ej., palpitaciones, diaforesis, palidez y disnea).

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Craven, R., & Hirnle, C. (2009). Bowel elimination. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed., pp. 1116-1158). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2008). Bowel elimination. In *Clinical nursing skills. Basic to advanced skills* (7th ed., pp. 811-847). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Wood, T. (2007). Assisting with elimination. In M. K. Elkin, A. G. Perry, & P. A. Potter (Eds.), *Nursing interventions & clinical skills* (4th ed., pp. 176-198). St. Louis: Mosby Elsevier.

Administración de hemoderivados 4030

Definición: Administración de sangre o hemoderivados y monitorización de la respuesta del paciente.

Actividades:

- Verificar las órdenes del médico.
- Obtener la historia de transfusiones del paciente.
- Obtener o comprobar el consentimiento informado del paciente.
- Verificar que el hemoderivado se ha preparado y clasificado, que se ha determinado el grupo y que se han realizado las pruebas cruzadas (si corresponde) para el receptor.
- Verificar que sea correcto el paciente, el grupo sanguíneo, el grupo Rh, el número de unidad y la fecha de caducidad, y registrar según el protocolo del centro.
- Enseñar al paciente los signos y síntomas de una reacción transfusional (prurito, mareo, disnea y dolor torácico).
- Acoplar el sistema de administración con el filtro adecuado para el hemoderivado y el estado inmunitario del receptor.
- Cebar el sistema de administración con solución salina isotónica.
- Preparar una bomba i.v. aprobada para la administración del hemoderivado, si se indica.
- Realizar una venopunción con la técnica apropiada.
- Evitar la transfusión de más de una unidad de sangre o hemoderivado cada vez, a menos que sea necesario debido al estado del receptor.
- Monitorizar el sitio de punción i.v. para ver si hay signos de infiltración, flebitis e infección local.
- Monitorizar los signos vitales (p. ej., estado basal, durante y después de la transfusión).
- Monitorizar la aparición de reacciones transfusionales.
- Monitorizar una posible sobrecarga de líquidos.
- Monitorizar y regular el flujo durante la transfusión.
- No administrar medicamentos o líquidos por vía i.v. (salvo solución salina isotónica) en las vías de administración de sangre o del hemoderivado.
- No transfundir productos que hayan estado sin refrigeración controlada durante más de 4 horas.
- Cambiar el filtro y el equipo de administración al menos cada 4 horas.
- Administrar solución salina cuando la transfusión haya terminado.
- Registrar la duración de la transfusión.
- Registrar el volumen transfundido.
- Detener la transfusión si se producen reacciones sanguíneas y mantener las venas permeables con solución salina.
- Obtener muestras de sangre y la primera muestra de orina emitida después de una reacción transfusional.
- Coordinar la devolución del recipiente de sangre al laboratorio después de una reacción sanguínea.
- En caso de reacción sanguínea, notificarlo inmediatamente al laboratorio.
- Aplicar precauciones universales.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2004

Bibliografía:

Alexander, M. (2000). Editorial: Infusion nursing standards of practice. *Journal of Intravenous Nursing, 23*(Suppl. 6), S1.

American Association of Blood Banks. (1994). *Standards for blood banks and transfusion services* (16th ed.). Bethesda, MD: Author.

American Red Cross, Council of Community Blood Centers, and American Association of Blood Banks. (1994). *Circular of information for the use of human blood and blood components*. Bethesda, MD: Author.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Administración de medicación 2300

Definición: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Actividades:

- Mantener la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.
- Mantener y utilizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.
- Evitar las interrupciones al preparar, verificar o administrar las medicaciones.
- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.
- Prescribir o recomendar los medicamentos, de acuerdo con la autoridad prescriptora, según el caso.
- Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos, incluidos los que se venden sin receta y las sustancias de fitoterapia
- Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos, si es adecuado.
- Notificar al paciente el tipo de medicación, la razón para su administración, las acciones esperadas y los efectos adversos antes de administrarla, según sea apropiado.
- Asegurarse de que los hipnóticos, narcóticos y antibióticos son suspendidos o indicados de nuevo en la fecha de renovación.
- Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco.
- 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).
- Usar la administración de medicación asistida con código de barras cuando sea posible.
- Evitar la administración de medicamentos no etiquetados correctamente.
- Eliminar los fármacos no utilizados o caducados, de acuerdo con las normas del centro.
- Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.
- Ayudar al paciente a tomar la medicación.
- Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas.
- Utilizar las órdenes, normas y procedimientos del centro como guía del método adecuado de administración de medicamentos.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- Instruir al paciente y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación.
- Validar y registrar la comprensión del paciente y la familia sobre las acciones esperadas y efectos adversos de la medicación.
- Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos a demanda, si es apropiado.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.
- Firmar el registro de narcóticos y otros fármacos restringidos, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente (es decir, incluir el nombre genérico, dosis, hora, vía, motivo de la administración y efecto logrado con la medicación), de acuerdo con el protocolo del centro.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Biron, A. D., Lavoie-Tremblay, M., & Loiselle, C. G. (2009). Characteristics work interruptions during medication administration. *Journal of Nursi Scholarship*, *41*(4), 330-336.

Elliott, M., & Liu, Y. (2010). The nine rights of medication administration: overview. *British Journal of Nursing (BJN)*, *19*(5), 300-305.

Helmons, P. J., Wargel, L. N., & Daniels, C. E. (2009). Effect of bar-code-a sisted medication administration on medication administration errors a accuracy in multiple patient care areas. *American Journal of Health-Syst Pharmacy*, *66*(13), 1202-1210.

Hewitt, P. (2010). Nurses' perceptions of the causes of medication errors: integrative literature review. *MEDSURG Nursing*, *19*(3), 159-167.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Medications. In *Fund mentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 785-85 Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Administración de medicación: enteral 230

Definición: Administración de medicamentos a través de una sonda introducida en el sistema gastrointestinal.

Actividades:

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Anotar los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del paciente sobre el método de administración (p. ej., sonda nasogástrica, sonda orogástrica, sonda de gastrostomía).
- Determinar cualquier contraindicación del paciente para recibir medicación oral a través de la sonda (p. ej., inflamación intestinal, peristaltismo reducido, cirugía gastrointestinal reciente, conectado a aspiración gástrica).
- Preparar la medicación (p. ej., triturada o mezclada con líquidos, según corresponda).
- Informar al paciente de las acciones esperadas y de los posibles efectos adversos de las medicaciones.
- Comprobar la colocación de la sonda mediante la aspiración del contenido gastrointestinal, y la comprobación del pH del aspirado o por medio de una radiografía, según el caso.
- Programar la medicación de acuerdo con la alimentación con fórmula.
- Colocar al paciente en posición de Fowler alta, si no está contraindicada.
- Aspirar el contenido del estómago, volver a aspirar lavando con 30 ml de aire o la cantidad adecuada para la edad, y limpiar el tubo con 30 ml de agua, según corresponda.
- Extraer el émbolo de la jeringa y poner la medicación en la jeringa.
- Administrar la medicación permitiendo que fluya libremente desde el cilindro de la jeringa, utilizando el émbolo solo cuando sea necesario para facilitar el flujo.
- Lavar el tubo con 30 ml de agua caliente, o la cantidad adecuada según la edad, después de administrar la medicación.
- Observar si hay efectos terapéuticos, efectos adversos, toxicidad del fármaco e interacciones farmacológicas en el paciente.
- Documentar la administración de medicación y la sensibilid del paciente según el protocolo del centro.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2004

Bibliografía:

Bozzetti, F., Braga, M., Gianotti, L., Gavazzi, C., & Mariani, L. (2001). Postoperat enteral versus perenteral nutrition in malnourished patients with gastroint tinal cancer: A randomised multicentre trial. *Lancet*, *358*(9292), 1487-1492

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Medication administration. In *Fund mentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 513-57 Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Keidan, I., & Gallagher, T. J. (2000). Electrocardiogram-guided placement enteral feeding tubes. *Critical Care Medicine*, *28*(7), 2631-2633.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Medications. In *Fund mentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 785-85 Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Miller, D., & Miller, H. (2000). To crush or not to crush: What to consi before giving medications to a patient with a tube or who has troul swallowing. *Nursing 2000*, *30*(2), 50-52.

Naegle, M. A. (1999). Medication management. In G. M. Bulechek, & J. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3 ed., pp. 234-242). Philadelphia: W.B. Saunders.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5 ed.). St. Louis: Mosby pp. 436–452, 461–465, 756–762.

Rumalla, A., & Baron, T. H. (2000). Results of direct percutaneous endosco jejunostomy, an alternative method for providing jejunal feeding. *Ma Clinic Proceedings*, *75*(8), 807-810.

Spalding, H. K., Sullivan, K. J., Soremi, O., Gonzalez, F., & Goodwin, S. R. (200 Bedside placement of transpyloric feeding tubes in the pediatric intens care unit using gastric insufflation. *Critical Care Medicine*, *28*(6), 2041-20

Trujillo, E. B., Robinson, M. K., & Jacobs, D. O. (2001). Feeding critically patients: Current concepts. *Critical Care Nurse*, *21*(4), 60-69.

Administración de medicación: inhalatoria 2311

Definición: Preparación y administración de medicamentos por inhalación.

Actividades:

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.
- Determinar la habilidad del paciente para manipular y administrar la medicación.
- Ayudar al paciente a utilizar el inhalador según esté prescrito.
- Enseñar al paciente a utilizar la cámara espaciadora con el inhalador, según sea conveniente.
- Agitar el inhalador.
- Quitar la tapa del inhalador y mantenerlo sujeto al revés.
- Ayudar al paciente a colocarse el inhalador en la boca o la nariz.
- Indicar al paciente que incline la cabeza ligeramente hacia atrás y que espire por completo.
- Indicar al paciente que apriete el inhalador para liberar la medicación mientras inhala lentamente.
- Hacer que el paciente respire lenta y profundamente, con una breve pausa al final de la inspiración y una espiración pasiva cuando se utiliza un nebulizador.
- Hacer que el paciente aguante la respiración durante 10 segundos, según sea conveniente.
- Hacer que el paciente espire lentamente por la nariz o los labios fruncidos.
- Enseñar al paciente a repetir las inhalaciones según tenga prescrito, esperando al menos 1 minuto entre una y otra.
- Enseñar al paciente a esperar entre inhalaciones si se han prescrito dos inhaladores dosimétricos, según protocolo del centro.
- Enseñar al paciente a extraer el cartucho de la medicación y a limpiar el inhalador con agua caliente.
- Controlar las respiraciones del paciente y realizar la auscultación pulmonar, según sea conveniente.
- Controlar los efectos de la medicación y enseñar al paciente y a los cuidadores los efectos beneficiosos y los posibles efectos secundarios de la medicación.
- Enseñar y controlar la técnica de autoadministración, según sea conveniente.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente de acuerdo con el protocolo del centro.

3.ª edición 2000; revisada en 2004

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 513-574). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 785-854). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Naegle, M. A. (1999). Medication management. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 234-242). Philadelphia: W.B. Saunders.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis: Mosby pp. 436–452, 485–493.

Rice, J. (2002). *Medications and mathematics for the nurse* (9th ed.). Albany, NY: Delmar.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Management of patients with chronic obstructive pulmonary disease. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 568-598). (Vol. 1). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Administración de medicación: interpleural 2302

Definición: Administración de medicación a través de un catéter para su diseminación en la cavidad pleural.

Actividades:

- Seguir la política y protocolos del centro para el manejo y monitorización de catéteres interpleurales.
- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Determinar el nivel de comodidad del paciente.
- Instruir al paciente sobre el propósito, los beneficios y el fundamento del uso del catéter interpleural y de la medicación.
- Monitorizar los signos vitales del paciente.
- Mantener una técnica aséptica.
- Confirmar la correcta colocación del catéter mediante un estudio radiográfico del tórax.
- Monitorizar el dolor del paciente antes y después de la inserción del catéter, si es adecuado.
- Aspirar el líquido del catéter interpleural antes de cualquier inyección de medicación.
- Comprobar que no haya retorno de sangre antes de la administración del medicamento.
- Observar el color y cantidad del líquido aspirado.
- No administrar la medicación si refluyen más de 2 ml de líquido al comprobar el catéter interpleural.
- Preparar todas las medicaciones siguiendo una técnica aséptica.
- Administrar la medicación analgésica a través del catéter interpleural de forma intermitente o con un goteo continuo.
- Colocar al paciente de forma que no haya presión sobre el catéter interpleural.
- Utilizar diferentes tipos de monitorización para interpretar las respuestas fisiológicas e iniciar intervenciones de enfermería para garantizar un cuidado óptimo del paciente.
- Observar si hay disnea o sonidos respiratorios desiguales/anormales.
- Observar cualquier fuga que pueda producirse por el catéter interpleural.
- Observar si se produce alivio del dolor, efectos secundarios o reacciones adversas por la medicación administrada.
- Conectar el catéter a la bomba de administración de medicación, según corresponda.
- Documentar la administración de medicación de acuerdo con las políticas establecidas del centro.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- Cubrir todas las necesidades asistenciales del paciente mientras recibe analgesia, según sea preciso.
- Prever las complicaciones potenciales de la técnica de analgesia en relación con el dispositivo y la medicación que se esté usando.
- Identificar las situaciones de urgencia e instituir el tratamiento cumpliendo las políticas, procedimientos y directrices establecidas en el centro.
- Fomentar la deambulación precoz con el uso del catéter interpleural, si es adecuado.
- Cambiar los vendajes, cuando resulte oportuno.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en el sitio de inserción del catéter interpleural.
- Extraer el catéter interpleural, según las órdenes médicas y la política del centro.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Arkansas State Board of Nursing. (2010). Position statement 98-1: Administration of analgesia by specialized catheter (epidural, intrathecal, intrapleural). *ASBN Update, 14*(5), 24-25.

Pasero, C., Eksterowicz, N., Primeau, M., & Cowley, C. (2007). Registered nurse management and monitoring of analgesia by catheter techniques: Position statement. *Pain Management Nursing, 8*(2), 48-54.

Pasero, C., Eksterowicz, N., Primeau, M., & Cowley, C. (2008). The registered nurse's role in the management of analgesia by catheter techniques. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 23*(1), 53-56.

Shrestha, B. R., Tabadar, S., Maharjan, S., & Amatya, S. R. (2003). Interpleural catheter technique for perioperative pain management. *Kathmandu University Medical Journal, 1*(1), 46-47.

Weinberg, L., Scurrah, N., Parker, F., Story, D., & McNicol, L. (2010). Interpleural analgesia for attenuation of postoperative pain after hepatic resection. *Anaesthesia, 65*(7), 721-728.

Administración de medicación: intradérmica 231

Definición: Preparación y administración de medicamentos por vía intradérmica.

Actividades:

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Determinar la comprensión del paciente del propósito de la inyección y pruebas cutáneas.
- Elegir la aguja y la jeringa adecuadas según el tipo de inyección.
- Comprobar las fechas de caducidad del fármaco.
- Preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial.
- Elegir el lugar de inyección adecuado y examinar si en la piel hay contusiones, inflamación, edema, lesiones o decoloración.
- Utilizar una técnica aséptica.
- Introducir la aguja en un ángulo de entre 5 y 15°.
- Inyectar la medicación despacio, mientras se observa la formación de una pequeña ampolla en la superficie de la piel.
- Controlar si el paciente muestra alguna reacción alérgica.
- Marcar el lugar de inyección y examinarlo pasado un intervalo de tiempo adecuado después de la inyección (p. ej., 48-72 horas).
- Controlar si se producen los efectos esperados del alérgeno o fármaco concreto.
- Documentar la zona de inyección y el aspecto de la piel en el lugar de inyección.
- Documentar el aspecto del lugar de inyección pasado un intervalo de tiempo adecuado.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 513-574). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 785-854). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Naegle, M. A. (1999). Medication management. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 234-242). Philadelphia: W.B. Saunders.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis: Mosby pp. 436–452, 519–522.

Rice, J. (2002). *Medications and mathematics for the nurse* (9th ed.). Albany, NY: Delmar.

Administración de medicación: intraespinal 231

Definición: Administración y monitorización de medicación a través de una vía epidural o intratecal establecida.

Actividades:

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Determinar el nivel de comodidad del paciente.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.
- Monitorizar los signos vitales del paciente.
- Monitorizar el estado neurológico.
- Mantener una técnica aséptica.
- Controlar la movilidad del paciente y sus funciones sensitivas según corresponda.
- Aspirar líquido cefalorraquídeo (LCR) antes de inyectar la medicación y evaluar si hay reflujo de sangre o líquido turbio antes de administrar una inyección en bolo intratecal.
- Aspirar suavemente el catéter epidural con una jeringa vacía comprobando solo el retorno de aire, antes de administrar una inyección en bolo epidural.

- Preparar asépticamente una medicación sin conservantes a través de una aguja con filtro.
- Observar la cantidad y el color del aspirado que refluye.
- Inyectar lentamente la medicación por prescripción médica y según el protocolo del centro.
- Controlar si en el lugar de introducción del catéter epidural o intratecal hay signos de infección.
- Controlar el apósito situado sobre el lugar de inserción del catéter epidural o intratecal para ver si hay drenaje claro.
- Avisar al médico si el apósito epidural o intratecal está húmedo.
- Asegurarse de que el catéter está fijado a la piel del paciente.
- Poner esparadrapo en todas las conexiones, según corresponda.
- Marcar el tubo, intratecal o epidural, según corresponda.
- Comprobar si la bomba de infusión es del calibre adecuado y funciona correctamente, según el protocolo del centro.
- Controlar el sistema i.v., el flujo y la solución a intervalos regulares.
- Controlar si hay infección del sistema nervioso central (fiebre, alteración del nivel de consciencia, náuseas y vómitos).
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente siguiendo el protocolo del centro.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

Alpen, M. A., & Morse, C. (2001). Managing the pain of traumatic injury. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 13*(2), 243-257.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Pain perception and management. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 1167-1198). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Francois, B., Vacher, P., Roustan, J., Salle, J. Y., Vidal, J., Moreau, J. J., & Vignon, P. (2001). Intrathecal Baclofen after traumatic brain injury: Early treatment using a new technique to prevent spasticity. *The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care, 50*(1), 158-161.

Lehne, R. A. (2001). *Pharmacology for nursing care* (4th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders p. 236.

Naegle, M. A. (1999). Medication management. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 234-242). Philadelphia: W.B. Saunders.

National Institutes of Health. (2001). *Living with cancer chemotherapy*. Obtenido el 2 de enero de 2007 de http://www.cc.nih.gov/ccc/patient_education/CaTxeng/intrathec.pdf.

Smith, S. F., & Duell, D. J. (1996). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (4th ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange pp. 426–427.

Administración de medicación: intramuscular (i.m.) 2313

Definición: Preparación y administración de medicamentos por vía intramuscular.

Actividades:

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Tener en cuenta las indicaciones y contraindicaciones de la inyección intramuscular.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.
- Elegir la aguja y la jeringa adecuadas según la información del paciente y de la medicación.
- Comprobar las fechas de caducidad de los fármacos.
- Preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla, vial o jeringa precargada.
- Elegir el lugar de inyección adecuado y palpar si en la piel hay edema, masas o hipersensibilidad dolorosa; evitar zonas con cicatrices, contusiones, abrasiones o infecciones.
- Colocar la mano no dominante en la referencia anatómica correcta; estirar la piel hasta que esté tirante.
- Administrar la inyección utilizando una técnica aséptica y el protocolo adecuado.
- Introducir la aguja rápidamente en un ángulo de 90°.
- Aspirar antes de inyectar; si no se aspira sangre, inyectar lentamente la medicación, esperar 10 segundos después de inyectar la medicación, y entonces retirar suavemente la aguja y soltar la piel.
- Presionar suavemente el sitio de inyección; evitar masajearlo.
- Controlar si el paciente presenta dolor agudo en el lugar de inyección.
- Controlar si el paciente presenta alteraciones sensitivas o motoras en el lugar de inyección o en un punto distal a él.
- Controlar si se producen efectos esperados o inesperados de la medicación.
- Rechazar medicaciones mezcladas que no están correctamente etiquetadas.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas del centro.

3.ª edición 2000; revisada en 2004

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 513-574). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kozier. B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 785-854). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Naegle, M. A. (1999). Medication management. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 234-242). Philadelphia: W.B. Saunders.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis: Mosby pp. 436–452, 528–534.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Administración de medicación: intraósea 230

Definición: Inserción de una aguja a través de la cortical ósea, en la cavidad medular, para la administración urgente de líquidos, sangre o medicamentos, en un corto período de tiempo.

Actividades:

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Tomar nota los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Determinar el nivel de comodidad del paciente.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.
- Inmovilizar la extremidad.
- Elegir un lugar adecuado para la inserción valorando los puntos de referencia para asegurar la colocación adecuada de la aguja lejos de la placa de crecimiento epifisaria.
- Ayudar a introducir las líneas intraóseas.
- Preparar el lugar con solución utilizando una técnica aséptica.
- Administrar lidocaína al 1% en el punto de introducción, según corresponda.
- Elegir un tamaño de aguja adecuado con fiador (aguja de biopsia/aspiración de médula ósea o aguja rígida del calibre 13-20 con fiador).
- Insertar la aguja con el fiador en un ángulo de 60-90° en dirección inferior.
- Extraer el fiador interno, si es necesario.
- Aspirar el contenido de la médula ósea para confirmar la colocación de la aguja, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Lavar la aguja con solución, según el protocolo del centro.
- Fijar la aguja en su sitio con esparadrapo y aplicar el vendaje correspondiente, según el protocolo del centro.
- Conectar el tubo a la aguja y permitir que los líquidos fluyan por gravedad o a presión, según lo requiera el flujo.
- Fijar el sistema de suero a la extremidad.
- Identificar la compatibilidad de los medicamentos y líquidos e infusión.
- Determinar el flujo y ajustar correspondientemente.
- Observar si hay signos y síntomas de extravasación de líquid y medicamentos, infección o embolia grasa.
- Documentar el sitio, tipo y tamaño de aguja, tipo de líquido medicación, flujo y respuesta del paciente, según el protocolo d centro.
- Informar de la respuesta del paciente a la terapia, de acuerdo c el protocolo del centro.
- Canalizar una vía i.v. y suspender la línea intraósea después que el estado del paciente se estabilice.

2.ª edición 1996; revisada en 2004

Bibliografía:

Calkins, M. D., Fitzgerald, G., Bentley, T. B., & Burris, D. (2000). Intraosseo infusion devices: A comparison for potential use in special operations. *T Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care, 48*(6), 1068-1074.

Dubick, M. A., & Holcomb, J. B. (2000). A review of intraosseous vascul access: Current status and military application. *Military Medicine, 165*(7 552-559.

Hurren, J. S. (2000). Can blood taken from intraosseous cannulations be us for blood analysis? *Burns, 26*(8), 727-730.

Miccolo, M. (1990). Intraosseous infusion. *Critical Care Nurse, 10*(10), 35-4

Naegle, M. A. (1999). Medication management. In G. M. Bulechek, & J. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3 ed., pp. 234-242). Philadelphia: W.B. Saunders.

Administración de medicación: intravenosa (i.v.) 231

Definición: Preparación y administración de medicaciones por vía intravenosa.

Actividades:

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.
- Comprobar posibles incompatibilidades entre fármacos i.v.
- Comprobar las fechas de caducidad de los fármacos y de las soluciones.
- Preparar correctamente el equipo para la administración de la medicación.
- Preparar la concentración adecuada de medicación i.v. a partir de una ampolla o vial.
- Verificar la colocación y la permeabilidad del catéter i.v. en la vena.
- Mantener la esterilidad del sistema i.v. permeable.
- Administrar la medicación i.v. a la velocidad adecuada.
- Mezclar suavemente la solución si se añade medicación al recipiente de líquido i.v.
- Elegir el puerto de inyección del tubo i.v. más cercano al pacient ocluir la línea i.v. encima del puerto, y aspirar antes de inyect el bolo i.v. en una línea existente.
- Lavar la llave i.v. con una solución adecuada antes y después d administrar la medicación, según el protocolo del centro.
- Rellenar la etiqueta de la medicación y colocar en el recipien del líquido i.v.
- Mantener el acceso i.v., según sea conveniente.
- Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicació
- Monitorizar el equipo i.v., el flujo y la solución a intervalos r gulares, según el protocolo del centro.
- Comprobar la presencia de infiltración y flebitis en el lugar d infusión.
- Documentar la administración de la medicación y la respues del paciente, de acuerdo con las normas del centro.

3.ª edición 2000; revisada en 2004

Bibliografía:
Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Intravenous therapy. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 575-610). Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins.
Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Fluid, electrolytes, and acid-base balance. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 1351-1409). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
Naegle, M. A. (1999). Medication management. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 234-242). Philadelphia: W.B. Saunders.
Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis: Mosby pp. 436–452, 534–551.
Rice, J. (2002). *Medications and mathematics for the nurse* (9th ed.). Albany, NY: Delmar.

A

Administración de medicación: nasal 2320

Definición: Preparación y administración de medicaciones por las fosas nasales.

Actividades:

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.
- Enseñar al paciente a sonarse la nariz con suavidad antes de administrar la medicación nasal, a menos que esté contraindicado.
- Ayudar al paciente a colocarse en decúbito supino y a colocar la cabeza adecuadamente, en función del seno que debe ser medicado cuando se administran las gotas nasales.
- Enseñar al paciente a respirar por la boca durante la administración de las gotas nasales.
- Colocar el gotero 1 cm por encima de las fosas nasales e instilar el número de gotas prescrito.
- Enseñar al paciente a permanecer en posición supina durante 5 minutos después de administrar las gotas nasales.
- Enseñar al paciente a permanecer en posición vertical sin inclinar la cabeza hacia abajo cuando se administra un aerosol nasal.
- Cuando se administra un aerosol nasal, introducir el pulverizador en la fosa nasal y presionar la botella rápidamente y con firmeza.
- Enseñar al paciente a no sonarse durante los minutos posteriores a la administración.
- Monitorizar al paciente para determinar la respuesta a la medicación.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente según el protocolo del centro.

4.ª edición 2004

Bibliografía:
Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 513-574). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 785-854). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
Naegle, M. A. (1999). Medication management. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 234-242). Philadelphia: W.B. Saunders.
Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis: Mosby pp. 436–452, 482–485.

Administración de medicación: oftálmica 2310

Definición: Preparación e instilación de medicamentos oftálmicos.

Actividades:

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.
- Colocar al paciente en decúbito supino con el cuello ligeramente hiperextendido; pedirle que mire hacia el techo.
- Instilar la medicación en el saco conjuntival utilizando una técnica aséptica.
- Ejercer una presión suave en el conducto nasolagrimal si la medicación tiene efectos sistémicos.
- Enseñar al paciente a cerrar los ojos suavemente para ayudar a distribuir la medicación.
- Controlar si hay efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación.
- Enseñar y controlar la técnica de autoadministración, según sea conveniente.
- Documentar la administración de medicación y la respuesta del paciente de acuerdo con las normas del centro.

3.ª edición 2000

Bibliografía:
Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 513-574). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 785-854). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
Naegle, M. A. (1999). Medication management. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 234-242). Philadelphia: W.B. Saunders.
Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis: Mosby pp. 436–452, 470–475.
Rice, J. (2002). *Medications and mathematics for the nurse* (9th ed.). Albany, NY: Delmar.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Administración de medicación: oral 2304

Definición: Preparación y administración de medicamentos por la boca.

Actividades:

- Seguir los cinco principios de la administración de medicación.
- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.
- Determinar cualquier contraindicación del paciente que recibe medicación oral (p. ej., dificultades para la deglución, náuseas/vómitos, inflamación intestinal, peristaltismo reducido, cirugía gastrointestinal reciente, conectado a aspiración gástrica, dieta absoluta, disminución del nivel de consciencia).
- Comprobar las posibles interacciones y contraindicaciones de los fármacos.
- Asegurarse de que los hipnóticos, narcóticos y antibióticos son suspendidos o indicados de nuevo en la fecha de renovación.
- Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco.
- Administrar los medicamentos con el estómago vacío o con alimentos, según corresponda.
- Mezclar medicamentos de mal sabor con los alimentos o líquidos, según corresponda.
- Mezclar la medicación con jarabe de sabores de la farmacia, si resulta oportuno.
- Triturar la medicación o mezclarla con una pequeña cantidad de alimentos blandos (p. ej., compota de manzana), según corresponda.
- Informar al paciente de las acciones y posibles efectos adversos esperados de los medicamentos.
- Enseñar al paciente la administración correcta de medicación sublingual.
- Colocar la medicación sublingual debajo de la lengua del paciente y enseñarle que no debe deglutir la pastilla.
- Hacer que el paciente coloque la medicación en la boca contra la mucosa de la mejilla hasta que se disuelva.
- Enseñar al paciente a no comer ni beber nada hasta que la medicación sublingual o bucal esté completamente disuelta.
- Ayudar al paciente con la ingestión de los medicamentos, si lo precisa.
- Observar una posible aspiración por parte del paciente, si es adecuado.
- Realizar comprobaciones en la boca después de la administración de la medicación, si es necesario.
- Instruir al paciente o al miembro de la familia sobre la forma de administrar el medicamento.
- Comprobar los efectos terapéuticos, efectos adversos, toxicidad del fármaco e interacciones de los medicamentos en el paciente.
- Documentar los medicamentos administrados y la respuesta del paciente, de acuerdo con el protocolo del centro.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 513-574). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 785-854). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Naegle, M. A. (1999). Medication management. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 234-242). Philadelphia: W.B. Saunders.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis: Mosby pp. 436–452, 455–461.

Rice, J. (2002). *Medications and mathematics for the nurse* (9th ed.). Albany, NY: Delmar.

Administración de medicación: ótica 2308

Definición: Preparación e instilación de medicamentos óticos.

Actividades:

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Determinar el conocimiento de la medicación y su comprensión acerca del método de administración.
- Colocar al paciente en decúbito lateral con el oído que debe tratarse hacia arriba, o el paciente sentado en una silla.
- Poner recto el conducto auditivo tirando del pabellón auricular hacia abajo y hacia atrás (niños) o hacia arriba y hacia fuera (adultos).
- Instilar la medicación sujetando el cuentagotas 1 cm por encima del conducto auditivo.
- Indicar al paciente que debe permanecer en la misma posición entre 5 y 10 minutos.
- Realizar una suave presión o masajear el trago del oído con el dedo.
- Enseñar y controlar la técnica de autoadministración, según sea conveniente.
- Documentar la administración de medicación y la respuesta del paciente de acuerdo con las normas del centro.

3.ª edición 2000; revisada en 2004

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 513-574). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 785-854). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Naegle, M. A. (1999). Medication management. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 234-242). W.B. Saunders: Philadelphia.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.) St. Louis: Mosby pp. 436–452, 475–479.

Rice, J. (2002). *Medications and mathematics for the nurse* (9th ed.). Albany NY: Delmar.

Administración de medicación: rectal 2315

Definición: Preparación e introducción de supositorios rectales.

Actividades:

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.
- Revisar si en la historia clínica hay antecedentes de cirugía o de hemorragia rectal.
- Determinar si se presentan signos o síntomas de alteraciones gastrointestinales (p. ej., estreñimiento o diarrea).
- Determinar la capacidad del paciente para retener el supositorio.
- Ayudar al paciente a colocarse en la posición de Sim tumbado sobre el lado izquierdo con la pierna superior flexionada hacia arriba.
- Lubricar el dedo índice enguantado de la mano dominante y el extremo redondeado del supositorio.
- Enseñar al paciente a realizar respiraciones profundas lentas a través de la boca y a relajar el esfínter anal.
- Introducir suavemente el supositorio a través del ano, más allá del esfínter anal interno y contra la pared rectal.
- Enseñar al paciente a permanecer horizontal o de lado durante 5 minutos.
- Controlar si se producen los efectos de la medicación.
- Enseñar y controlar la técnica de autoadministración, según sea conveniente.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente de acuerdo con el protocolo del centro.

3.ª edición 2000; revisada en 2004

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 513-574). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 785-854). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Naegle, M. A. (1999). Medication management. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 234-424). Philadelphia: W.B. Saunders.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis: Mosby pp. 436–452, 498–501.

Rice, J. (2002). *Medications and mathematics for the nurse* (9th ed.). Albany, NY: Delmar.

Administración de medicación: reservorio ventricular 2307

Definición: Administración y monitorización de la medicación a través de un catéter implantado en el ventrículo lateral del cerebro.

Actividades:

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Anotar los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Determinar el nivel de comodidad del paciente.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.
- Evaluar el estado neurológico.
- Monitorizar los signos vitales.
- Mantener una técnica aséptica.
- Rasurar la zona situada sobre el reservorio, según el protocolo del centro.
- Llenar el reservorio con LCR, aplicando una suave presión con el dedo índice.
- Recoger muestras de LCR, del modo apropiado, por orden médica o según el protocolo del centro.
- Aspirar el LCR antes de la inyección del medicamento y evaluar por si hay reflujo de sangre o líquido turbio.
- Inyectar los medicamentos lentamente, por orden médica o de acuerdo con el protocolo del centro.
- Aplicar presión con el dedo índice en el depósito para asegurar la mezcla del medicamento con el LCR.
- Aplicar un apósito en el sitio, si procede.
- Controlar si hay infección del sistema nervioso central (p. ej., fiebre, alteración del nivel de consciencia, náuseas y vómitos).
- Documentar la administración de medicación y la respuesta del paciente según el protocolo del centro.

2.ª edición 1996; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

Almadrones, L., Campana, P., & Dantis, E. C. (1995). Arterial, peritoneal, and intraventricular access devices. *Seminars in Oncology Nursing, 11*(3), 194-202.

Craig, C. (2000). Current treatment approaches for neoplastic meningitis: Nursing management of patients receiving intrathecal Depocyt. *Oncology Nursing Forum, 27*(8), 1225-1230.

Cummings, R. (1992). Understanding external ventricular drainage. *Journal of Neuroscience Nursing, 24*(2), 84-87.

Naegle, M. A. (1999). Medication management. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 234-242). Philadelphia: W.B. Saunders.

Oncology Nursing Society. (1998). *Access device guidelines: Catheters module; Cancer chemotherapy guidelines*. Pittsburgh, PA: Author.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Administración de medicación: subcutánea 23

Definición: Preparación y administración de medicaciones por vía subcutánea.

Actividades:

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.
- Tener en cuenta las indicaciones y contraindicaciones de la inyección subcutánea.
- Comprobar las fechas de caducidad de los fármacos.
- Elegir la aguja y la jeringa correctas según la información del paciente y de la medicación.
- Preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial.
- Elegir el lugar de inyección adecuado.
- Alternar sistemáticamente los lugares de inyección de insulina dentro de una zona anatómica.
- Palpar el lugar de inyección para valorar si hay edema, masas o hipersensibilidad dolorosa; evitar zonas con cicatrices, contusiones, abrasiones o infecciones.
- Utilizar lugares abdominales al administrar heparina subcutánea.
- Administrar la inyección utilizando una técnica aséptica.
- Introducir la aguja rápidamente en un ángulo de entre 45 y 90° en función del tamaño del paciente.
- Aplicar una presión suave en el sitio; evitar masajearlo.
- Controlar si se producen los efectos esperados o adversos de medicación.
- Educar al paciente, a los miembros de la familia y a otros allegados en la técnica de la inyección.
- Documentar la administración de la medicación y la respue del paciente, de acuerdo con el protocolo del centro.

3.ª edición 2000; revisada en 2004

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Medication administration. In *Fun mentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 513-57 Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Medications. In *Fun mentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 785-85 Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Naegle, M. A. (1999). Medication management. In G. M. Bulechek, & J. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (ed., pp. 234-242). Philadelphia: W.B. Saunders.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (ed.). St. Louis: Mosby pp. 436–452, 523–528.

Rice, J. (2002). *Medications and mathematics for the nurse* (9th ed.). Alba NY: Delmar.

Administración de medicación: tópica 23

Definición: Preparación y aplicación de medicamentos en la piel.

Actividades:

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.
- Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicará la medicación.
- Retirar los restos de medicación y limpiar la piel.
- Medir la cantidad correcta de medicación con un sistema de aplicación tópica, utilizando mecanismos estandarizados de medida.
- Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito.
- Aplicar parches transdérmicos y medicaciones tópicas en zonas de la piel sin vello, según sea conveniente.
- Extender la medicación uniformemente sobre la piel, según sea conveniente.
- Alternar los sitios de aplicación de las medicaciones sistémicas tópicas.
- Controlar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación.
- Enseñar y controlar la técnica de autoadministración, según conveniente.
- Documentar la administración de la medicación y la respue del paciente, de acuerdo con las normas del centro.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Medication administration. In *Fun mentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 513-57 Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Medications. In *Fun mentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 785-85 Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Naegle, M. A. (1999). Medication management. In G. M. Bulechek, & J. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (ed., pp. 234-424). Philadelphia: W.B. Saunders.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniq* (5th ed.). St. Louis: Mosby pp. 436–452, 465–469.

Administración de medicación: vaginal 2318

Definición: Preparación e introducción de medicaciones vaginales.

Actividades:

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Tomar nota del historial médico y de alergias de la paciente.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte de la paciente.
- Pedir a la paciente que miccione antes de la administración.
- Aplicar un lubricante hidrosoluble en el extremo redondeado del supositorio; lubricar el dedo índice enguantado de la mano dominante.
- Introducir el extremo redondeado del supositorio unos 7-10 cm dentro de la pared posterior del conducto vaginal, o introducir el aplicador unos 5-8 cm.
- Enseñar a la paciente a permanecer en posición horizontal durante10 minutos como mínimo.
- Mantener una higiene perineal correcta.
- Controlar si se producen los efectos de la medicación.
- Enseñar y controlar la técnica de autoadministración según sea conveniente.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta de la paciente, de acuerdo con el protocolo del centro.

3.ª edición 2000; revisada en 2004

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 513-574). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 785-854). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Naegle, M. A. (1999). Medication management. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 234-242). Philadelphia: W.B. Saunders.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis: Mosby pp. 436–452, 494–498.

Administración de nutrición parenteral total (NPT) 1200

Definición: Aporte de nutrientes de forma intravenosa y monitorización de la respuesta del paciente.

Actividades:

- Asegurar la colocación de la línea intravenosa adecuada en relación con la duración de la infusión de nutrientes (p. ej., se prefiere una vía central, las líneas periféricas solo en personas bien nutridas en quienes se prevea una necesidad de NPT durante menos de 2 semanas).
- Utilizar las vías centrales solo para la infusión de nutrientes muy calóricos o de soluciones hiperosmolares (p. ej., glucosa al 10%, aminoácidos al 2% con aditivos estándar).
- Asegurar que las soluciones de NPT infundidas por un catéter no central se limitan a una osmolaridad menor de 900 mOsm/l.
- Insertar el catéter central de acceso intravenoso periférico, según el protocolo del centro.
- Determinar la colocación correcta del catéter central intravenoso mediante examen radiológico.
- Mantener la permeabilidad y el apósito de la vía central, según el protocolo del centro.
- Monitorizar la presencia de infiltración, infección y complicaciones metabólicas (p. ej., hiperlipidemia, niveles elevados de triglicéridos, trombocitopenia, disfunción plaquetaria).
- Comprobar la solución de NPT para asegurarse de que se han incluido los nutrientes correctos, según la prescripción.
- Mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones de NPT.
- Realizar un cuidado aséptico y meticuloso con regularidad del catéter venoso central, sobre todo de su sitio de salida, para asegurar un uso prolongado, seguro y sin complicaciones.
- Evitar el uso del catéter para fines distintos a la administración de NPT (p. ej., transfusiones de sangre y toma de muestras de sangre).
- Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones de NPT.
- Mantener un flujo constante de la solución de NPT.
- Evitar pasar rápidamente la solución de NPT que se ha retrasado para la infusión de otras sustancias.
- Pesar al paciente diariamente.
- Controlar las entradas y salidas.
- Vigilar los niveles de albúmina, proteínas totales, electrólitos, perfil lipídico, glucemia y perfil bioquímico.
- Controlar los signos vitales.
- Comprobar la glucosa en orina para determinar glucosuria, cuerpos cetónicos y proteínas.
- Mantener una pequeña ingesta nutricional oral durante la NPT, siempre que sea posible.
- Fomentar una transición gradual desde la alimentación parenteral a la enteral, si está indicado.
- Administrar insulina, según prescripción, para mantener la glucemia en el margen determinado, según corresponda.
- Informar al médico acerca de los signos y síntomas anormales asociados con la NPT, y modificar los cuidados en consonancia.
- Mantener las precauciones universales.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los cuidados y las indicaciones de la NPT.
- Asegurarse de la comprensión y competencia del paciente y la familia antes del alta al domicilio con NTP activa.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. (2009). Clinical guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. *Journal of Parenteral & Enteral Nutrition, 33*(3), 255-259.

Kerner, J. A., Jr., Hurwitz, M., Duggan, C., Watkins, J., & Walker, W. A. (2008). Parenteral nutrition. In C. Duggan, J. Watkins, & W. A. Walker (Eds.), *Nutrition in pediatrics: Basic science & clinical applications* (4th ed., pp. 777-793). Hamilton, Ontario: BC Decker.

Pittiruti, M., Hamilton, H., Biffi, R., MacFie, J., & Pertkiewicz, M. (2009). ESPEN guidelines on parenteral nutrition: Central venous catheters. *Clinical Nutrition, 28*(4), 365-377.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Aislamiento

66

Definición: Confinamiento solitario en un ambiente totalmente protector con estrecha vigilancia por parte del personal d enfermería por motivos de seguridad o para el control de determinadas conductas.

Actividades:

- Obtener la orden médica, si así lo requirieran las normas del centro, para practicar la intervención de restricción física.
- Designar un miembro del personal de enfermería para que se comunique con el paciente y dirija al resto del personal.
- Indicar al paciente y sus allegados las conductas que necesitan intervención.
- Explicar el procedimiento, propósito y período de tiempo de la intervención al paciente y sus allegados en términos comprensibles y no punitivos.
- Explicar al paciente y sus allegados las conductas necesarias para suspender la intervención.
- Acordar con el paciente (si el paciente está capacitado) que mantenga el control de la conducta.
- Instruir en métodos de autocontrol, según corresponda.
- Ayudar a vestir con prendas seguras y a quitar las joyas y gafas.
- Retirar todos los objetos de la zona de aislamiento que puedan ser utilizados por el paciente para dañarse a sí mismo o a otras personas.
- Ayudar con las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal.
- Proporcionar alimentos y líquidos en recipientes irrompibles.
- Proporcionar un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para controlar al paciente y para permitir las acciones terapéuticas, según sea necesario.
- Informar al paciente de la videovigilancia, según corresponda.
- Explicar las razones para la videovigilancia.
- Prestar la debida atención a quién es responsable de vigilar el monitor de vídeo para observar los cambios del estatus del paciente.
- Tranquilizar al paciente sobre su seguridad en el área de aislamiento durante la monitorización.
- Distinguir la inspección visual directa de las comprobaciones realizadas por videovigilancia y documentarlo de forma apropiada.
- Hacer saber periódicamente nuestra presencia al paciente.
- Administrar medicamentos a demanda para la ansiedad o agitación.
- Proporcionar alivio psicológico al paciente, si es necesario.
- Vigilar la temperatura, limpieza y seguridad de la zona de aislamiento.
- Reducir los estímulos sensoriales alrededor de la zona de aislamiento
- Disponer la limpieza rutinaria de la zona de aislamiento.
- Evaluar, a intervalos regulares, la necesidad de continuar cor intervención restrictiva en el paciente.
- Implicar al paciente en la toma de decisión de paso a una int vención más o menos restrictiva, cuando corresponda.
- Determinar la necesidad del paciente de continuar con el a lamiento.
- Registrar las razones de la intervención restrictiva, la respue del paciente a la intervención, el estado físico del paciente, cuidados de enfermería proporcionados durante la intervenci y el fundamento para suspender dicha intervención.
- Tratar con el paciente y el personal, al finalizar la intervenci restrictiva, las circunstancias que condujeron a esta intervenci así como cualquier inquietud del paciente relacionada con intervención.
- Disponer el nivel siguiente correspondiente de intervenci restrictiva (sujeción física o restricción de área), si es necesar

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Byatt, N., & Glick, R. (2008). Safety in the psychiatric emergency service R. L. Glick, J. S. Berlin, A. B. Fishkind, & S. L. Zeller (Eds.), *Emerge psychiatry: Principles and practice* (pp. 33-44). Philadelphia: Lippinc Williams & Wilkins.

Happell, B., & Koehan, S. (2010). Attitudes to the use of seclusion: Has conte porary mental health policy made a difference? *Journal of Clinical Nurs 19*(21–22), 3208-3217.

Harper-Jaques, S., & Reimer, M. (2005). Management of aggression and v lence. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (ed., pp. 802-822). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Hyde, S., Fulbrook, P., Fenton, K., & Kilshaw, M. (2009). A clinical imp vement project to develop and implement a decision-making framew for the use of seclusion. *International Journal of Mental Health Nursi 18*(6), 398-408.

Needham, H., & Sands, N. (2010). Post-seclusion debriefing: A core nurs intervention. *Perspectives in Psychiatric Care, 46*(3), 221-233.

Olsen, D. P. (1998). Ethical considerations of video monitoring of psychia patients in seclusion and restraint. *Archives of Psychiatric Nursing, 12* 90-94.

Alimentación

10

Definición: Proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no pueda alimentarse por sí mismo.

Actividades:

- Identificar la dieta prescrita.
- Disponer la bandeja de comida y la mesa de forma atractiva.
- Crear un ambiente placentero durante la comida (colocar cuñas, orinales y el equipo de succión fuera de la vista).
- Proporcionar una analgesia adecuada antes de las comidas, según corresponda.
- Facilitar la higiene bucal después de las comidas.
- Identificar la presencia del reflejo de deglución, si fuera necesar
- Sentarse durante la comida para inducir sensación de place relajación.
- Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apeti
- Preguntar al paciente sus preferencias en el orden de los aliment
- Establecer los alimentos según lo prefiera el paciente.
- Mantenerse en posición erguida, con la cabeza y el cuello flex nados ligeramente hacia delante durante la alimentación.

- Colocar la comida en el lado no afectado de la boca, cuando sea el caso.
- Colocar la comida a la vista de la persona si tiene un defecto de campo visual.
- Elegir platos de colores diferentes para ayudar a distinguir la comida, si hay un déficit perceptivo.
- Acompañar la comida con agua, si es necesario.
- Proteger con un babero, según corresponda.
- Solicitar al paciente que indique cuándo ha terminado, según corresponda.
- Registrar la ingesta, si resulta oportuno.
- Evitar disimular los fármacos con la comida.
- Evitar poner bebida o comida en la boca mientras se está masticando.
- Proporcionar una pajita con la bebida, si es necesario o se desea.
- Proporcionar alimentos para comer con los dedos, según corresponda.
- Proporcionar las comidas a la temperatura más apetecible.
- Evitar distraer al paciente durante la deglución.
- Comer sin prisas, lentamente.
- Prestar atención al paciente durante la alimentación.
- Posponer la alimentación si el paciente estuviera fatigado.
- Comprobar que no quedan restos de comida en la boca al final de la comida.
- Lavar la cara y las manos después de comer.
- Animar a los padres/familia a que alimenten al paciente.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Evans, N. E. (1999). Feeding. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 31-46). Philadelphia: W.B. Saunders.

Harkreader, H., & Hogan, M. (2004). *Fundamentals of nursing: Caring and clinical judgment* (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.

Pelletier, C. A. (2004). What do certified nurse assistants actually know about dysphagia and feeding nursing home residents? *American Journal of Speech-Language Pathology, 13*, 99-113.

Stryker, R. (1977). *Rehabilitative aspects of acute and chronic nursing care* (2nd ed.). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Alimentación con biberón 1052

Definición: Preparación y administración de líquidos a un lactante mediante biberones.

Actividades:

- Determinar el estado del lactante antes de iniciar la toma.
- Calentar la leche a temperatura ambiente antes de proceder con la toma.
- Coger al lactante durante la toma.
- Colocar al lactante en una posición semi-Fowler durante la toma.
- Expulsar los gases del bebé frecuentemente durante y después de la toma.
- Colocar la tetina en la parte superior de la lengua.
- Controlar la toma de líquidos regulando la blandura de la tetina, el tamaño del orificio y el del biberón.
- Aumentar la capacidad de alerta del bebé aflojándole la ropa, acariciando sus manos y pies o hablándole.
- Fomentar la lactancia estimulando el reflejo de succión, si fuera preciso.
- Aumentar la efectividad de la succión comprimiendo las mejillas al unísono con ella, si procediera.
- Proporcionar apoyo a la barbilla para disminuir la salida de la leche y mejorar el cierre de los labios.
- Controlar la toma de líquido.
- Monitorizar/evaluar el efecto de succión durante la toma.
- Vigilar el peso del bebé, cuando proceda.
- Hervir la leche no pasteurizada.
- Hervir el agua utilizada en la preparación de la leche, si está indicado.
- Instruir al progenitor o cuidador en las técnicas de esterilización del equipo de alimentación.
- Instruir al progenitor o cuidador acerca de la dilución correcta de la leche concentrada.
- Instruir al progenitor sobre el almacenamiento correcto de la leche en polvo.
- Determinar la fuente de agua utilizada para diluir la leche concentrada o en polvo.
- Determinar el contenido de flúor del agua utilizada para diluir la leche concentrada o en polvo, y remitir al niño para un suplemento de flúor, si estuviera indicado.
- Prevenir al progenitor o cuidador acerca de la utilización del horno microondas para calentar la leche.
- Instruir y mostrar al progenitor sobre las técnicas de higiene bucal adecuadas a la dentición del bebé que han de utilizarse después de cada toma.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

May, K. A., & Mahlmeister, L. R. (1994). *Maternal and neonatal nursing: Family centered care* (3rd ed.). Philadelphia, PA: J. B. Lippincott.

Olds, S. B., London, M. L., & Ladewig, P. A. (1992). *Maternal-newborn nursing: A family centered approach* (4th ed.). Redwood City, CA: Addison-Wesley.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Alimentación con taza: recién nacido 8240

Definición: Preparación y administración de líquido a un recién nacido mediante una taza.

Actividades:

- Determinar el estado del recién nacido antes de iniciar la alimentación.
- Utilizar una taza limpia sin tapa, boquilla o labio.
- Verter leche extraída de la madre a temperatura ambiente o leche artificial en la taza.
- Mantener al recién nacido envuelto en posición incorporada o semiincorporada mientras se sujeta su espalda, cuello y cabeza.
- Mantener la taza sobre el labio del recién nacido apoyada ligeramente sobre el labio inferior con los bordes de la taza en contacto con las partes externas del labio superior.
- Monitorizar los signos del recién nacido que indican que está listo para alimentarse (p. ej., aumento de la alerta, boca y ojos abiertos, movimientos con la boca y la cara).
- Inclinar la taza para que la leche contacte con los labios del recién nacido.
- Evitar verter la leche demasiado deprisa.
- Monitorizar el mecanismo de ingesta del recién nacido (es decir, los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer tienden a lamer la leche, mientras que los nacidos a término o mayores tienden a sorber o succionar la leche).
- Monitorizar el flujo de leche.
- Expulsar los gases del recién nacido con frecuencia durante y después de las tomas.
- Monitorizar los signos de estar repleto del recién nacido (p. ej., cerrar la boca, no tomar más leche, cambios de su estado, ausencia de respuesta a la estimulación verbal o táctil).
- Interrumpir la toma cuando aparezcan signos de incomodidad o de plenitud del lactante.
- Medir la ingesta de leche del recién nacido en 24 horas.
- Instruir a los progenitores sobre los procedimientos de alimentación con taza.
- Instruir a los progenitores sobre los signos de preparación para la toma, incomodidad y terminación de la toma.

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Abouelfettoh, A. M., Dowling, D. A., Dabash, S. A., Elguindy, S. R., & Seoud, I. A. (2008). Cup versus bottle feeding for hospitalized late preterm infants in Egypt: A quasi-experimental study. *International Breastfeeding Journal, 3*(27), 11.

Collins, C. T., Makrides, M., Gillis, J., & McPhee, A. J. (2008). Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008*(4). doi: 10.1002/14651858.CD005252.pub2.

Dowling, D. A., Meier, P. P., DiFiore, J. M., Blatz, M. A., & Martin, R. J. (2002). Cup-feeding for preterm infants: Mechanics and safety. *Journal of Human Lactation, 18*(1), 13-20.

Howard, C. R., de Blieck, E. A., ten Hoopen, C. B., Howard, F. M., Lanphear, B. P., & Lawrence, R. A. (1999). Physiologic stability of newborns during cup- and bottle-feeding. *Pediatrics, 104*(Suppl. 6), 1204-1207.

Lang, S., Lawrence, C., & Orme, R. (1994). Cup feeding: An alternative method of infant feeding. *Archives of Disease in Childhood, 71*(4), 365-369.

Marinelli, K. A., Burke, G. S., & Dodd, V. L. (2001). A comparison of the safety of cupfeedings and bottlefeedings in premature infants whose mothers intend to breastfeed. *Journal of Perinatology, 21*(6), 350-355.

Rocha, N. M., Martinez, F. E., & Jorge, S. M. (2002). Cup or bottle for preterm infants: Effects on oxygen saturation, weight gain and breastfeeding. *Journal of Human Lactation, 18*(2), 132-138.

World Health Organization. (1993). *Breastfeeding counseling: A training course.* Geneva, Switzerland: Author.

Alimentación enteral por sonda 1056

Definición: Aporte de nutrientes y de agua a través de una sonda gastrointestinal.

Actividades:

- Explicar el procedimiento al paciente.
- Insertar una sonda nasogástrica, nasoduodenal o nasoyeyunal de acuerdo con el protocolo del centro.
- Aplicar sustancias de anclaje a la piel y fijar el tubo de alimentación con esparadrapo.
- Observar si la colocación de la sonda es correcta inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos o escuchando durante la inyección y extracción del aire, según el protocolo del centro.
- Marcar el tubo en el punto de salida para mantener la colocación correcta.
- Confirmar la colocación de la sonda mediante rayos X antes de administrar alimentos o medicaciones a través de ella, según protocolo del centro.
- Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas, según corresponda.
- Vigilar el estado de líquidos y electrólitos.
- Consultar con otros miembros del equipo de cuidados acerca de la selección del tipo y concentración de la alimentación enteral.
- Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45° durante la alimentación.
- Proporcionar un chupete al lactante durante la alimentación, según corresponda.
- Sostener al lactante y hablar con él durante la alimentación para estimular las actividades de alimentación habituales.
- Al finalizar la alimentación, esperar de 30 a 60 minutos antes de colocar al paciente con la cabeza en posición declive.
- Parar la alimentación por sonda 1 hora antes de realizar algún procedimiento o traslado si el paciente se ha de colocar en una posición con la cabeza a menos de 30°.
- Irrigar la sonda cada 4-6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente.
- Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación.
- Comprobar la frecuencia de goteo por gravedad o la frecuencia de bombeo cada hora.

- Reducir la frecuencia de la alimentación por sonda y/o disminuir la concentración para controlar la diarrea.
- Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos.
- Comprobar la existencia de residuos cada 4-6 horas durante las primeras 24 horas y después cada 8 horas durante la alimentación continuada.
- Antes de cada alimentación intermitente, comprobar si hay residuos.
- Parar la alimentación por sonda si los residuos son superiores a 150 ml o mayores del 110-120% de la frecuencia por hora en los adultos.
- Mantener inflado el balón del tubo endotraqueal o de traqueotomía durante la alimentación, si es el caso.
- Mantener refrigerados los recipientes abiertos de la alimentación enteral.
- Cambiar el lugar de introducción y el tubo de infusión según el protocolo del centro.
- Lavar la piel alrededor de la zona de contacto del dispositivo diariamente con jabón suave y secar completamente.
- Comprobar el nivel de agua del balón del dispositivo en contacto con la piel, de acuerdo con el protocolo del equipo.
- Desechar los recipientes de alimentación enteral y los equipos de administración cada 24 horas.
- Rellenar la bolsa de alimentación cada 4 horas, según convenga.
- Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas, según proceda.
- Controlar el estado hidroelectrolítico.
- Controlar mensualmente si hay cambios en el crecimiento (altura/peso), según proceda.
- Comprobar el peso tres veces por semana inicialmente, disminuyendo hasta una vez al mes.
- Observar si hay signos de edema o deshidratación.
- Controlar la ingesta/excreción de líquidos.
- Comprobar si la ingesta de calorías, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales es adecuada (o remitir al dietista) dos veces por semana, disminuyendo hasta una vez al mes.
- Observar si hay cambios del estado de ánimo.
- Preparar al individuo y a la familia para la alimentación por sonda en casa, según corresponda.
- Controlar el peso como mínimo tres veces por semana, según sea conveniente por la edad.

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2000 y 2004

Bibliografía:

Fellows, L. S., Miller, E. H., Frederickson, M., Bly, B., & Felt, P. (2000). Evidence-based practice for enteral feedings and aspiration prevention: Strategies, bedside detection and practice change. *MedSurg Nursing, 9*(1), 27-31.

Mahan, K. L., & Escott-Stump, S. (2000). In *Krause's food, nutrition & diet therapy* (9th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

Methany, N. A., & Titler, M. G. (2001). Assessing placement of feeding tubes. *American Journal of Nursing, 101*(5), 36-45.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). Intravenous and vascular access therapy. In *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed., pp. 559-616). St. Louis. Mosby.

Amnioinfusión 6700

Definición: Infusión de líquido en el útero durante el parto para aliviar la compresión del cordón umbilical o para diluir el líquido manchado de meconio.

Actividades:

- Observar si hay signos de volumen inadecuado de líquido amniótico (oligohidramnios, crecimiento intrauterino retardado asimétrico, embarazo postérmino, anomalías conocidas del tracto urinario fetal y rotura prolongada de membranas).
- Identificar las contraindicaciones potenciales de la amnioinfusión (p. ej., amnionitis, polihidramnios, gestación múltiple, sufrimiento fetal grave, pH del cuero cabelludo fetal menor de 7,20, anomalía fetal conocida, anomalía uterina conocida).
- Observar si hay desaceleraciones cardíacas fetales variables o prolongadas durante la monitorización electrónica intraparto.
- Registrar la presencia de líquido meconial espeso con rotura de membranas.
- Asegurar que se cumplimenta el consentimiento informado.
- Preparar el equipo necesario para la amnioinfusión.
- Lavar el catéter intrauterino con líquido de infusión.
- Utilizar precauciones universales.
- Colocar el catéter intrauterino mediante técnica estéril.
- Calibrar y lavar el catéter después de la colocación usando las precauciones universales.
- Administrar una infusión de 500-1.000 ml de solución isotónica i.v. rápidamente en la cavidad intrauterina según protocolo o indicaciones del médico.
- Colocar a la paciente en la posición de Trendelenburg, según corresponda.
- Mantener la infusión continua a los niveles prescritos.
- Vigilar las lecturas de presión intrauterina.
- Observar las características del líquido de retorno.
- Cambiar las compresas perineales, según corresponda.
- Anotar los cambios producidos en el seguimiento de la monitorización electrónica durante el parto.
- Observar si hay signos de reacciones adversas (sobredistensión uterina, prolapso del cordón umbilical y embolia de líquido amniótico).
- Determinar la gasometría de la sangre del cordón en el momento del parto para evaluar la eficacia de la intervención.

2.ª edición 1996; revisada en 2004

Bibliografía:

Longobucco, D., & Winkler, E. (1999). Amnioinfusion: Intrapartum indications and administration. *Mother Baby Journal, 4*(2), 13-18.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Snell, B. J. (1993). The use of amnioinfusion in nurse-midwifery practice. *Journal of Nurse-Midwifery, 38*(Suppl. 2), 62S-70S.

Weismiller, D. G. (1998). Transcervical amnioinfusion. *American Family Physician, 57*(3), 504-510.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Análisis de la situación sanitaria 652

Definición: Detección de riesgos o problemas para la salud por medio de la anamnesis, la exploración y otros procedimientos

Actividades:

- Determinar la población diana del análisis de la situación sanitaria.
- Publicitar los servicios de cribado de salud para aumentar el conocimiento público.
- Proporcionar detalles sobre los servicios de cribado para mejorar la asistencia (p. ej., herramientas especiales de análisis, presencia de profesionales avanzados).
- Facilitar el acceso a los servicios de cribado (tiempo y lugar).
- Programar las citas para mejorar un cuidado eficaz e individualizado.
- Usar instrumentos de chequeo de la salud válidos y confiables apropiados para situaciones específicas (p. ej., enfermedades cardiovasculares, inmunización, conocimientos básicos de salud, depresión, desnutrición, obesidad, uso de drogas y alcohol, salud prenatal, calidad de vida relacionada con la salud, violencia en la pareja, evaluación de riesgos), como se indica.
- Seguir las pautas apropiadas de los grupos competentes (p. ej., agencia gubernamental, organización especializada, práctica clínica) para el marco de tiempo apropiado y el tipo de exámenes de detección.
- Determinar el nivel de comprensión del paciente antes de iniciar la detección.
- Tener en cuenta la diversidad cultural en las entrevistas de selección y en la interpretación de los resultados.
- Informar sobre el fundamento y propósito del análisis de la situación sanitaria y del autoseguimiento.
- Obtener el consentimiento informado para los procedimientos de cribado, cuando proceda.
- Proporcionar intimidad y confidencialidad.
- Proporcionar comodidad durante los procedimientos de cribado.
- Obtener el historial sanitario detallado, que incluya los hábitos sanitarios, factores de riesgo y medicamentos, según corresponda.
- Obtener el historial sanitario familiar, si resulta oportuno.
- Medir la presión arterial, peso, altura, porcentaje de grasa corporal, niveles de colesterol y glucemia, y realizar análisis de orina, según corresponda.
- Realizar (o remitir para su realización) frotis de Papanicolao mamografía, exploración de la próstata, ECG, exploración te ticular y evaluación de la visión, según corresponda.
- Obtener muestras para análisis en función de la valoración r alizada, según corresponda.
- Completar los registros correspondientes del Departamen de Salud y demás registros para realizar el seguimiento de l resultados anormales, como hipertensión arterial.
- Proporcionar información adecuada sobre la automonitorizaci durante el cribado.
- Proporcionar los resultados del cribado al paciente.
- Informar al paciente sobre los límites y márgenes de error de l pruebas de cribado específicas.
- Asesorar al paciente en el que se han hallado anomalías sobre l alternativas de tratamiento o sobre la necesidad de realizar m evaluaciones.
- Remitir al paciente a otros profesionales sanitarios, cuando requiera el caso.
- Establecer un sistema de seguimiento con todos los pacientes

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Comrie, R. (2013). Health assessment and physical examination. In P. Pott A. Perry, P. Stockert, & A. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (8th e pp. 487-564). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Hinkle, J., & Cheever, K. (2014). Adult health and nutritional assessment. *Brunner, s Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 56-73). (V 1). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams, Wilki

Kauschinger, E., & Trybulski, J. (2013). Routine health screening and imm nizations. In T. Buttaro, J. Trybulski, P. Bailey, & J. Sandberg-Cook (Ed *Primary care: A collaborative practice* (4th ed., pp. 142-158). St. Louis, M Elsevier Mosby.

Perry, A., Potter, P., & Ostendorf, W. (Eds.). (2014). *Clinical nursing skills a techniques* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Aplicación de calor o frío 138

Definición: Estimulación de la piel y tejidos subcutáneos con calor o frío para disminuir el dolor, los espasmos musculare o la inflamación.

Actividades:

- 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.
- 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 funcionamier de todos los equipos utilizados en la aplicación de calor o frí
- Determinar el estado de la piel e identificar cualquier alteraci que requiera un cambio de procedimiento o las contraindicaci nes de la estimulación.
- Seleccionar el sitio de estimulación, considerando lugares alt nativos cuando la aplicación directa no sea posible (adyacer a; distal a; entre las zonas afectadas y el cerebro, y contralatera
- Envolver el dispositivo de aplicación de calor/frío con un pa de protección, si corresponde.
- Utilizar un paño humedecido junto a la piel para aumentar sensación de calor/frío, cuando corresponda.
- Utilizar hielo después de un esguince de tobillo para reducir edema, seguido de reposo, compresión y elevación.

- Enseñar a evitar la lesión tisular asociada con el calor/frío.
- 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.
- Aplicar calor/frío directamente o cerca del sitio afectado, si fuera posible.
- Evitar el uso de calor o frío en un tejido que ha recibido radioterapia.
- 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.
- Terminar con un tratamiento de frío para estimular la vasoconstricción cuando se alternen aplicaciones de calor y frío en los deportistas lesionados.
- Evaluar el estado general, la seguridad y la comodidad durante el tratamiento.
- Colocar de tal manera que el paciente pueda alejarse de la fuente de temperatura, si fuera necesario.
- Explicar que no se debe ajustar la temperatura por su cuenta sin instrucciones previas.
- Cambiar el sitio de aplicación de frío/calor o cambiar la forma de estimulación, si no se consigue el alivio.
- Explicar que la aplicación de frío puede resultar brevemente dolorosa, con entumecimiento unos 5 minutos después de la estimulación inicial.
- Instruir acerca de las indicaciones, frecuencia y procedimiento de la aplicación.
- Enseñar a evitar lesiones en la piel después de la estimulación.
- Evaluar y documentar la respuesta a la aplicación de calor/frío.

1.ª edición 1992, revisada en 2013

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., & Erb, G. (2008). Skin integrity and wound care. In *Kozier & Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice* (8th ed., pp. 902-938). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). Pain management. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 230-262). (Vol. 1). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Thompson, C., Kelsberg, G., St. Anna, L., & Poddar, S. (2003). Heat or ice for acute ankle sprain. *Journal of Family Practice, 52*(8), 642-643.

White, L. (2005). *Foundations of nursing* (2nd ed.). Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning p. 471.

Apoyo a la familia 7140

Definición: Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares.

Actividades:

- 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 la misma.
- Orientar a la familia sobre el marco 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.
- Ayudar a organizar una red de recursos diseñados para proporcionar servicios de apoyo.
- 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 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.
- Proporcionar recursos espirituales a la familia, según lo precisen.
- Proporcionar información frecuente a la familia acerca de los progresos del paciente, de acuerdo con los deseos de este.
- Ayudar a los miembros de la familia a identificar y resolver los conflictos de valores.
- Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados.
- 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.
- Animar la toma de decisiones familiares en la planificación de los cuidados del paciente a largo plazo que afecten a la estructura y a la economía familiares.
- Reconocer la comprensión de la decisión familiar acerca de los cuidados posteriores al alta.
- Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados del paciente.
- Actuar en defensa de la familia, según corresponda.
- Considerar la posibilidad de utilizar las Tecnologías de la Información y Comunicación para proporcionar apoyo a la familia en el hogar.
- Facilitar oportunidades de visita a los miembros de la familia, según corresponda.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- Presentar la familia a otras familias que estén pasando por experiencias similares, según corresponda.
- Proporcionar cuidados al paciente en lugar de la familia para aliviar su carga y también cuando esta no pueda ocuparse.
- Iniciar y coordinar derivaciones a servicios sociales, relevos en los cuidados, terapia familiar, consejeros financieros, grupos de apoyo, atención médica domiciliaria y otras agencias de recursos comunitarios, si se indica.
- Facilitar oportunidades de apoyo por parte de grupos que estén en una situación similar.
- Informar a la familia sobre cómo puede ponerse en contacto con el personal de enfermería.
- Ayudar a los miembros de la familia durante los procesos de muerte y duelo, según corresponda.
- Satisfacer la necesidad de privacidad de los miembros de la familia.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Davidson, J. E. (2009). Family-centered care: Meeting the needs of patients families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse 29*(3), 28-35.

Hohashi, N., & Honda, J. (2012). Development and testing of the Survey o Family Environment (SFE): A novel instrument to measure family functioning and needs for family support. *Journal of Nursing Measurement 20*(3), 212-229.

Lundberg, S. (2014). The results from a two-year case study of an information and communication technology support system for family caregivers. *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology, 9*(4), 353-358.

Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P., & Astedt-Kurki, P. (2014). The method o nursing support in hospital and patients' and family members' experiences of the effectiveness of the support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences 28*(2), 305-314.

Apoyo al cuidador principal 7040

Definición: Ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.

Actividades:

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Aceptar las expresiones de emoción negativa.
- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, según corresponda.
- Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
- Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso.
- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.
- Animar la aceptación de interdependencia entre los miembros de la familia.
- Monitorizar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente.
- Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con sus preferencias.
- Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias de este.
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.
- Monitorizar la presencia de indicios de estrés.
- Explorar con el cuidador cómo lo está afrontando.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
- Educar al cuidador sobre el proceso de duelo.
- Apoyar al cuidador durante el proceso de duelo.
- Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.
- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de la asistencia sanitaria para fomentar la propia salud física y mental.
- Promover una red social de cuidadores.
- Identificar fuentes de cuidados por relevo.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.
- Informar al personal/centro de los servicios de urgencia sobre la estancia del paciente en casa, su estado de salud y las tecnologías utilizadas con el consentimiento del paciente o de la familia.
- Comentar con el paciente los límites del cuidador.
- Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.
- Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Craft, M. J., & Denehy, J. A. (1990). *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Craft, M. J., & Willadsen, J. A. (1992). Interventions related to family. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 517-540.

Maas, M., Buckwalter, K., Hardy, M., Tripp-Reimer, T., Titler, M., & Specht, J. (Eds.). (2001). *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions* (pp. 686-693). St. Louis, MO: Mosby.

Moore, L. W., Maiocco, G., Schmidt, S. M., Guo, L., & Estes, J. (2002). Perspectives of caregivers of stroke survivors: Implications for nursing. *MEDSURG Nursing, 11*(6), 289-295.

Apoyo al procedimiento: bebé 6965

Definición: Proporcionar estrategias para minimizar el dolor y el estrés, así como potenciar la capacidad del bebé para afrontar y recuperarse de los procedimientos clínicos dolorosos.

Actividades:

- Asegurar la presencia de una persona dedicada a dar apoyo al bebé.
- Evaluar la necesidad de usar procedimientos dolorosos.
- Separar o agrupar los procedimientos de laboratorio y diagnóstico de acuerdo con la tolerancia del lactante.
- Evitar procedimientos dolorosos al mismo tiempo que los cuidados rutinarios que no son de emergencia.
- Usar cantidades mínimas de esparadrapo o adhesivos.
- Utilizar una barrera cutánea siempre que sea posible.
- Utilizar dispositivos de monitorización no invasivos siempre que sea posible.
- Instruir a los padres sobre los signos y síntomas de dolor y la comodidad que como padres pueden proporcionar.
- Reducir la luz y el ruido siempre que sea posible durante los procedimientos dolorosos.
- Arroparlo (p. ej., envolverlo con la mano para mantener las extremidades flexionadas y cerca del tronco).
- Usar una manta para envolverlo después de un procedimiento doloroso.
- Usar chupete.
- Usar solución de sacarosa con el chupete antes y durante los procedimientos dolorosos.
- Facilitar la lactancia o alimentar con leche materna durante los procedimientos dolorosos.
- Facilitar el método canguro (es decir, el contacto piel con piel) con los padres durante los procedimientos dolorosos, cuando sea posible.
- Facilitar la sujeción por parte de los padres, cuando sea posible.

7.ª edición 2018

Bibliografía:

Harrison, D., Yamada, J., & Stevens, B. (2010). Strategies for the prevention and management of neonatal and infant pain. *Current Pain and Headache Reports, 14*(2), 113-123.

McNair, C., Yeo, M. C., & Johnston, C. (2013). Nonpharmacological management of pain during common needle puncture procedures in infants: Current research evidence and practical considerations. *Clinics in Perinatology, 40*(3), 493-508.

Riddell, R., Racine, N., Turcotte, K., Uman, L., Horton, R., Osmun, L., Kohut, S., Stuart, J., Stevens, B., & Gerwitz-Stern, A. (2011). Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*(10), CD006275. doi: 10.1002/14651858.CD006275.pub2.

Verklan, M., & Walden, M. (Eds.). (2010). *Core curriculum for neonatal intensive care nursing* (4th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Apoyo de hermanos 7280

Definición: Ayudar al hermano del paciente a afrontar la enfermedad/estado crónico/discapacidad de este.

Actividades:

- Determinar lo que el hermano conoce acerca de la enfermedad del paciente.
- Estimar el estrés del hermano relacionado con el estado de la enfermedad del paciente.
- Estimar la capacidad del hermano de afrontar la enfermedad/discapacidad del paciente.
- Facilitar que los miembros de la familia sean conscientes de los sentimientos del hermano.
- Proporcionar información acerca de las respuestas frecuentes del hermano y de lo que los demás miembros de la familia pueden hacer para ayudar.
- Desempeñar el rol de defensa del hermano (en caso de situaciones que amenacen la vida cuando la ansiedad es grande y los padres u otros miembros de la familia son incapaces de representar dicho papel).
- Reconocer que cada uno de los hermanos responde de forma diferente.
- Animar a los padres u otros miembros de la familia a proporcionar información sincera al hermano.
- Animar a los padres a establecer el cuidado de los hermanos pequeños en su propia casa, si fuera posible.
- Ayudar al hermano a mantener y/o modificar sus rutinas y actividades de la vida diaria, si es necesario.
- Fomentar la comunicación entre el hermano y el enfermo.
- Valorar a cada niño individualmente, evitando comparaciones.
- Ayudar al niño a ver las diferencias/semejanzas entre él y el hermano con necesidades especiales.
- Animar al hermano a visitar al hermano o hermana con enfermedad.
- Explicar al hermano visitante los cuidados que se están realizando al enfermo.
- Animar al hermano a que participe en el cuidado del enfermo, si resulta oportuno.
- Enseñar al hermano las maneras correctas de relacionarse con el hermano o la hermana afectado/a.
- Permitir a los hermanos que resuelvan sus propias dificultades.
- Reconocer y respetar al hermano que pueda no estar emocionalmente preparado para visitar a un hermano o hermana enfermo.
- Respetar la reticencia del hermano a estar con el niño con necesidades especiales en las actividades o a incluirlo en ellas.
- Fomentar el mantenimiento de los patrones de interacción de los padres o de la familia.
- Ayudar a los padres a ser justos en cuanto a disciplina, recursos y atención.
- Ayudar al hermano a clarificar y explorar las preocupaciones.
- Utilizar dibujos, títeres y juegos dramatizados para determinar cómo percibe los sucesos el hermano pequeño.
- Clarificar la inquietud del hermano pequeño de contraer la enfermedad del niño afectado y desarrollar estrategias para afrontar esos temores.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- Enseñar la patología de la enfermedad al hermano, según la etapa de desarrollo y el estilo de aprendizaje.
- Utilizar sustitutos concretos para el hermano que no puede visitar a su hermano o hermana enfermo (fotos y vídeos).
- Explicar a los hermanos pequeños que ellos no son la causa de la enfermedad.
- Enseñar a los hermanos las estrategias para cumplir con sus propias necesidades emocionales y de desarrollo.
- Elogiar a los hermanos cuando han sido pacientes, se han sacrificado o han sido especialmente útiles.
- Conocer los puntos fuertes personales que tienen los hermanos, así como sus habilidades, para enfrentarse con éxito al estrés.
- Disponer la derivación a grupos de hermanos similares, según corresponda.
- Disponer la remisión a recursos comunitarios para el hermano, si es necesario.
- Comunicar la situación al profesional de enfermería de la escuela para fomentar el apoyo de los hermanos pequeños, de acuerdo con los deseos de los padres.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Craft, M. J., & Craft, J. (1989). Perceived changes in siblings of hospitalized children: A comparison of parent and sibling report. *Children's' Health Care, 18*(1), 42-48.

Craft, M. J., & Denehy, J. A. (Eds.). (1990). *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia: W. B. Saunders.

Craft, M. J., & Willadsen, J. A. (1992). Interventions related to family. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 517-540.

Pillitteri, A. (2007). Nursing care of the family coping with a child's long-term or terminal illness. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed., pp. 1764-1783). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ross-Alaolmolki, K. (1990). Coping with family loss: The death of a sibling. In M. J. Craft, & J. A. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants and children* (pp. 213-277). Philadelphia: W. B. Saunders.

Apoyo emocional 5270

Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades:

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza.
- 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.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado.
- Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Ahrens, J. (2002). Giving care and comfort in the aftermath of tragedy. *Caring Magazine, 21*(1), 10-11.

Arnold, E., & Boggs, K. (1989). *Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses*. Philadelphia: W. B. Saunders.

Boyle, K., Moddeman, G., & Mann, B. (1989). The importance of selected nursing activities to patients and their nurses. *Applied Nursing Research, 2*(4), 173-177.

Deering, C. (2006). Therapeutic relationships and communication. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric-mental health nursing* (6th ed., pp. 55-78). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Moore, J. C., & Hartman, C. R. (1988). Developing a therapeutic relationship. In C. K. Beck, R. P. Rawlins, & W. R. Williams (Eds.), *Mental health-psychiatric nursing: A holistic life-cycle approach* (2nd ed., pp. 92-117). St. Louis: Mosby.

Apoyo en la protección contra abusos 6400

Definición: Identificación de las relaciones de dependencia de alto riesgo y de las acciones para evitar que aumenten los daños físicos o emocionales.

Actividades:

- Identificar al adulto con un historial de infancia infeliz asociada con abusos, rechazo, exceso de crítica, o sentimientos de inutilidad y falta de amor cuando fue niño.
- Identificar al adulto que tenga dificultad para confiar en los demás o que sienta que no es apreciado por los demás.
- Determinar si el individuo siente que la solicitud de ayuda constituye un indicio de incompetencia personal.

- Determinar el nivel de aislamiento social en la situación familiar.
- Determinar si la familia necesita ayuda periódica en sus responsabilidades de cuidado.
- Identificar si el adulto con riesgos tiene amigos íntimos o familia disponible para ayudar con los niños cuando sea necesario.
- Determinar la relación entre los miembros de la pareja.
- Determinar si los adultos son capaces de relevarse entre sí cuando uno de ellos se encuentre demasiado tenso, cansado o irascible para tratar con un familiar dependiente.
- Determinar si el niño/adulto dependiente es visto de manera distinta por un adulto según el sexo, aspecto o comportamiento.
- Identificar las situaciones de crisis que puedan desencadenar los abusos, tales como pobreza, desempleo, divorcio o muerte de un ser querido.
- Observar si hay signos de abandono en familias de alto riesgo.
- Observar si el niño/adulto dependiente enfermo o lesionado presenta signos de abuso.
- Escuchar las explicaciones sobre la forma en que se produjeron la enfermedad o las lesiones.
- Determinar si la explicación de la causa de la lesión es discordante entre los implicados.
- Animar el ingreso del niño/adulto dependiente para una observación e investigación más profundas, si procede.
- Registrar las horas y la duración de las visitas durante la hospitalización.
- Observar las interacciones entre padres e hijos y registrar las observaciones, si resulta apropiado.
- Observar las reacciones débiles o exageradas por parte del adulto.
- Observar si el niño/adulto dependiente demuestra obediencia extrema, como sumisión pasiva a los procedimientos hospitalarios.
- Observar si el niño presenta inversión de roles, como consolar al padre, o un comportamiento muy activo o agresivo.
- Escuchar atentamente al adulto que comienza a hablar de sus propios problemas.
- Escuchar los sentimientos de la embarazada sobre el embarazo y sobre las expectativas del niño no nacido aún.
- Observar las reacciones de los nuevos padres hacia el bebé, fijándose si hay sentimientos de disgusto, miedo o expectativas irreales.
- Observar si los padres cogen al recién nacido con los brazos extendidos, se sienten incómodos al manipular al bebé o piden ayuda en exceso.
- Observar si se repiten las visitas a la clínica, a urgencias o a la consulta del médico por problemas leves.
- Observar si hay un deterioro progresivo del cuidado físico y emocional del niño/adulto dependiente en el seno familiar.
- Observar si el niño presenta signos de retraso del crecimiento, depresión, apatía, retraso del desarrollo o desnutrición.
- Determinar las expectativas que tiene el adulto sobre el niño para comprobar si los comportamientos esperados son realistas.
- Instruir a los padres sobre expectativas realistas acerca del niño según el nivel de desarrollo.
- Establecer una compenetración entre familias que tengan un historial de abusos para una evaluación y apoyo a largo plazo.
- Ayudar a las familias a identificar las estrategias que se deben seguir en situaciones de estrés.
- Instruir a los miembros adultos de la familia sobre los signos de abuso.
- Remitir al adulto con riesgo a especialistas adecuados.
- Informar al médico sobre las observaciones que indiquen abusos.
- Informar a las autoridades correspondientes de cualquier situación en la que se sospeche que se han cometido abusos.
- Remitir al adulto a casas de acogida en el caso de parejas maltratadas, si procede.
- Remitir a los progenitores a una asociación de ayuda para que reciban apoyo de grupo, si está indicado.
- Animar al paciente a contactar con la policía cuando su seguridad física está amenazada.
- Informar al paciente de las leyes y los servicios relacionados con el abuso.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

Bohn, D. K. (1990). Domestic violence and pregnancy: Implications for practice. *Journal of Nurse-Midwifery, 35*(2), 86-98.

Boyd, M. R. (2005). Caring for abused persons. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed., pp. 823-856). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Gray-Vickrey, P. (2001). Protecting the older adult. *Nursing Management, 32*(10), 34-38.

Lancaster, J., & Kerschner, D. (1992). Violence and human abuse. In M. Stanhope, & J. Lancaster (Eds.), *Community health in nursing* (3rd ed., pp. 411-427). St. Louis, MO: Mosby.

Roberts, C., & Quillan, J. (1992). Preventing violence through primary care intervention. *Nurse Practitioner, 17*(8), 62-64 67–70.

Apoyo en la protección contra abusos: ancianos 6404

Definición: Identificación de las relaciones de ancianos dependientes de alto riesgo y de las acciones para evitar posibles daños físicos, sexuales o emocionales, el abandono de las necesidades vitales básicas, o la explotación.

Actividades:

- Identificar a los pacientes ancianos que se vean a sí mismos como dependientes de cuidadores debido a un estado de salud deteriorado, deterioro funcional, recursos económicos limitados, depresión, consumo de sustancias, o falta de conocimiento acerca de recursos y alternativas de cuidados disponibles.
- Identificar las medidas para los cuidados que se han realizado o que continúan bajo coacción con solo una consideración mínima de las necesidades de cuidados del anciano (p. ej., capacidad, características y responsabilidades competentes de los cuidadores, necesidad de acomodación ambiental, y el historial y calidad de las relaciones entre el anciano y los cuidadores).
- Identificar las situaciones de crisis en la familia que puedan desencadenar el abuso, como la pobreza, el desempleo, el divorcio, la falta de hogar o la muerte de un ser querido).
- Determinar si el paciente mayor y el cuidador disponen de una red de apoyo social funcional para ayudar al paciente a realizar las actividades de la vida diaria y obtener cuidados sanitarios, transporte, terapia, medicinas, información de recursos comunitarios, asesoramiento financiero y ayuda con los problemas personales.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- Identificar a los pacientes ancianos que dependan de un solo cuidador o unidad familiar para disponer de asistencia y control de unos cuidados físicos amplios.
- Identificar a los cuidadores que muestren tener problemas de salud física o mental (p. ej., abuso en el consumo de sustancias, depresión, fatiga, lesiones de espalda ocasionadas por levantar objetos sin ayuda, lesiones infligidas por el paciente), problemas o dependencia financiera, falta de comprensión de las necesidades o estado del paciente, actitudes intolerantes o hipercríticas hacia el paciente, agotamiento del cuidador, o amenazas al paciente con el abandono, la hospitalización, institucionalización o con procedimientos dolorosos.
- Identificar a los cuidadores familiares que tienen un historial de haber sufrido abusos o abandono durante la infancia.
- Identificar las explicaciones del cuidador sobre las lesiones del paciente que fueran improbables o incongruentes, que alegan autolesiones, culpan a los demás, incluyen actividades que están más allá de las posibilidades físicas del paciente, o demuestran retrasos en la búsqueda de tratamiento.
- Determinar si el paciente mayor muestra signos de abusos físicos (p. ej., existencia de numerosas lesiones producidas en diversas etapas de curación, laceraciones inexplicables, abrasiones, magulladuras o quemaduras, fracturas, zonas sin pelo en la cabeza o marcas de mordeduras humanas).
- Determinar si el paciente mayor muestra signos de abandono, (p. ej., escasa higiene, vestimenta inadecuada, lesiones de la piel sin tratar, contracturas, desnutrición, falta de ayudas para la movilidad y la percepción (bastones, gafas, audioprótesis), falta de dentadura postiza o dientes fracturados o cariados, infestación con parásitos; falta de medicación o administración de sedantes en exceso, y falta de contacto social).
- Determinar si el paciente anciano muestra signos de abuso sexual (p. ej., presencia de semen o sangre seca, lesión en los genitales externos, enfermedades de transmisión sexual, cambios dramáticos en su comportamiento o cambios en la salud de etiología indeterminada).
- Determinar si el paciente mayor muestra signos de abuso emocional (p. ej., baja autoestima, depresión, humillación y sentimiento de derrota, comportamiento excesivamente cauteloso con respecto al cuidador, autoagresión o actitudes suicidas).
- Determinar si el paciente mayor muestra signos de explotación (p. ej., provisión inadecuada de las necesidades básicas cuando se dispone de recursos adecuados, privación de posesiones personales, pérdida inexplicada de los cheques de la Seguridad Social o de la pensión, o falta de conocimiento de las finanzas personales o asuntos legales).
- Animar el ingreso del paciente para una observación e investigación adicionales, cuando corresponda.
- Observar las interacciones paciente-cuidador y registrarlas.
- Determinar si los síntomas agudos del paciente remiten cuando es separado del cuidador.
- Determinar si los cuidadores tienen expectativas no realistas sobre el comportamiento del paciente o si tienen atribuciones negativas hacia este.
- Observar si hay una extrema sumisión a las exigencias de los cuidadores o una sumisión pasiva a procedimientos invasivos.
- Observar si se repiten las visitas a clínicas, urgencias o consultas del médico por lesiones, inadecuado seguimiento de cuidados sanitarios, vigilancia inadecuada o inadecuada adaptación al ambiente.
- Proporcionar al paciente una afirmación positiva sobre su valía y permitirle expresar sus preocupaciones y sentimientos, que pueden incluir miedo, culpa, vergüenza, y autoinculpación.
- Ayudar al cuidador a explorar sus sentimientos acerca de parientes o pacientes durante el cuidado e identificar los factores que molestan y parecen contribuir a un comportamiento de abuso y abandono.
- Ayudar al paciente a identificar las disposiciones de cuidados inadecuadas y dañinas, y ayudarle a él y a los miembros de su familia a identificar los mecanismos de tratamiento de estos problemas.
- Comentar las preocupaciones sobre observaciones de indicadores de riesgo con el paciente anciano y con el cuidador por separado.
- Determinar el conocimiento y capacidad del paciente y del cuidador para cumplir con las necesidades de cuidado y de seguridad del paciente, y proporcionar una enseñanza adecuada.
- Ayudar al paciente y a su familia a identificar estrategias para afrontar las situaciones estresantes, incluida la difícil decisión de suspender la asistencia de cuidados en casa.
- Determinar las desviaciones del envejecimiento normal y señalar los signos y síntomas precoces de mala salud a través de análisis sanitarios periódicos.
- Promover una máxima independencia y autocuidado mediante estrategias de enseñanza innovadoras y el uso de repeticiones, práctica, refuerzo y ritmo de aprendizaje individualizado.
- Proporcionar valoraciones y recomendaciones ambientales para la adaptación del hogar que promueva una autoconfianza física o remitirse a las instituciones apropiadas para solicitar ayuda.
- Ayudar a restablecer una completa gama de actividades de la vida diaria, según sea posible.
- Enseñar los beneficios de un régimen de rutina de la actividad física, proporcionar regímenes de ejercicios personalizados, y remitirse a la fisioterapia o a programas de ejercicios, según corresponda, para evitar la dependencia.
- Aplicar estrategias que potencien el pensamiento crítico, la toma de decisiones y la memoria.
- Proporcionar una guía de cuidados sanitarios públicos para asegurar que el ambiente del hogar es controlado y que el paciente recibe asistencia continua.
- Remitir a los pacientes y sus familias a profesionales de los servicios sociales y de asesoramiento.
- Proporcionar recursos comunitarios a los pacientes mayores y a los cuidadores (p. ej., direcciones y números de teléfono de las instituciones que proporcionan servicios de asistencia a ancianos; cuidados sanitarios en casa, en residencias, cuidados por relevo, y de urgencias, residencias, transporte, tratamiento del consumo de sustancias, servicios de asesoría con tarifas variables, bancos de alimentos y reparto de comida a domicilio, centros de distribución de ropa).
- Prevenir a los pacientes para que sus pensiones sean depositadas directamente, que no acepten cuidados personales a cambio de transferencia de activos, y no firmen documentos o realicen arreglos financieros antes de disponer de consejo legal.
- Animar a los pacientes y a sus familias a planificar por adelantado las necesidades de cuidado, incluyendo a la persona que asumirá la responsabilidad si el paciente quedara incapacitado, y la manera de explorar las capacidades, preferencias y opciones para los cuidados.
- Consultar con los recursos de la comunidad para obtener información.
- Informar al médico sobre las observaciones que indiquen abusos o abandono.
- Informar si se sospecha de abusos o abandono a las autoridades correspondientes.

2.ª edición 1996; revisada en 2000, 2004 y 2013

Bibliografía:

Brandl, B., Dyer, C., Heisler, C., Otto, J., Stiegel, L., & Thomas, R. (2007). *Elder abuse detection and intervention: A collaborative approach*. New York, NY: Springer.

Cohen, M., Halevy-Levin, S., Gagin, R., Priltuzky, D., & Friedman, G. (2010). Elder abuse in long-term care residences and the risk indicators. *Ageing and Society, 30*(6), 1027-1040.

Fraser, A. (2010). Preventing abuse of older people. *Nursing Management, 17*(6), 26-29.

Gorbien, M. J., & Eisenstein, A. R. (2005). Elder abuse and neglect: An overview. *Clinics in Geriatric Medicine, 21*(2), 279-292.

Lemko, K., & Fulmer, T. (2006). Nursing care: Victims of violence—elder mistreatment. In P. S. Cowen, & S. Moorhead (Eds.), *Current issues in nursing* (7th ed., pp. 732-737). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Post, L., Page, C., Conner, T., Prokhorov, A., Fang, Y., & Biroscak, B. J. (2010). Elder abuse in long-term care: Types, patterns, and risk factors. *Research on Aging, 32*(3), 323-348.

Apoyo en la protección contra abusos: niños 6402

Definición: Identificación de las relaciones del niño dependiente de alto riesgo y de las acciones para evitar la posibilidad de que se le inflijan daños físicos, sexuales o emocionales, o que se abandonen las necesidades vitales básicas.

Actividades:

- Identificar a las madres con un historial de cuidados prenatales tardíos (4 meses o más) o ningún cuidado prenatal.
- Identificar a los progenitores a quienes hayan retirado la custodia de otro niño o que hayan dejado a niños anteriores con parientes durante períodos prolongados.
- Identificar a los progenitores con un historial de consumo de sustancias, depresión o enfermedad psiquiátrica grave.
- Identificar a los progenitores que demuestren un aumento de necesidad de educación parental (progenitores con problemas de aprendizaje, progenitores que manifiesten sentimientos de insuficiencia, progenitores de un primer niño, progenitores adolescentes).
- Identificar a los progenitores con un historial de violencia doméstica o una madre con historial de numerosas lesiones «accidentales».
- Identificar a los progenitores con un historial de infancia infeliz asociada con abusos, rechazo, exceso de críticas, o sentimientos de inutilidad y falta de amor.
- Identificar las situaciones de crisis que puedan motivar abusos (pobreza, desempleo, divorcio, falta de hogar y violencia doméstica).
- Determinar si la familia dispone de una red de apoyo social intacta que ayude con los problemas familiares, que releve a los progenitores en el cuidado del niño y que colabore con los cuidados del niño en crisis.
- Identificar a los lactantes/niños con necesidades de muchos cuidados (prematuridad, bajo peso al nacer, cólicos, intolerancia de la alimentación, problemas de salud graves durante el primer año de vida, discapacidades de desarrollo, hiperactividad y trastornos por déficit de atención).
- Analizar las explicaciones de la persona que se encarga del niño sobre las lesiones que sean improbables o incongruentes, y sobre las que alegan autolesión, culpan a otro niño, o tardan en buscar tratamiento.
- Determinar si el niño muestra señales de abuso físico (p. ej., numerosas lesiones, hematomas y señales de azotes sin explicación, quemaduras, fracturas, laceraciones y abrasiones faciales sin explicación, marcas de mordedura humana, latigazo, síndrome del niño zarandeado).
- Determinar si el niño muestra signos de abandono (p. ej., retraso del crecimiento, emaciación del tejido subcutáneo, hambre, mala higiene, fatiga e indiferencia constantes, alteraciones cutáneas, apatía, postura corporal rígida y vestimenta inadecuada para las condiciones climatológicas).
- Determinar si el niño muestra signos de abuso sexual (p. ej., dificultad al caminar o sentarse, ropa interior rasgada o con sangre, genitales enrojecidos o traumatizados, laceraciones anales o vaginales, infecciones recidivantes del tracto urinario, hipotonía del esfínter, enfermedades de transmisión sexual, embarazo; promiscuidad, historial de fugas de casa).
- Determinar si el niño muestra signos de abuso emocional (p. ej., retrasos del desarrollo físico, trastornos de hábitos, trastornos de aprendizaje de conducta, reacciones de características neuróticas/psiconeuróticas, comportamientos extremos, retrasos del desarrollo cognitivo e intentos de suicidio).
- Animar el ingreso del niño para una mejor observación y estudio, si es preciso.
- Registrar las horas y duración de las visitas durante la hospitalización.
- Controlar las interacciones padres-niño y registrar las observaciones.
- Determinar si los síntomas agudos del niño remiten cuando es separado de su familia.
- Determinar si los progenitores tienen expectativas irreales o un enfoque negativo sobre el comportamiento del niño.
- Observar al niño por si hubiera una obediencia extrema, tal como sometimiento pasivo a los procedimientos invasivos.
- Vigilar al niño por si hubiera inversión de papeles, tal como consolar a los padres, o comportamiento hiperactivo o agresivo.
- Escuchar los sentimientos de la mujer embarazada sobre el embarazo y las expectativas sobre el bebé que va a nacer.
- Vigilar las reacciones de los nuevos progenitores hacia su bebé, observando si hay sentimientos de disgusto, miedo o desilusión por el sexo.
- Observar si uno de los progenitores coge al bebé con los brazos extendidos, manipula al bebé de manera torpe, solicita excesiva ayuda y manifiesta o muestra incomodidad con los cuidados del niño.
- Observar si se repiten las visitas a la clínica, urgencias o consulta del médico por problemas leves.
- Establecer un sistema para señalar las historias clínicas de niños sospechosos de ser víctimas de abusos o abandono.
- Observar si hay un deterioro progresivo del estado físico o emocional del lactante/niño.
- Determinar el conocimiento de los progenitores sobre las necesidades de cuidados básicos del niño y proporcionar información adecuada sobre sus cuidados, según se indica.
- Instruir a los progenitores sobre la resolución de problemas, la toma de decisiones, la habilidad para ejercer como tales y de criar al niño, o remitirles a programas en los que se puedan aprender estas capacidades.
- Ayudar a las familias a determinar las estrategias para enfrentarse a situaciones estresantes.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- Proporcionar a los progenitores información para afrontar el prolongado llanto del niño, destacando que no deben zarandear al bebé.
- Proporcionar a los padres métodos de castigo no corporal para disciplinar al niño.
- Facilitar a las mujeres embarazadas y sus familias información sobre los efectos del tabaquismo, la mala nutrición y el abuso de sustancias sobre la salud del bebé y la suya propia.
- Implicar a los padres y al niño en ejercicios para fomentar el apego.
- Facilitar a los progenitores e hijos adolescentes información sobre la toma de decisiones y habilidades de comunicación y remitir a los servicios de asesoramiento juvenil, si procede.
- Proporcionar a los niños mayores información sobre cómo cubrir las necesidades de cuidados básicos a sus hermanos menores.
- Proporcionar a los niños afirmaciones positivas de su valía, cuidados afectivos, comunicación terapéutica y estimulación del desarrollo.
- Tranquilizar a los niños que hayan sufrido abuso sexual afirmando que el abuso no ha sido por su culpa y permitirles expresar sus preocupaciones a través de la terapia de juego adecuada a su edad.
- Remitir a las mujeres embarazas de riesgo y a los progenitores del recién nacido a los servicios de atención domiciliaria.
- Remitir a las familias de riesgo a los Servicios de Atención Primaria para asegurarse de que el ambiente hogareño es observado, los hermanos son evaluados y las familias reciben asistencia continua.
- Remitir a las familias a los servicios sociales y profesionales de asesoramiento, si es necesario.
- Proporcionar a los progenitores información de fuentes comunitarias (p. ej., direcciones y teléfonos de centros que dispongan de cuidados por relevo, cuidados de emergencia del niño, ayuda con la casa, tratamiento del consumo de sustancias, servicios de asesoramiento con tarifas variables, bancos de alimentos, centros de distribución de ropa y casas de acogida para abusos domésticos).
- Informar al médico de las observaciones que indican abusos o abandono.
- Informar sobre la sospecha de abusos o abandono a las autoridades correspondientes.
- Remitir al progenitor que haya sufrido malos tratos y los niños con riesgo a una casa de acogida.
- Remitir a los padres a una organización para apoyo de grupo, si procede.

2.ª edición 1996; revisada en 2000 y 2013

Bibliografía:

Asgeirsdottir, B. B., Sigfusdottir, I. D., Gudjonsson, G. H., & Sigurdsson, J. F. (2011). Associations between sexual abuse and family conflict/violence, self-injurious behavior, and substance use: The mediating role of depressed mood and anger. *Child Abuse and Neglect, 35*(3), 210-219.

Bylander, M., & Kydd, J. (2008). Violence to children, definition and prevention of. In L. Kurtz (Ed.), *Encyclopedia of violence, peace, and conflict* (2nd. ed., pp. 2318-2330). Oxford: Academic Press.

Cowen, P. S. (2006). Child maltreatment: Developmental and health effects. In P. S. Cowen, & S. Moorhead (Eds.), *Current issues in nursing* (7th ed., pp. 684-701). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Cowen, P. S. (2006). Child neglect prevention: The pivotal role of nursing. In P. S. Cowen, & S. Moorhead (Eds.), *Current issues in nursing* (7th ed., pp. 702-726). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Dubowitz, H., Kim, J., Black, M., Weisbart, C., Semiatin, J., & Magder, L. (2011). Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse and Neglect, 35*(2), 96-104.

Scannapieco, M., & Connell-Carrick, K. (2005). *Understanding child maltreatment: An ecological and developmental perspective*. New York, NY: Oxford University Press.

Apoyo en la protección contra abusos: pareja 6403

Definición: Identificación de las relaciones de dependencia domésticas de alto riesgo y de las acciones para prevenir que se inflija un mayor daño físico, sexual o emocional, o la explotación de uno de los miembros de la pareja.

Actividades:

- Investigar si existen factores de riesgo asociados con el abuso doméstico (p. ej., historial de violencia doméstica, abusos, rechazo, exceso de crítica o sentimientos de inutilidad y falta de amor; dificultad para confiar en los demás o sentimientos de falta de aprecio de los demás; sensación de que la solicitud de ayuda constituye un indicio de incompetencia personal; necesidad elevada de cuidado físico; muchas responsabilidades de cuidado familiar; consumo de sustancias; depresión; enfermedades psiquiátricas graves; aislamiento social; mala relación entre los miembros de la pareja; muchos matrimonios; embarazo; pobreza; desempleo; dependencia económica; falta de hogar; infidelidad; divorcio, o muerte de un ser querido).
- Investigar si existe historial de síntomas de abuso doméstico (p. ej., numerosas lesiones accidentales, múltiples síntomas somáticos, dolor abdominal crónico, cefaleas crónicas, dolor pélvico, ansiedad, depresión, síndrome de estrés postraumático y otras alteraciones psiquiátricas).
- Observar si hay signos y síntomas de abuso físico (p. ej., numerosas lesiones en distintas etapas de curación, laceraciones, hematomas o contusiones sin explicación, zonas sin cabellos en la cabeza, marcas de ataduras en las muñecas o tobillos; contusiones «defensivas» en los antebrazos y marcas de mordeduras humanas).
- Observar si hay signos y síntomas de abuso sexual (p. ej., presencia de semen o de sangre seca, lesiones en los genitales externos, enfermedades de transmisión sexual, o comportamiento dramático o cambios de salud de etiología indeterminada).
- Observar si hay signos y síntomas de abuso emocional (p. ej., baja autoestima, depresión, humillación y sentimientos de derrota; comportamiento demasiado cauteloso respecto a la pareja; autoagresión o actitudes suicidas).
- Observar si hay signos y síntomas de explotación (p. ej., provisión inadecuada de las necesidades básicas cuando se dispone de recursos adecuados, privación de posesiones personales, pérdida inexplicada de la ayuda social, falta de conocimiento de las finanzas personales o asuntos legales).
- Documentar la evidencia de abusos físicos o sexuales utilizando herramientas estandarizadas de valoración y fotografías.
- Escuchar atentamente a la persona que empieza a hablar acerca de sus propios problemas.

- Identificar incongruencias en la explicación de la causa de las lesiones.
- Determinar la correlación entre el tipo de lesión y la descripción de la causa.
- Entrevistar al paciente y/o a alguna otra persona que conozca la situación acerca del presunto abuso en ausencia de la pareja.
- Alentar el ingreso del paciente para una mejor observación y estudio, cuando corresponda.
- Observar las interacciones de la pareja y registrarlas, según corresponda (p. ej., registrar las horas y la duración de las visitas de la pareja durante la hospitalización, reacciones insuficientes o exageradas por parte de la pareja).
- Observar si el individuo muestra una excesiva sumisión, tal como someterse de forma pasiva a los procedimientos del hospital.
- Observar si hay un deterioro progresivo del estado físico y/o emocional de los individuos.
- Observar si se repiten las visitas a clínicas, urgencias o consultas al médico por problemas leves.
- Establecer un sistema para marcar las historias clínicas individuales en las que existan sospechas de abuso.
- Proporcionar afirmaciones positivas sobre la valía.
- Animar la expresión de preocupaciones y sentimientos, incluidos el miedo, culpabilidad, vergüenza y autoculpabilidad.
- Proporcionar apoyo para que las víctimas tomen medidas y realicen cambios para evitar represalias posteriores.
- Ayudar a los individuos y a sus familias a desarrollar estrategias de afrontamiento frente a situaciones estresantes.
- Ayudar a los individuos y a sus familias a evaluar objetivamente los puntos fuertes y débiles de las relaciones.
- Remitir a los individuos con riesgo de abuso o a aquellos que los hayan sufrido a especialistas y servicios apropiados (p. ej., servicios de salud pública, servicios sociales, asesoramiento, asistencia legal).
- Remitir al cónyuge que abusa a especialistas y servicios apropiados.
- Proporcionar información confidencial respecto a los albergues para personas que sufren violencia doméstica, según corresponda.
- Iniciar el desarrollo de un plan de seguridad para utilizar si la violencia se intensifica.
- Informar de cualquier situación en la que se sospeche de abuso de acuerdo con las leyes de denuncia obligatoria.
- Iniciar programas de educación de la comunidad diseñados para disminuir la violencia.
- Observar el uso de recursos de la comunidad.

3.ª edición 2000; revisada en 2004 y 2013

Bibliografía:

Boursnell, M., & Prosser, S. (2010). Increasing identification of domestic violence in emergency departments: A collaborative contribution to increasing the quality of practice of emergency nurses. *Contemporary Nurse, 35*(1), 35-46.

Garcia-Moreno, C., Heise, L., Jansen, H., Ellsberg, M., & Watts, C. (2005). Violence against women. *Science, 310*(5752), 1282-1283.

Klein, A. R. (2009). *Practical implications of current domestic violence research: For law enforcement, prosecutors and judges.* Washington, DC: National Institute of Justice.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Smith, J. S., Rainey, S. L., Smith, K. R., Alamares, C., & Grogg, D. (2008). Barriers to the mandatory reporting of domestic violence encountered by nursing professionals. *Journal of Trauma Nursing, 15*(1), 9-11.

Taylor, J. Y. (2006). Care of African American women survivors of intimate partner violence. In P. S. Cowen, & S. Moorhead (Eds.), *Current issues in nursing* (7th ed., pp. 727-731). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Apoyo en la protección contra abusos: religioso 6408

Definición: Identificación de las relaciones y acciones religiosas dominantes de alto riesgo para evitar que se inflijan daños y/o explotación física, sexual o emocional.

Actividades:

- Identificar a los individuos dependientes de un «líder» religioso debido a un desarrollo religioso debilitado o alterado, deterioro mental o emocional, depresión, consumo de sustancias, ausencia de recursos sociales o financieros.
- Identificar los patrones de conducta, creencias y sentimientos religiosos de una persona que puede ser «controlada» por otra.
- Identificar la historia de abuso religioso y/o ritual en cuanto a iglesia/familia, métodos de resolución de problemas y de afrontamiento, estabilidad emocional, grado de técnicas de persuasión y manipulación utilizadas y adicción religiosa.
- Determinar si el individuo muestra señales de abuso físico, abuso emocional, explotación o adicción religiosa.
- Observar las interacciones entre el individuo y el «líder», anotando el nivel de obediencia exigido, tolerancia hacia las diferencias, técnicas de persuasión y de manipulación empleadas, métodos adecuados a la madurez, contenido y sentido de principio de «amor»/fuerza vital/divinidad.
- Determinar si el individuo tiene una red religiosa funcional para ayudar a encontrar las necesidades de pertenencia, atención y trascendencia de manera saludable.
- Ofrecer servicios de oración y sanación de la persona y para la curación del pasado generacional de la familia/congregación.
- Ayudar a identificar recursos para encontrar la seguridad «religiosa» y el apoyo del individuo y del grupo.
- Proporcionar apoyo interpersonal con regularidad, según sea necesario.
- Remitir a un servicio de asesoramiento religioso apropiado.
- Remitir a un especialista profesional si se sospecha un abuso de rituales mágicos y/o satánicos.
- Informar de la sospecha de abusos a las autoridades eclesiásticas y/o legales oportunas.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Linn, M., Linn, S. F., & Linn, D. (1994). *Healing spiritual abuse and religious addiction.* Mahwah, NJ: Paulist Press.

Linn, M., Linn, D., & Fabricant, S. (1985). *Healing the greatest hurt.* New York, NY: Paulist Press.

MacNutt, F. (1995). *Deliverance from evil spirits: A practical manual.* Grand Rapids, MI: Baker Book House.

McAll, K. (1982). *Healing the family tree.* London: Sheldon Press.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Apoyo en la toma de decisiones 5250

Definición: Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.

Actividades:

- 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.
- 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.
- Derivar al asesor jurídico, según corresponda.
- Remitir a grupos de apoyo, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Donahue, M. (1985). Advocacy. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Treatments for nursing diagnosis* (pp. 338-351). Philadelphia: W.B. Saunders.

Edwards, A., & Elwyn, G. (2001). *Evidence-based patient choice: Inevitable or impossible?* New York, NY: Oxford University Press.

Edwards, A., Evans, R., & Elwyn, G. (2003). Manufactured but not imported: New directions for research in shared decision making support and skills. *Patient Education and Counseling, 50*(1), 33-38.

Marcus, P. E. (2004). Anxiety and related disorders. In K. M. Fortinash, & P. A. Holoday-Worret (Eds.), *Psychiatric mental health nursing* (pp. 171-194). St. Louis: Mosby.

Moeller, M. D. (2005). Neurobiological responses and schizophrenia and psychotic disorders. In G. W. Stuart, & M. T. Laraia (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed., pp. 390-391). St. Louis: Mosby.

Sime, M. (1992). Decisional control. In M. Snyder (Ed.), *Independent nursing interventions* (2nd ed., pp. 110-114). Albany, NY: Delmar.

Apoyo espiritual 5420

Definición: Ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural.

Actividades:

- Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática.
- Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual, según corresponda.
- Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espirituales.
- Tratar al individuo con dignidad y respeto.
- Favorecer la revisión vital a través de la reminiscencia.
- Animar a participar en interacciones con familiares, amigos y otras personas.
- Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.
- Fomentar la participación en grupos de apoyo.
- Enseñar métodos de relajación, meditación e imaginación guiada.
- Compartir las propias creencias sobre significado y propósito, según corresponda.
- Compartir la propia perspectiva espiritual, según corresponda.
- Dar oportunidades para discutir sobre diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo.
- Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo.
- Concertar visitas con un consejero espiritual individual.
- Rezar con el individuo.
- Proporcionar música, literatura o programas de radio o TV espirituales al individuo.
- Estar abierto a las expresiones del individuo de soledad e impotencia.
- Alentar la asistencia a servicios religiosos, si se desea.
- Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea.
- Proporcionar los objetos espirituales deseados, de acuerdo con las preferencias del individuo.
- Remitir al asesor espiritual elegido por el individuo.
- Utilizar técnicas de clarificación de valores para ayudar al individuo a clarificar sus creencias y valores, según corresponda.
- Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo.
- Expresar simpatía con los sentimientos del individuo.
- Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo.
- Escuchar atentamente la comunicación del individuo, desarrollar un sentido de oportunismo para la oración o rituales espirituales.
- Asegurar al individuo que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.
- Estar abierto a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte.
- Ayudar al individuo a expresar y liberar la ira de forma adecuada.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:
Dossey, B. M., & Dossey, L. (1998). Body-mind-spirit: Attending to holistic care. *American Journal of Nursing, 98*(8), 35-38.
Harvey, S. A. (2001). S.C.A.L.E.—Spiritual care at life's end: A multi-disciplinary approach to end-of-life issues in a hospital setting. *Medical Reference Services Quarterly, 20*(4), 63-71.
Hermann, C. P. (2001). Spiritual needs of dying patients: A qualitative study. *Oncology Nursing Forum, 28*(1), 67-72.
LeMone, P. (2001). Spiritual distress. In M. L. Maas, K. C. Buckwalter, M. D. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. G. Titler, & J. P. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, and interventions* (pp. 782-793). St. Louis: Mosby.
Maddox, M. (2002). Spiritual assessments in primary care. *The Nurse Practitioner, 27*(2), 12 14.
Meraviglia, M. G. (1999). Critical analysis of spirituality and its empirical indicators: Prayer and meaning in life. *Journal of Holistic Nursing, 17*(1), 18-33.
Sumner, C. H. (1998). Recognizing and responding to spiritual distress. *American Journal of Nursing, 98*(1), 26-30.
Vandenbrink, R. A. (2001). Spiritual assessment: Comparing the tools. *Journal of Christian Nursing, 18*(3), 24-27.
Van Dover, L. J., & Bacon, J. M. (2001). Spiritual care in nursing practice: A close-up view. *Nursing Forum, 36*(3), 18-30.

A

Apoyo para la consecución del sustento 7500

Definición: Ayuda a una persona/familia necesitada para encontrar alimentos, ropa y alojamiento.

Actividades:
- 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 del acceso a alojamiento de rentas bajas y a los programas de subsidios.
- Informar sobre las leyes y las protecciones del alquiler.
- 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 los centros de servicio de empleo disponibles.
- Organizar el traslado de la persona/familia a los servicios de empleo, si fuera necesario.
- Informar a la persona/familia acerca de la institución que proporcione ayuda para lograr ropa.
- Organizar el traslado de la persona/familia a la institución que proporcione ayuda para lograr ropa.
- Informar a la persona/familia sobre los programas institucionales de apoyo, como la Cruz Roja, Cáritas, según cada caso.
- 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.
- Informar a la persona/familia sobre los requisitos para recibir cupones de comidas.
- Informar a la persona/familia acerca de las escuelas y/o guarderías disponibles, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2008

Bibliografía:
Brush, B. L., & Powers, E. M. (2001). Health and service utilization patterns among homeless men in transition: Exploring the need for on-site, shelter-based nursing care. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 15*(2), 143-154.
Green, D. M. (2005). History, discussion, and review of a best practices model for service delivery for the homeless. *Social Work in Mental Health, 3*(4), 1-16.
Mulroy, E. A., & Lauber, H. (2004). A user-friendly approach to program evaluation and effective community interventions for families at risk of homelessness. *Social Work, 49*(4), 573-586.
Strehlow, A. J., & Amos-Jones, T. (1999). The homeless as a vulnerable population. *Nursing Clinics of North America, 34*(2), 261-274.

Aromaterapia 1330

Definición: Administración de aceites esenciales mediante masajes, ungüentos o lociones tópicas, baños, inhalación, duchas o compresas (calientes o frías) para calmar y tranquilizar, aliviar el dolor, aumentar la relajación y la comodidad.

Actividades:
- Obtener el consentimiento verbal para utilizar la aromaterapia.
- Elegir el aceite esencial o la mezcla de aceites esenciales adecuada para conseguir el resultado deseado.
- Determinar la respuesta del paciente al aroma elegido (p. ej., le gusta o le disgusta) antes de utilizarlo.
- Empleo de la enseñanza y entrenamiento en el fundamento y la filosofía en el uso de aceites esenciales, modo de acción y cualquier contraindicación.
- Observar si el paciente presenta incomodidad y náuseas antes y después de la administración.
- Diluir los aceites esenciales con los aceites portadores adecuados antes de su uso tópico.
- Observar si hay dermatitis de contacto asociada con una posible alergia a aceites esenciales.
- Controlar si con el uso de aceites esenciales hay una exacerbación del asma, según corresponda.
- Enseñar al paciente los propósitos y la aplicación de la aromaterapia, según corresponda.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- Controlar los datos basales y monitorizar los signos vitales, según corresponda.
- Observar el nivel de estrés, humor y ansiedad referido por el paciente antes y después de la administración, según corresponda.
- Administrar aceites esenciales utilizando métodos adecuados (p. ej., masaje, inhalación) y en las áreas adecuadas del cuerpo (p. ej., pies, espalda).
- Documentar las respuestas fisiológicas a la aromaterapia, según corresponda.
- Evaluar y documentar la respuesta a la aromaterapia.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

Bryan-Brown, C. W., & Dracup, K. (1995). Alternative therapies. *American Journal of Critical Care, 4*(6), 416-418.

Buckle, J. (1998). Clinical aromatherapy and touch: Complementary therapies for nursing practice. *Critical Care Nurse, 18*(5), 54-61.

Buckle, J. (2001). The role of aromatherapy in nursing care. *Nursing Clinics of North America, 36*(1), 57-72.

Cooke, B., & Ernst, E. (2000). Aromatherapy: A systematic review. *British Journal of General Practice, 50*(455), 493-496.

Dunn, C., Sleep, J., & Collett, D. (1995). Sensing an improvement: An experimental study to evaluate the use of aromatherapy, massage and periods of rest in an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing, 21*(1), 34-40.

Petersen, D., & Lind, E. (1997). Aromatherapy: Psychological effects of essential oils. *Alternative Therapies in Clinical Practice, 4*(5), 165-167.

Robins, J. L. (1999). The science and art of aromatherapy. *Journal of Holistic Nursing, 17*(1), 5-17.

Stevensen, C. J. (1994). The psychophysiological effects of aromatherapy massage following cardiac surgery. *Complementary Therapies in Medicine, 2*(1), 27-35.

Tate, S. (1997). Peppermint oil: A treatment for postoperative nausea. *Journal of Advanced Nursing, 26*(3), 543-549.

Arteterapia 4330

Definición: Facilitación de la comunicación por medio de dibujos u otras formas de arte.

Actividades:

- Identificar una forma de actividad basada en el arte (p. ej., preexistente, improvisada, dirigida, espontánea).
- Identificar un medio artístico para usarlo, como pinturas (p. ej., autorretrato, dibujos de la figura humana, dibujos cinéticos familiares), fotografías y otros medios (p. ej., diario fotográfico, diario de medios de comunicación), gráficos (p. ej., línea del tiempo, mapas corporales) u objetos artísticos (p. ej., máscaras, escultura).
- Comentar con el paciente el motivo que se va a dibujar, dar un enfoque directo o indirecto, según corresponda.
- Proporcionar instrumentos de arte adecuados al nivel de desarrollo y metas de la terapia.
- Proporcionar un ambiente tranquilo en el que no haya interrupciones.
- Monitorizar la participación del paciente durante el proceso artístico, incluidos los comentarios verbales y el comportamiento.
- Animar al paciente a que describa sus dibujos o creaciones artísticas.
- Comentar la descripción de dibujos o creaciones artísticas con el paciente.
- Registrar la interpretación del paciente de dibujos o creaciones artísticas.
- Identificar los temas de los trabajos artísticos acumulados durante un período de tiempo dado.
- Copiar los trabajos del paciente para guardarlos en ficheros, si es necesario y corresponde.
- Utilizar dibujos de figuras humanas para determinar el autoconcepto del paciente.
- Utilizar dibujos para determinar los efectos de los sucesos estresantes (hospitalización, divorcio o abusos) sobre el paciente.
- Animar al paciente a que describa y hable sobre los productos artísticos y su proceso de elaboración.
- Incorporar la descripción del paciente y su interpretación de la actividad artística en los datos de evaluación del paciente.
- Comparar los trabajos artísticos con el nivel de desarrollo del paciente y las actividades artísticas previas.
- Interpretar el significado de los aspectos importantes de los dibujos, incorporando los datos de valoración del paciente y la literatura sobre arteterapia.
- Evitar sacar conclusiones de los dibujos antes de disponer de un historial completo, dibujos iniciales, y una colección de dibujos realizada durante un período de tiempo dado.
- Remitir al paciente a otras terapias (p. ej., trabajo social, arteterapia), según esté indicado.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Cox, M. (2005). *The pictorial world of the child.* New York, NY: Cambridge University Press.

Darley, S., & Health, W. (2008). *The expressive arts activity book: A resource for professionals.* Philadelphia, PA: Jessica Kingsley.

Dixon, S. D., & Stein, M. T. (2006). *Encounters with children: Pediatric behavior and development* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Driessnack, M. (2006). Draw-and-tell conversations with children. *Qualitative Health Research, 16*(10), 1414-1435.

Driessnack, M. (2009). Using the Colored Eco-Genetic Relationship Map (CEGRM) with children. *Nursing Research, 58*(5), 304-311.

Malchiodi, C. A. (2002). *The soul's palette: Drawing on art's transformative power.* Boston: Shambhala.

McNiff, S. (2004). *Art heals: How creativity cures the soul.* Boston, MA: Shambhala.

Seiden, D. (2001). *Mind over matter: The uses of materials in art, education, and therapy.* Chicago, IL: Magnolia Street.

Asesoramiento 5240

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Demostrar empatía, calidez y sinceridad.
- Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento.
- Establecer metas.
- Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad.
- 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.
- Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.
- Pedir al paciente/allegado que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que le sucede.
- Ayudar al paciente a que enumere y priorice todas las alternativas posibles al problema.
- Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el del equipo de cuidadores acerca de la situación.
- Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia.
- Verbalizar la discrepancia entre los sentimientos y conducta del paciente.
- Utilizar herramientas de valoración (papel y lápiz, cinta de audio, cinta de vídeo o ejercicios interactivos con otras personas) para ayudar a que aumente la autoconciencia del paciente y el conocimiento de la situación por parte del asesor, según corresponda.
- Revelar aspectos seleccionados de las experiencias propias o de la personalidad para dar autenticidad y confianza, si resulta oportuno.
- Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos.
- Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, según corresponda.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.
- Reforzar nuevas habilidades.
- Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo mucho estrés, cuando sea posible.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Banks, L. J. (1992). Counseling. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essentials nursing treatments* (pp. 279-291). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Boyd, M. A. (Ed.). (2005). *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Corey, G. (1991). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Asesoramiento antes de la concepción 5247

Definición: Analizar y proporcionar información y apoyo a las personas en edad fértil antes del embarazo para fomentar la salud y reducir riesgos.

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica de confianza.
- Obtener el historial clínico del paciente.
- Desarrollar un perfil de riesgo sanitario orientado al embarazo con anterioridad a la concepción, que esté basado en los antecedentes, la utilización de prescripción de fármacos, los antecedentes étnicos, las exposiciones laborales y domésticas, la dieta, los trastornos genéticos específicos y los hábitos (tabaquismo y consumo de alcohol y drogas).
- Explorar la preparación para el embarazo de los miembros de la pareja.
- Averiguar si se han producido abusos físicos.
- Obtener un historial sexual completo que incluya la frecuencia y momento de las relaciones, uso de lubricantes, espermicidas y hábitos poscoitales, como baños vaginales.
- Remitir a las mujeres con problemas médicos crónicos a un plan de control pregestacional.
- Proporcionar información relacionada con los factores de riesgo.
- Remitir a la consulta de consejo genético para los factores de riesgo genéticos.
- Realizar las pruebas de diagnóstico prenatales necesarias para determinar factores de riesgo genéticos, médicos u obstétricos, si es necesario.
- Analizar o evaluar los niveles de hemoglobina o hematocrito, Rh, análisis de orina con tira reactiva, toxoplasmosis, enfermedades de transmisión sexual, rubéola y hepatitis.
- Aconsejar sobre la evitación del embarazo hasta que se haya administrado el tratamiento adecuado (vacuna contra la rubéola, inmunoglobulina anti-Rho(D), inmunoglobulina sérica o antibióticos).
- Analizar a las personas con riesgo o de grupos de riesgo de desarrollar tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, hemoglobinopatías, enfermedad de Tay-Sachs y defectos genéticos.
- Apoyar la toma de decisiones acerca de la conveniencia del embarazo, en función de los factores de riesgo identificados.
- Evaluar la necesidad de una mamografía de cribado basada en la edad de la mujer y su deseo de prolongar la lactancia materna.
- Fomentar el examen dental antes de la concepción para minimizar la exposición posterior a exámenes radiográficos y anestésicos.
- Instruir acerca de la relación entre el desarrollo fetal precoz y los hábitos personales, uso de medicamentos, teratógenos y requisitos de autocuidados (vitaminas y ácido fólico prenatales).
- Enseñar a evitar los teratógenos (manipulación de la cama del gato, dejar de fumar y sustitutos del alcohol).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- Remitir al servicio de información de teratógenos para obtener información específica acerca de los agentes medioambientales.
- Comentar los modos específicos de preparación para el embarazo, incluyendo las exigencias sociales, económicas y psicológicas que supone tener niños y criarlos.
- Identificar las barreras reales o percibidas a los servicios de planificación familiar y cuidados prenatales, así como las formas de superar tales barreras.
- Comentar los métodos disponibles de asistencia y la tecnología de reproducción, según corresponda.
- Fomentar la anticoncepción hasta que se esté preparado para el embarazo.
- Comentar el momento del cese de la anticoncepción para aumentar la exactitud de la fecha de embarazo.
- Comentar los métodos de identificación de la fertilidad, signos de embarazo y maneras de confirmarlo.
- Comentar la necesidad de un registro precoz y del cumplimiento de los cuidados prenatales, incluidos los programas de alto riesgo específicos que puedan ser adecuados.
- Fomentar la asistencia a las clases de preparación al embarazo y educación parental desde el principio.
- Animar a las mujeres a que conozcan los detalles de los seguros médicos, incluidos los períodos de espera y las opciones de cuidados disponibles.
- Recomendar los autocuidados necesarios durante el período anterior a la concepción.
- Proporcionar educación y remitir a los recursos comunitarios correspondientes.
- Proporcionar una copia del plan de cuidados por escrito a l pacientes.
- Proporcionar o recomendar los cuidados de seguimiento, segú corresponda.

2.ª edición 1996; revisada en 2000

Bibliografía:

American College of Obstetricians and Gynecologists. (1990). *ACOG gu to planning for pregnancy, birth, and beyond*. Washington, DC: Author.

Barron, M. L., Ganong, L. H., & Brown, M. (1987). An examination of p conception health teaching by nurse practitioners. *Journal of Advan Nursing, 12*(5), 605-610.

Bushy, A. (1992). Preconception health promotion: Another approach improve pregnancy outcomes. *Public Health Nursing, 9*(1), 10-14.

Cefalo, R. C., & Moos, M. K. (1988). *Preconceptional health promotion practical guide*. Rockville, MD: Aspen.

Chez, R. (1993). Preconception care. *Resident and Staff Physician, 89*(1), 49-

Institute of Medicine. (1985). *Preventing low birthweight* (pp. 119–174) [C Omenn, Ed.]. Washington: National Academy Press.

Littleton, L. Y., & Enbretson, J. C. (2002). *Maternal, neonatal, & women's he nursing*. Albany, NY: Delmar pp. 384–388.

Summers, L., & Price, R. A. (1993). Preconception care: An opportunit maximize health in pregnancy. *Journal of Nurse-Midwifery, 38*(4), 188-

U.S. Department of Health and Human Services. (1990). *Healthy people 2 National health promotion and disease prevention objectives*. Washing DC: U.S. Government Printing Office.

Asesoramiento en la lactancia 52

Definición: Ayudar a establecer y mantener una lactancia materna satisfactoria.

Actividades:

- 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 la misma.
- 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.
- 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 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 le (p. ej., técnicas de relajación, masaje mamario y entorno t quilo).
- Explicar la diferencia de la succión nutritiva y no nutritiva.
- Evaluar la capacidad del lactante para mamar.
- Mostrar la forma de amamantar (utilizar un dedo limpio estimular el reflejo de succión y el enganche al pezón), necesario.
- Enseñar a la madre a dejar que el lactante termine con la prir mama antes de ofrecer la segunda.
- Instruir sobre el modo de interrumpir la succión del lactan es preciso.
- Explicar a la madre los cuidados del pezón.
- Monitorizar la presencia de dolor del pezón y de alteració la integridad cutánea de los pezones.
- Explicar las técnicas para evitar o minimizar la congestión maria y las molestias asociadas (p. ej., tomas frecuentes, m mamario, compresas calientes, extracción de la leche, aplica de compresas de hielo tras la lactancia o la extracción de l antiinflamatorios).
- Explicar los signos, síntomas y estrategias de manejo de la trucción de los conductos, la mastitis y la infección candidi
- Comentar las necesidades de la idoneidad del reposo, hidrat y dieta equilibrada.
- Ayudar a determinar la necesidad de tomas de alimenta suplementarias, chupetes y pezoneras.
- Animar a la madre a llevar un sujetador de soporte bien ajus

- Instruir sobre el modo de llevar un registro de las tomas de alimentación y de extracción de leche, si está indicado.
- Enseñar los patrones de evacuación urinaria e intestinal en el niño.
- Comentar la frecuencia de los patrones normales de lactancia, incluidas las tomas agrupadas y los brotes de crecimiento.
- Fomentar una lactancia continua al volver al trabajo o a la guardería.
- Explicar las opciones para la extracción de leche, incluido el bombeo no eléctrico (p. ej. con la mano o con dispositivo manual) y eléctrico (p. ej., simple y doble, bomba hospitalaria para la madre de lactantes prematuros).
- Explicar el modo correcto de manipular la leche extraída (p. ej., recolección, almacenamiento, preparación, adición de nutrientes y calentamiento).
- Indicar a la paciente que contacte con un asesor sobre lactancia para ayudar a determinar las características del aporte de leche al bebé (es decir, si existe una insuficiencia percibida o real).
- Comentar las estrategias dirigidas a optimizar el aporte de leche (p. ej., masaje mamario, extracción frecuente de leche, vaciado completo de las mamas, cuidados de canguro y fármacos).
- Proporcionar indicaciones y apoyo concordantes con la política del centro sanitario sobre la lactancia para la madre de lactantes prematuros (es decir, instruir sobre la frecuencia de extracción de leche, cuándo prever que aumente el aporte de leche, patrones normales de alimentación según la edad gestacional y prescindir de la bomba de extracción cuando el lactante sea capaz de mamar bien).
- Explicar los signos y síntomas que requieren ser notificados al profesional sanitario o a un asesor sobre lactancia.
- Ofrecer instrucciones para el alta y organizar los cuidados de seguimiento adaptados a las necesidades específicas de la paciente (p. ej., madre de un lactante a término sano, gemelos, lactante prematuro o lactante enfermo).
- Remitir a un asesor sobre lactancia materna.
- Ayudar con la reanudación de la lactancia, si es necesario.
- Explicar las opciones para el destete.
- Enseñar a la madre a consultar a su profesional sanitario antes de tomar cualquier medicamento durante el período de lactancia, incluidos fármacos sin receta y anticonceptivos orales.
- Comentar los métodos anticonceptivos.
- Fomentar que se les facilite a las madres lactantes la extracción y almacenamiento de la leche durante la jornada laboral.

2.ª edición 1996; revisada en 2000 y 2013

Bibliografía:

Dyson, L., McCormick, F. M., & Renfrew, M. J. (2005). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005*(2), doi: 10.1002/14651858.CD001688.pub2.

Hill, P. D. (2001). Lactation counseling. In M. Craft-Rosenberg, & J. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage pp. XX–XX.

Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2002). *The optimal duration of exclusive breastfeeding: A systematic review*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Lang, S. (2002). *Breastfeeding special care babies* (2nd ed.). London: Bailliere Tindall.

Riordan, J. (2005). *Breastfeeding and human lactation* (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Walker, M. (2006). *Breastfeeding management for the clinician: Using the evidence*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2009). *Caring for the postpartal woman and her family. In: EBT Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, & families*. Philadelphia: F.A. Davis pp. XX–XX.

Asesoramiento nutricional

5246

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

Actividades:

- 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.
- 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 el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta.
- Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.
- Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.
- Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un período de 24 horas.
- 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.
- Comentar los hábitos de compra de comidas y los límites de presupuesto.
- 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.
- Disponer una derivación/consulta a otros miembros del equipo asistencial, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Bibliografía:
Dudek, S. G. (2014). *Nutrition essentials for nursing practice* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
Franklin, B. A. (2010). *Counseling patients to favorably modify dietary and physical activity practices: The challenge of change*. Obtenido de http://pt.wkhealth.com/pt/re/chf/addcontent.14354749.htm;jsessionid=X8QJKPvRb9psL40CM0G1KyrRB2xqVKpLpyp1vvQG5fv3Gd40nwHB!-1552860756!181195628!8091!-1.
Wardlaw, G., & Smith, A. (2012). *Contemporary nutrition* (9th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

Asesoramiento sexual 5248

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar el afrontamiento de un suceso/trastorno sexual.

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Establecer la duración de la relación de asesoramiento.
- Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad.
- Explicar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés (u otros problemas o sucesos que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual.
- Animar al paciente a que verbalice los miedos y a que realice preguntas sobre el funcionamiento sexual.
- Introducir las preguntas sobre la sexualidad explicando al paciente que muchas personas tienen dificultades sexuales.
- Comenzar con los temas menos sensibles y pasar luego a los más delicados.
- Recopilar el historial sexual del paciente, prestando una estrecha atención a los patrones normales de funcionamiento y a los términos usados por el paciente para describir la función sexual.
- Determinar la duración de la disfunción sexual y las posibles causas.
- Evaluar la presencia de estrés, ansiedad y depresión como posibles causas de la disfunción sexual.
- Determinar el nivel de conocimiento y comprensión del paciente sobre la sexualidad en general.
- Proporcionar información sobre el funcionamiento sexual, según corresponda.
- Comentar el efecto de la salud y la enfermedad sobre la sexualidad.
- Comentar el efecto de la medicación y suplementos sobre la sexualidad.
- Comentar el efecto de los cambios en sexualidad sobre los seres queridos.
- Comentar las modificaciones necesarias en la actividad sexual, según corresponda.
- Ayudar al paciente a expresar la pena y el enfado por las alteraciones del funcionamiento/aspecto corporal, según corresponda.
- Evitar mostrar aversión por una parte corporal alterada.
- Presentar al paciente modelos de rol positivos que hayan superado con éxito un problema similar, según corresponda.
- Proporcionar información concreta acerca de mitos sexuales y malas informaciones que el paciente pueda manifestar verbalmente.
- Comentar formas alternativas de expresión sexual que sean aceptables para el paciente, según corresponda.
- Instruir al paciente sobre el uso de medicamentos que potencien la capacidad de desempeñar el papel sexual, si es el caso.
- Determinar la cantidad de culpa sexual asociada con la percepción del paciente de los factores causales de la enfermedad.
- Evitar terminar prematuramente la conversación sobre sentimientos de culpa, incluso cuando estos parezcan irracionales.
- Incluir a la pareja o compañero sexual en el asesoramiento lo máximo posible, si es el caso.
- Utilizar el humor y animar al paciente a utilizarlo para aliviar la ansiedad o la vergüenza, teniendo cuidado de usar un humor adecuado a la situación, con delicadeza y con respeto por las creencias y trasfondo cultural del paciente.
- Dar seguridad de que las prácticas sexuales actuales o nuevas son saludables, según corresponda.
- Dar seguridad y permiso para experimentar con formas alternativas de expresión sexual, según corresponda.
- Proporcionar la derivación/consulta con otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
- Remitir al paciente a un terapeuta sexual, cuando corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:
Barton-Burke, M., & Gustason, C. J. (2007). Sexuality in women with cancer. *Nursing Clinics of North America*, *42*(4), 531-554.
Brassil, D. F., & Keller, M. (2002). Female sexual dysfunction: Definitions, causes, and treatment. *Urologic Nursing*, *22*(4), 237-244 284.
Clayton, A., & Ramamurthy, S. (2008). The impact of physical illness on sexual dysfunction. *Advances in Psychosomatic Medicine*, *29*, 70-88.
Ginsberg, T. B., Pomerantz, S. C., & Kramer-Feeley, V. (2005). Sexuality in older adults: Behaviours and preferences. *Age and Ageing*, *34*(5), 475-480.
Jaarsma, T., Steinke, E. E., & Gianotten, W. L. (2010). Sexual problems in cardiac patients: How to assess, when to refer. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *25*(2), 159-164.
Lewis, L. J. (2004). Examining sexual health discourses in a racial/ethnic context. *Archives of Sexual Behavior*, *33*(3), 223-234.
Schwarz, E. R., Kapur, V., Bionat, S., Rastogi, S., Gupta, R., & Rosanio, S. (2008). The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men with chronic heart failure. *International Journal of Impotence Research*, *20*(1), 85-91.
Steinke, E. E. (2005). Intimacy needs and chronic illness. *Journal of Gerontological Nursing*, *31*(5), 40-50.
Steinke, E. E., & Jaarsma, T. (2008). Impact of cardiovascular disease on sexuality. In D. Moser, & B. Riegel (Eds.), *Cardiac nursing: A companion to Braunwald's heart disease* (pp. 241-253). St. Louis: Saunders Elsevier.

Asistencia al parto por cesárea 6750

Definición: Proporcionar cuidados a una paciente cuyo parto se produzca a través de una incisión abdominal hasta el útero.

Actividades:

- Orientar a la paciente a la unidad.
- Revisar el historial prenatal.
- Explicar las razones de la cirugía.
- Comentar los sentimientos, preguntas y preocupaciones de la paciente sobre la cirugía.
- Obtener o confirmar el consentimiento informado.
- Obtener los análisis de sangre necesarios y documentar los resultados.
- Monitorizar los signos vitales.
- Monitorizar la frecuencia cardíaca fetal.
- Preparar el abdomen para la cirugía.
- Colocar una vía intravenosa.
- Insertar una sonda urinaria permanente.
- Administrar las medicaciones.
- Animar a la pareja o a una persona de apoyo a estar presente durante el parto.
- Proporcionar información sobre lo que sucede y las sensaciones que puede experimentar la paciente durante la cirugía.
- Proporcionar información sobre el bebé.
- Transferir a la paciente a una sala de recuperación o al paritorio.
- Monitorizar los aspectos fisiológicos de la recuperación (p. ej., dolor, cambios uterinos, permeabilidad de la vía respiratoria y loquios).
- Inspeccionar el estado de la incisión quirúrgica y del apósito.
- Ayudar a realizar ejercicios de las piernas, a cambiar de postura, a toser y a respirar profundamente.
- Alentar a la madre a dar lactancia materna, si es adecuado.
- Proporcionar una educación adecuada y apoyo sobre la lactancia materna si es adecuado (es decir, enseñar las adaptaciones de colocación del lactante según las limitaciones de movilidad).
- Facilitar el vínculo y el apego familiares minimizando la separación entre la madre y el lactante (p. ej., presentar al lactante de cara a la madre, permitir que se vea al lactante sin obstáculos interpuestos, facilitar el contacto piel con piel y trasladar a la madre y al lactante juntos).

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Chertok, I. R. (2006). Breast-feeding initiation among post-caesarean women of the Negev, Israel. *British Journal of Nursing, 15*(4), 205-208.

Nolan, A., & Lawrence, C. (2009). A pilot study of a nursing intervention protocol to minimize maternal-infant separation after cesarean birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 38*(4), 430-442.

Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2009). Caring for the woman experiencing complications during labor and birth. In *Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, & families* (pp. 427-465). Philadelphia, PA: F.A. Davis.

Asistencia en el mantenimiento del hogar 7180

Definición: Ayudar al paciente/familia a mantener el hogar como un sitio limpio, seguro y placentero para vivir.

Actividades:

- Determinar las necesidades de mantenimiento del hogar del paciente.
- Implicar al paciente/familia en la decisión de las necesidades de mantenimiento del hogar.
- 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.
- Ayudar a los miembros de la familia a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en la realización de sus papeles.
- Aconsejar la eliminación de todos los malos olores.
- Sugerir servicios de desparasitación, si es necesario.
- Facilitar la limpieza de la ropa sucia.
- Sugerir servicios de reparación doméstica, si es necesario.
- Explicar el coste del mantenimiento necesario y de los recursos disponibles.
- Ofrecer soluciones a las dificultades económicas.
- Solicitar los servicios de una asistenta, 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.
- Coordinar el uso de recursos de la comunidad.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Case management. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 379-390). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Dickerson, A. E., & Fischer, A. G. (1993). Age differences in functional performance. *American Journal of Occupational Therapy, 47*(8), 686-692.

Scott, E. (2001). The potential benefits of infection control measures in the home. *American Journal of Infection Control, 29*(4), 247-249.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP) 2400

Definición: Facilitar el control por parte del paciente de la administración y regulación de los analgésicos.

Actividades:

- Colaborar con los médicos, el paciente y la familia en la selección del tipo de narcótico que ha de utilizarse.
- Recomendar la administración de aspirinas y antiinflamatorios no esteroideos junto con los narcóticos, según corresponda.
- Recomendar la interrupción de la administración de opiáceos por otras vías.
- Evitar el uso de hidrocloruro de meperidina.
- Asegurarse de que el paciente no sea alérgico al analgésico que ha de administrarse.
- Enseñar al paciente y a la familia a valorar la intensidad, calidad y duración del dolor.
- Enseñar al paciente y a la familia a vigilar la frecuencia cardíaca y la presión arterial.
- Establecer acceso nasogástrico, venoso, subcutáneo o raquídeo, según corresponda.
- Confirmar que el paciente puede utilizar un dispositivo de ACP: es capaz de comunicarse, comprender explicaciones y seguir instrucciones.
- Colaborar con el paciente y la familia para seleccionar el tipo de dispositivo de infusión controlado adecuado para el paciente.
- Enseñar al paciente y a la familia la utilización del dispositivo de ACP.
- Ayudar al paciente y a la familia a calcular la concentración correcta del fármaco en el líquido, considerando la cantidad de líquido aportado cada hora por el dispositivo de ACP.
- Ayudar al paciente o a un miembro de la familia a administrar un bolo adecuado que lleve la dosis del analgésico.
- Enseñar al paciente y a la familia a establecer una frecuencia de infusión basal correcta en el dispositivo de ACP.
- Ayudar al paciente y a la familia a establecer un intervalo de desactivación del dispositivo de ACP.
- Ayudar al paciente y a la familia a ajustar las dosis correctas de demanda en el dispositivo de ACP.
- Consultar con el paciente, la familia y el médico para ajustar el intervalo de desactivación, la frecuencia basal y la dosis de demanda, de acuerdo con la capacidad de respuesta del paciente.
- Enseñar al paciente a ajustar las dosis al alza o a la baja, dependiendo de la frecuencia respiratoria, la intensidad del dolor y la calidad del dolor.
- Explicar al paciente y a la familia la acción y los efectos secundarios de los analgésicos.
- Registrar el dolor del paciente, la cantidad y frecuencia de la dosis del fármaco, y la respuesta al tratamiento del dolor en un diagrama de flujo del dolor.
- Monitorizar estrechamente la aparición de depresión respiratoria en los pacientes de riesgo (p. ej., mayores de 70 años, antecedentes de apnea del sueño, uso simultáneo de ACP con un depresor del sistema nervioso central, obesidad, cirugía abdominal alta o torácica y bolo de ACP mayor de 1 mg, antecedentes de insuficiencia renal, hepática, respiratoria o cardíaca).
- Recomendar un régimen intestinal para evitar el estreñimiento.
- Consultar con los expertos de la unidad del dolor, si el paciente presenta dificultad para controlar el dolor.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., & Erb, G. (2008). Pain management. In *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice* (8th ed., pp. 1187-1230). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Chumbley, G., & Mountford, L. (2010). Patient-controlled analgesia infusion pumps for adults. *Nursing Standard, 25*(8), 35-40.

Craft, J. (2010). Patient-controlled analgesia: Is it worth the painful prescribing process? *Baylor University Medical Center Proceedings, 23*(4), 434-438.

Franson, H. (2010). Postoperative patient-controlled analgesia in the pediatric population: A literature review. *AANA Journal, 78*(5), 374-378.

Asistencia para los recursos financieros 7380

Definición: Ayudar a un individuo/familia para asegurar y controlar las finanzas para cubrir las necesidades de asistencia sanitaria.

Actividades:

- Determinar el uso actual del paciente del sistema de asistencia sanitaria y de su efecto económico.
- Ayudar al paciente a identificar las necesidades financieras, incluyendo el análisis de ingresos y gastos.
- Determinar la capacidad cognitiva del paciente para leer, rellenar formularios, controlar el talonario, manejar dinero.
- Determinar los gastos diarios del paciente.
- Priorizar las necesidades diarias del paciente y ayudarle a desarrollar un programa de acuerdo con estas necesidades.
- Diseñar un plan de asistencia para animar al paciente/familia a acceder a niveles adecuados de asistencia del modo más rentable posible.
- Informar al paciente de los servicios disponibles a través de programas estatales y autonómicos.
- Determinar si el paciente cumple los requisitos para los programas de exención.
- Remitir al paciente que puede cumplir los requisitos de programas financiados estatales o autonómicos a los individuos adecuados.
- Informar al paciente de los recursos disponibles y ayudarle a acceder a ellos (p. ej., programa de asistencia en la medicación, programa de beneficencia).
- Ayudar al paciente a desarrollar un presupuesto y/o remitirle a la persona adecuada para obtener recursos financieros (p. ej., planificador financiero, planificador estatal, consejero del consumidor), según sea necesario.
- Ayudar al paciente a rellenar las solicitudes para los recursos disponibles, según sea necesario.
- Ayudar al paciente en la planificación de la asistencia a largo plazo, según sea necesario.

- Ayudar al paciente a asegurarse de que el dinero está en un lugar seguro (banco).
- Ayudar al paciente a obtener fondos para los servicios fúnebres, según sea conveniente.
- Animar a la familia a implicarse en el control financiero, si es conveniente.
- Representar las necesidades económicas de los pacientes en reuniones multidisciplinarias, si es necesario.
- Colaborar con instituciones de la comunidad para proporcionar los servicios necesarios al paciente.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Antonello, S. J. (1996). Social skills development: Practical strategies for adolescents and adults with developmental disabilities. Boston, MA: Allyn & Bacon.

Bush, G. W. (1990). Calculating the cost of long-term living: A four-step process. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, *5*(1), 47-56.

Horner, M., Rawlins, P., & Giles, K. (1987). How parents of children with chronic conditions perceive their own needs. *MCN: American Journal of Maternal/Child Nursing*, *12*(1), 40-43.

Klug, R. M. (1991). Understanding private insurance for funding pediatric home care. *Pediatric Nursing*, *17*(2), 197-198.

McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Olen, D. R. (1984). *Teaching life skills to children: A practical guide for parents and teachers*. New York: Paulist Press.

Peterson, D. A. (1983). *Facilitating education for older learners*. San Francisco: Jossey Bass.

Pfeffer, R. I., Kurosaki, T. T., Harrah, C. H., Jr., Chance, J. M., & Filos, S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, *37*(3), 323-329.

Schmall, V. L. (1995). Family caregiver education and training: Enhancing self-efficacy. *Journal of Case Management*, *4*(4), 156-162.

Social Security Administration, Office of Disability. (1998). *Disability evaluation under social security*. (SSA Publication No. 64-039). Baltimore, MD: Author.

Asistencia quirúrgica 2900

Definición: Asistencia al cirujano o dentista en los procedimientos operatorios y en los cuidados del paciente quirúrgico.

Actividades:

- Realizar el lavado antiséptico de las manos según el protocolo o normas del hospital.
- Ponerse la bata y guantes estériles con una técnica aséptica.
- Ayudar al equipo quirúrgico a ponerse la bata y los guantes.
- Adoptar una posición que permita mantener el campo quirúrgico a la vista durante toda la intervención.
- Prever y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.
- Asegurarse de que los instrumentos, suministros y equipo apropiados están estériles y en buen orden de trabajo.
- Pasar el bisturí o el rotulador dermográfico al cirujano, del modo adecuado.
- Proporcionar los instrumentos de un modo seguro y adecuado.
- Sujetar el tejido, según corresponda.
- Disecar el tejido, según corresponda.
- Irrigar y succionar la herida quirúrgica, según corresponda.
- Proteger el tejido, según corresponda.
- Realizar hemostasia, si se precisa.
- Mantener la esterilidad del campo quirúrgico durante todo el procedimiento, eliminando los elementos contaminados y tomando medidas para conservar la integridad quirúrgica y la antisepsia.
- Eliminar las gasas manchadas y depositarlas en el lugar adecuado, sustituyéndolas con otras limpias.
- Limpiar el sitio de la incisión y los drenajes de sangre, secreciones y antiséptico cutáneo residual.
- Ayudar a vendar la herida quirúrgica.
- Secar la piel en el lugar de la incisión y los drenajes.
- Aplicar vendas, apósitos o cinta adhesiva de refuerzo en la herida quirúrgica.
- Ayudar a estimar la pérdida de sangre.
- Conectar los drenajes a sus sistemas colectores, conectándolos y manteniéndolos en la posición adecuada.
- Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.
- Comunicar la información al equipo quirúrgico, según corresponda.
- Comunicar el estado y el progreso del paciente a la familia, cuando proceda.
- Disponer el equipo necesario inmediatamente después de la cirugía.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la silla de ruedas o cama y transportarlo a la zona de reanimación o postoperatoria.
- Comunicar a la enfermera de reanimación o posquirúrgica la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.
- Registrar la información, según normas del centro.

2.ª edición 1996; revisada en 2013

Bibliografía:

Association of periOperative Registered Nurses. (2010). *Perioperative standards and recommended practices*. Denver: Author.

Fuller, J. (2008). *Surgical technology: Principles and practice* (4th ed.). Madrid: Panamericana.

Phippen, M., Ulmer, B. C., & Wells, M. M. (2009). *Competency for safe patient care during operative and invasive procedures*. Denver, CO: Competency & Credentialing Institute.

Rothrock, J. C. (Ed.). (2011). *Alexander's care of the patient in surgery* (14th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.

Rothrock, J. C., & Siefert, P. C. (Eds.). (2009). *Assisting in surgery: Patient centered care*. Denver, CO: Competency & Credentialing Institute.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Aspiración de las vías aéreas 3160

Definición: Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de una sonda de aspiración en la vía aérea oral, nasofaríngea o traqueal del paciente.

Actividades:

- 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.
- Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración.
- Aspirar la nasofaringe con una jeringa de tipo pera o con un dispositivo de aspiración, según corresponda.
- Proporcionar sedación, según corresponda.
- Insertar una vía aérea nasal para facilitar la aspiración nasotraqueal, según corresponda.
- Enseñar al paciente a realizar varias respiraciones profundas antes de la succión nasotraqueal y utilizar oxígeno suplementario, 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 traqueostomía o vía aérea del paciente.
- Enseñar al paciente a respirar lenta y profundamente durante la inserción del catéter de aspiración por vía nasotraqueal.
- Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración, si se utiliza un sistema de aspiración traqueal cerrado o un adaptador de dispositivo de insuflar oxígeno.
- Utilizar la mínima cantidad de aspiración, cuando se utilice un aspirador de pared, para extraer las secreciones (80-120 mmHg para los adultos).
- Monitorizar la presencia de dolor.
- Monitorizar el estado de oxigenación del paciente (niveles de SaO_2 y SvO_2), estado neurológico (p. ej., nivel de conciencia, PIC, presión de perfusión cerebral [PPC]) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión.
- Basar la duración de cada pasada de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.
- Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.
- Limpiar la zona alrededor del estoma traqueal después de terminar la aspiración traqueal, según corresponda.
- Detener la aspiración traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimenta bradicardia, un aumento de las extrasístoles ventriculares y/o desaturación.
- Variar las técnicas de aspiración en función de la respuesta clínica del paciente.
- Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.
- Enviar las secreciones para su cultivo y antibiograma, según corresponda.
- Enseñar al paciente y/o a la familia a succionar la vía aérea, si resulta adecuado.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Chulay, M. (2005). Suctioning: Endotracheal or tracheostomy tube. In D. Wiegand, & K. Carlson (Eds.), *AACN procedure manual for critical care* (5th ed., pp. 63-70). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Evans-Smith, P. (2005). *Taylor's clinical nursing skills: A nursing process approach*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Sole, M. L., Byers, J. F., Ludy, J. E., Zhang, Y., Banta, C. M., & Brummel, K. (2003). A multisite survey of suctioning techniques and airway management practices. *American Journal of Critical Care, 12*(3), 220-230.

Stone, K., Preusser, B., Groch, K., Karl, J., & Gonyon, D. (1991). The effect of lung hyperinflation and endotracheal suctioning on cardiopulmonary hemodynamics. *Nursing Research, 40*(2), 76-80.

Thompson, L. (2000). *Suctioning of adults with an artificial airway: A systematic review*. Review No. 9. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute.

Aumentar los sistemas de apoyo 5440

Definición: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

Actividades:

- 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.
- Observar 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.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.* Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Dossey, B. M., & Keegan, L. (2009). *Holistic nursing: A handbook for practice* (5th ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Häggman-Laitila, A., Tanninen, H. M., & Pietilä, A. M. (2010). Effectiveness of resource-enhancing family-oriented intervention. *Journal of Clinical Nursing, 19*(17–18), 2500-2510.

Hudson, D. B., Campbell-Grossman, C., Keating-Lefler, R., & Cline, P. (2008). New mothers network: The development of an internet-based social support intervention for African American mothers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 31*(1), 23-35.

Stuart, G. W. (Ed.). (2009). *Prevention and mental health promotion. In Principles and practice of psychiatric nursing* (9th ed., pp. 172–183). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Autorización de seguros 7410

Definición: Ayudar al paciente y al profesional sanitario a garantizar el pago de los servicios y equipos sanitarios por parte de un tercero.

Actividades:

- Determinar si la compañía de seguros del paciente requiere autorización antes de usar un servicio o equipo en particular.
- Conocer los cambios en la autorización del seguro como resultado de algún cambio en las leyes o las condiciones.
- Explicar las razones de la obtención de una aprobación previa para los servicios y equipos sanitarios.
- Explicar el consentimiento para la divulgación de información.
- Obtener la firma del paciente o del adulto responsable acerca de la divulgación del formulario de información.
- Obtener información y la firma del paciente o del adulto responsable acerca del formulario de asignación de beneficios, si es necesario.
- Proporcionar información al tercero responsable del pago acerca de la necesidad del servicio o equipo sanitario.
- Obtener o redactar una prescripción para los equipos, según corresponda.
- Enviar la prescripción de los equipos a terceros responsables del pago.
- Ayudar a completar los formularios de reclamación, según sea necesario.
- Facilitar la comunicación con terceros responsables del pago, según sea necesario.
- Registrar la prueba de la aprobación previa (número de validación) en la historia del paciente, si es necesario.
- Informar al paciente o al adulto responsable del estado de la solicitud de aprobación previa.
- Proporcionar información de aprobación previa a otros departamentos, según sea necesario.
- Comentar las responsabilidades económicas del paciente (gastos de bolsillo), según corresponda.
- Notificar al profesional sanitario correspondiente si la aprobación ha sido rechazada por el tercero responsable del pago.
- Negociar modalidades asistenciales alternativas si la aprobación es rechazada (estatus de paciente ambulatorio o cambios en el nivel de agudización), según corresponda.
- Ayudar en la presentación de apelación si una reclamación es denegada, según corresponda.
- Ayudar al paciente a acceder a los servicios o equipos de salud necesarios.
- Documentar los cuidados aplicados, según solicitud.
- Colaborar con otros profesionales sanitarios acerca de la necesidad de continuidad de los servicios sanitarios, según corresponda.
- Documentar la vigencia de la necesidad de los servicios sanitarios, según solicitud.
- Proporcionar toda la información necesaria (nombre, número de la Seguridad Social, número de identificación de la aseguradora, centro de cuidados correspondiente) al tercero responsable del pago para la facturación, si es necesario.
- Apoyar la simplificación y estandarización del proceso de preautorización mediante la adopción y el uso de formularios impresos estandarizados o transacciones estándar electrónicas.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

American Medical Association. (2011). *Standardization of prior authorization process for medical services white paper.* Obtenido de http://www.ama-assn.org/resources/doc/psa/standardization-prior-auth-whitepaper.pdf.

Mathews, A. W. (2012). Remember managed care? It's quietly coming back. *Wall Street Journal (Online).* Obtenido de http://proxy.lib.uiowa.edu/login?url=https://search.proquest.com/docview/1033163968?accountid=14663.

Rosenbaum, S. (2011). The Patient Protection and Affordable Care Act: Implications for public health policy and practice. *Public Health Reports, 126*(1), 130-135.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Autotransfusión 2860

Definición: Recogida y reinfusión de sangre perdida durante una operación o después de ella por heridas limpias.

Actividades:

- Adherirse a la política de la institución en cuanto a la calificación, capacitación y procedimientos para realizar la recuperación sanguínea y autotransfusiones.
- Asegurar que el personal adecuado esté disponible antes de iniciar el procedimiento.
- Comprobar si las medidas de recuperación sanguínea son adecuadas (p. ej., las contraindicaciones incluyen sepsis, infección, un tumor en el sitio, sangre que contiene un irrigador no inyectable, agentes hemostáticos o colágeno microcristalino).
- Obtener el consentimiento informado del paciente.
- Instruir al paciente sobre el procedimiento.
- Utilizar el sistema de recuperación de sangre adecuado, según la política de la institución.
- Etiquetar el dispositivo de recogida con el nombre del paciente, el código de hospital, fecha y hora de comienzo de la recogida.
- Monitorizar al paciente y el sistema de sangre frecuentemente durante la recuperación.
- Mantener la integridad del sistema antes, durante y después de la recuperación de sangre.
- Examinar la sangre para determinar si la reinfusión es adecuada (es decir, las contraindicaciones incluyen contaminantes, agentes farmacológicos, malignidad, trastornos hematológicos).
- Mantener la integridad de la sangre entre su recuperación y la reinfusión.
- Preparar la sangre para la reinfusión.
- Registrar la hora de comienzo de la recogida, estado de la sangre, tipo y cantidad de anticoagulantes y volumen recuperado.
- Proceder a la reinfusión en las 6 horas siguientes a la recuperación de la sangre.
- Mantener precauciones universales.

2.ª edición 1996; revisada en 2008 y 2018

Bibliografía:

American Association of Blood Banks. (2014). *Standards for perioperative autologous blood collection and administration* (6th ed.). Bethesda, MD: Author.

Conner, R., Spruce, L., & Burlingame, B. (2013). *Perioperative standards and recommended practices*. Denver, CO: Association of periOperative Registered Nurses.

Esper, S. A., & Waters, J. H. (2011). Intraoperative cell salvage: A fresh look at the indications and contraindications. *Blood Transfusion, 9*(2), 139-147.

Rothrock, J. C. (Ed.). (2015). *Alexander's care of the patient in surgery* (15th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Waters, J., Dyga, R., & Yazer, M. (2010). *Guidelines for blood recovery and reinfusion in surgery and trauma*. Bethesda, MD: American Association of Blood Banks.

Ayuda a la ventilación 3390

Definición: Estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que maximice el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.

Actividades:

- 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 el paciente).
- Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: gasometría arterial, SaO_2, SvO_2, CO_2 teleespiratorio, Qsp/Qt, A-aDO_2.
- 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 ping-pong, plumas, etc.).
- Ayudar con el espirómetro de incentivo, según corresponda.
- Auscultar los ruidos respiratorios, observando las zonas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios.
- Observar si hay fatiga muscular respiratoria.
- Iniciar y mantener el oxígeno suplementario, según prescripción.
- Administrar medicación adecuada contra el dolor para evitar la hipoventilación.
- Deambular de tres a cuatro veces por día, según corresponda.
- Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.
- Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases.
- Enseñar técnicas de respiración con los labios fruncidos, según corresponda.
- Enseñar técnicas de respiración, según corresponda.
- Iniciar un programa de entrenamiento de fortalecimiento y/o resistencia de los músculos respiratorios, según corresponda.
- Iniciar los esfuerzos de reanimación, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Carrol, P. (1986). Caring for ventilator patients. *Nursing 86, 16*(2), 34-39.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Oxygenation: Respiratory function. In *Fundamentals of nursing. Human health, function* (4th ed., pp. 809-864). Philadelphia, PA: Lippincott Williams, Wilkins.

Glennon, S. (1993). Mechanical support of ventilation. In M. R. Kinney, D. R. Backa, & S. B. Dunbar (Eds.), *AACN's clinical reference for critical-care nursing* (pp. 828-840). St. Louis: Mosby.

Lane, G. H. (1990). Pulmonary therapeutic management. In L. A. Thelan, J. K. Davie, & L. D. Urden (Eds.), *Textbook of critical care nursing* (pp. 444-471). St. Louis: Mosby.

Nelson, D. M. (1992). Interventions related to respiratory care. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 301-323.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ayuda con el autocuidado 1800

Definición: Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.

Actividades:

- Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidado.
- Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.
- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.
- Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.
- Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.
- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.
- Usar la repetición constante de las rutinas sanitarias como medio de establecerlas.
- Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.
- Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.
- Enseñar a los padres/familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.
- Establecer una rutina de actividades de autocuidado.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Armer, J. M., Conn, V. S., Decker, S. A., & Tripp-Reimer, T. (2001). Self-care deficit. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions* (pp. 366-384). St. Louis, MO: Mosby.

Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (2001). *Evidence-based protocol: Bathing persons with dementia.* Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Ayuda con el autocuidado: AIVD 1805

Definición: Ayudar y enseñar a una persona a realizar la actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) necesarias para funcionar en el hogar o en la comunidad.

Actividades:

- Determinar las necesidades de ayuda del individuo con las actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej., realizar la compra, cocinar, tareas domésticas, lavar la ropa, utilizar transporte público, manejar dinero, manejar medicamentos, comunicarse y administrar el tiempo).
- Determinar las necesidades de cambios relacionados con la seguridad en el hogar (p. ej., ensanchar los marcos de las puertas para permitir el acceso de la silla de ruedas al cuarto de baño, sacar las alfombrillas).
- Determinar las necesidades de mejoras en el hogar para contrarrestar las discapacidades (p. ej., poner números grandes en el teléfono, subir el volumen del timbre del teléfono, colocar la lavadora y otros electrodomésticos en la planta principal, poner barandillas laterales en el vestíbulo, barras para asirse en los cuartos de baño).
- Proporcionar formas de contactar con personal que suministre ayuda y apoyo (p. ej., número de ayuda a ancianos, lista de números de teléfonos de la policía, bomberos, centro de toxicología y centros de ayuda).
- Enseñar al individuo métodos alternativos de transporte (p. ej., autobuses y sus horarios, taxis, transporte urbano o regional para discapacitados).
- Proporcionar técnicas que fomenten las capacidades cognitivas (p. ej., calendarios actuales, listas claramente legibles y comprensibles de las horas de medicación, relojes fácilmente visibles).
- Conseguir mejoras en el transporte que contrarresten las discapacidades (p. ej., controles manuales en los coches, espejo retrovisor más ancho), según corresponda.
- Conseguir herramientas de ayuda en las actividades cotidianas (p. ej., para coger objetos de los armarios de la cocina, armarios roperos, de la parte alta de las estanterías, de la nevera y para

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

hacer funcionar aparatos domésticos como hornos y el microondas).
- Determinar los recursos económicos y las preferencias personales respecto a las modificaciones en el hogar o en el coche.
- Enseñar al individuo a vestir ropa con mangas cortas o ajustadas al cocinar.
- Comprobar la idoneidad de la iluminación, especialmente en las zonas de trabajo (p. ej., cocina, cuarto de baño) y por la noche (p. ej., adecuación de la colocación de las luces nocturnas).
- Enseñar al individuo a no fumar en la cama o mientras está reclinado o después de tomar medicación que altere la concentración.
- Comprobar la presencia de equipo de seguridad en el hogar (p. ej., detectores de humo, detectores de monóxido de carbono, extintores de incendios, fijar el calentador de agua a 49 °C).
- Determinar si los ingresos mensuales del individuo son suficientes para cubrir los gastos habituales.
- Conseguir mecanismos o técnicas de seguridad visual (p. ej., pintar los bordes de los escalones de color amarillo brillante, arreglar el suelo para que sea seguro al andar, reducir el desorden en los lugares de paso, instalar superficies antideslizantes en las bañeras y duchas).
- Ayudar al individuo a establecer métodos y rutinas para cocinar, limpiar y comprar.
- Enseñar al individuo y al cuidador lo que deben hacer en caso de que se sufra una caída o cualquier otra lesión (p. ej., qué hacer, cómo acudir a los servicios de urgencias, cómo prevenir más lesiones).
- Determinar si la capacidad física o cognitiva es estable o disminuye y si responde a los cambios realizados.
- Consultar con el terapeuta ocupacional y/o fisioterapeuta cómo tratar la discapacidad física.
- Enseñar a los asistentes del hogar a realizar los preparativos de las tareas de manera que el individuo pueda completarlas (p. ej., cortar las verduras de manera que el individuo pueda cocinarlas, colocar la ropa en un sitio fácil de alcanzar, desempaquetar las provisiones en los armarios de la cocina para su almacenaje).
- Proporcionar un recipiente adecuado para los objetos cortantes usados, según corresponda.
- Enseñar al individuo cómo guardar de manera adecuada y segura los medicamentos.
- Enseñar al individuo el uso adecuado del equipo de control (p. ej., mecanismos de control de la glucosa, lancetas).
- Enseñar al individuo los métodos adecuados de colocar apósitos en las heridas y de desechar los apósitos sucios.
- Verificar que el individuo es capaz de abrir los envases de los medicamentos.
- Remitir a servicios familiares/comunitarios, si es necesario.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

Eliopoulos, C. (1999). *Manual of gerontologic nursing* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.

Lawton, H. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, *9*(3), 179-186.

Lueckenotte, A. (2000). *Gerontologic nursing* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis: Mosby pp. 1093–1113.

Ayuda con el autocuidado: alimentación 1803

Definición: Ayudar a una persona a comer.

Actividades:

- Controlar la capacidad de deglutir del paciente.
- Identificar la dieta prescrita.
- Disponer la bandeja y la mesa de forma atractiva.
- Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida (colocar cuñas, orinales y equipo de aspiración fuera de la vista).
- Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución.
- Proporcionar ayuda física, si es necesario.
- Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas, según corresponda.
- Proporcionar higiene bucal antes de las comidas.
- Fijar la comida en la bandeja, si es necesario, como al cortar la carne o pelar un huevo.
- Abrir los alimentos empaquetados.
- Evitar colocar la comida en el lado ciego de una persona.
- Describir la ubicación de la comida en la bandeja para las personas con impedimentos de la visión.
- Colocar al paciente en una posición cómoda.
- Proteger con un babero, según corresponda.
- Proporcionar una pajita de beber, si es necesario o se desea.
- Suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa.
- Proporcionar los alimentos y bebidas preferidos, según corresponda.
- Controlar el peso del paciente, según corresponda.
- Controlar el estado de hidratación del paciente, según corresponda.
- Animar al paciente a que coma en el comedor, si estuviera disponible.
- Proporcionar interacción social, según corresponda.
- Proporcionar dispositivos adaptados para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo (mangos largas, mangos con una circunferencia grande o pequeñas correas en los utensilios), si es necesario.
- Utilizar tazas con asa grande, si fuera necesario.
- Utilizar platos y vasos irrompibles y pesados, según se precise.
- Proporcionar señales frecuentes y una estrecha supervisión, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Evans, N. J. (1992). Feeding. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (2nd ed., pp. 48-60). Philadelphia: W. B. Saunders.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2004). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Ayuda con el autocuidado: baño/higiene 1801

Definición: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

Actividades:

- Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
- Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a la cabecera del paciente o en el baño.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, champú, loción y productos de aromaterapia).
- Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.
- Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso.
- Facilitar que el paciente se bañe él mismo, según corresponda.
- Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidado del paciente.
- Controlar la integridad cutánea del paciente.
- Mantener rituales higiénicos.
- Facilitar el mantenimiento de las rutinas del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de inicio de sueño y objetos familiares (para los niños su manta o juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro o disponer de una almohada de su casa), según corresponda.
- Fomentar la participación de los padres/familia en los rituales habituales a la hora de irse a la cama, si es el caso.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2000). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins pp. 696–701.

Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (2001). *Evidence-based protocol: Bathing persons with dementia.* Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Tracy, C. A. (1992). Hygiene assistance. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (2nd ed., pp. 24-33). Philadelphia: W.B. Saunders.

Ayuda con el autocuidado: micción/defecación 1804

Definición: Ayudar a otra persona en las eliminaciones.

Actividades:

- Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
- Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
- Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.
- Ayudar al paciente en el inodoro/inodoro portátil/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados.
- Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad.
- Disponer intimidad durante la eliminación.
- Facilitar la higiene tras miccionar/defecar después de terminar con la eliminación.
- Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación.
- Tirar de la cadena/limpiar el utensilio de la eliminación (inodoro portátil, cuña).
- Instaurar un programa de eliminación, según corresponda.
- Enseñar al paciente/allegados la rutina de eliminación.
- Instaurar idas al baño, según corresponda y sea necesario.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (catéter externo u orinal), según corresponda.
- Controlar la integridad cutánea del paciente.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2004). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Ayuda con el autocuidado: transferencia 1806

Definición: Ayudar a una persona con limitación del movimiento independiente para aprender a cambiar la ubicación del cuerpo.

Actividades:

- Revisar en la historia las órdenes de actividad.
- 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.
- Proporcionar mecanismos de ayuda (p. ej., barras en las paredes, cuerdas atadas en la cabecera 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, según corresponda.
- 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.
- Ayudar al paciente a recibir todos los cuidados necesarios (p. ej., higiene personal, reunir las pertenencias) antes de realizar la transferencia, según corresponda.
- Proporcionar intimidad, evitar corrientes de aire y preservar el pudor del paciente.
- Utilizar la mecánica corporal adecuada durante los movimientos.
- Mantener la alineación corporal del paciente correcta durante los movimientos.
- Levantar y mover al paciente con una grúa hidráulica, si es necesario.
- Trasladar al paciente utilizando una tabla de transferencia, si es necesario.
- Utilizar un cinturón para ayudar al paciente que puede ponerse de pie con ayuda, según corresponda.
- Ayudar al paciente a caminar utilizando el cuerpo del profesional como muleta humana, según corresponda.
- Mantener los dispositivos de tracción durante el traslado, según corresponda.
- Al final de la transferencia, evaluar en el paciente la alineación adecuada del cuerpo, que las sondas no estén ocluidas, la ropa de cama sin arrugas, la piel expuesta innecesariamente, el nivel adecuado de comodidad del paciente, la barandillas laterales de la cama levantadas y el timbre de llamada al alcance.
- Animar al paciente para que aprenda a trasladarse de forma autónoma.
- Documentar el progreso, según corresponda.

4.ª edición 2004; revisada en 2008

Bibliografía:

Lewis, S. M., Hetkemper, M. M., & Dirksen, S. R. (2003). *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems*. St. Louis: Mosby.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2004). *Fundamentals of nursing* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal 1802

Definición: Ayudar a un paciente con la ropa y el aspecto.

Actividades:

- Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar.
- Disponer las prendas del paciente en una zona accesible (al pie de la cama).
- Proporcionar ropa personal, si resulta oportuno.
- Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario.
- Facilitar que el paciente se peine, si es el caso.
- Facilitar que el paciente se afeite él mismo, según corresponda.
- Mantener la intimidad cuando el paciente se viste.
- Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario.
- Utilizar equipo de extensión para ponerse la ropa, si corresponde.
- Ofrecerse a lavar la ropa, si es necesario.
- Colocar la ropa sucia en la colada.
- Ofrecerse a colgar la ropa o a colocarla en el armario.
- Ofrecerse a aclarar prendas especiales, como medias de nailon.
- Proporcionar esmalte de uñas, si se solicita.
- Proporcionar maquillaje, si se solicita.
- Reforzar los esfuerzos por vestirse solo.
- Facilitar la ayuda de un barbero o esteticista, si es necesario.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2004). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Ayuda en la exploración 7680

Definición: Proporcionar ayuda al paciente y al cuidador durante un procedimiento o exploración.

Actividades:

- Asegurarse de que se ha obtenido el consentimiento, según corresponda.
- Explicar el motivo del procedimiento.
- Proporcionar información sobre la preparación sensorial, según corresponda.
- Utilizar un lenguaje adecuado para el nivel de desarrollo al explicar los procedimientos a los niños.
- Asegurar la disponibilidad de equipos y medicamentos de urgencia antes del procedimiento.
- Reunir el equipo correspondiente.
- Mantener fuera de la vista el equipo que infunda temor inquietante, si es posible.
- Crear un ambiente de intimidad.
- Dejar permanecer junto al paciente al progenitor/allegado, según corresponda.
- Alertar al médico sobre cualquier hallazgo anormal (p. ej., valores de laboratorio, resultados de radiología, preocupaciones del paciente y de la familia) del paciente, según corresponda.
- Colocar en la posición adecuada y tapar al paciente, si es el caso.
- Sujetar al paciente, si es necesario.
- Explicar la razón de la sujeción, cuando corresponda.
- Preparar el sitio del procedimiento, si es preciso.
- Mantener las precauciones universales.
- Utilizar una técnica aséptica estricta, según corresponda.
- Explicar al paciente cada paso del procedimiento.
- Vigilar el estado del paciente durante el procedimiento.
- Proporcionar apoyo emocional al paciente, si está indicado.
- Establecer medios de distracción durante el procedimiento, si es posible.
- Ayudar al paciente a mantener la posición durante el procedimiento.
- Reforzar la conducta esperada durante la exploración de un niño.
- Facilitar la utilización del equipo, según corresponda.
- Tomar nota de la cantidad y aspecto de los líquidos extraídos, si es el caso.
- Recoger, etiquetar y preparar las muestras para el transporte, según corresponda.
- Proporcionar cuidados del sitio de extracción y aplicar un apósito, según corresponda.
- Asegurarse de que las exploraciones (exámenes radiográficos) se realizan.
- Instruir al paciente sobre los cuidados posteriores al procedimiento.
- Vigilar al paciente después del procedimiento, si se requiere.
- Asegurarse de que la sala de examen se limpie y desinfecte, según sea necesario.

2.ª edición 1996: revisada en 2018

Bibliografía:

Comrie, R. (2013). Health assessment and physical examination. In P. Potter, A. Perry, P. Stockert, & A. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (8th ed., pp. 487-564). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Jarvis, C. (2012). *Student laboratory manual for physical examination and health assessment* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Seidel, H., Ball, J., Dains, J., Flynn, J., Solomon, B., & Stewart, R. (2011). *Mosby's guide to physical examination* (7th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Ayuda en la modificación de sí mismo 4470

Definición: Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes.

Actividades:

- 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.
- 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 durante al menos 3 días, hasta 2 o 3 semanas.
- 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 desarrollar una lista de recompensas de valor extrínseco e intrínseco.
- Animar al paciente a comenzar con recompensas extrínsecas y progresar hacia las recompensas intrínsecas.
- 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- Ayudar al paciente a formular un plan sistemático del cambio de conducta.
- Animar al paciente a identificar las etapas de tamaño manejable y que se puedan conseguir en un tiempo preestablecido.
- 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.
- Instruir al paciente en la manera de pasar de un refuerzo continuo a un refuerzo intermitente.
- Ayudar al paciente a evaluar el progreso mediante la comparación de registros de la conducta previa con la conducta actual.
- Animar al paciente a desarrollar una medición visual de los cambios de conducta (un gráfico).
- Favorecer la flexibilidad durante el plan de puesta a punto, promoviendo un dominio completo de un paso antes de avanzar al siguiente.
- Animar al paciente a ajustar el plan de puesta a punto para fomentar el cambio de conducta (p. ej., tamaño de los pasos o recompensa), si fuera necesario.
- 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.
- Explicar al paciente la función de las señales/desencadenantes en la aparición de la conducta.
- Ayudar al paciente a valorar los ambientes físico, social e interpersonal para la existencia de las señales/desencadenantes.
- Animar al paciente a desarrollar una «hoja de análisis de señales» que ilustre los lazos que existen entre las señales y las conductas.
- Instruir al paciente en el uso de la «expansión de señales», aumentando el número de señales que inducen una conducta deseada.
- Instruir al paciente en el uso de la «restricción o limitación de señales»: disminuyendo la frecuencia de las señales que inducen una conducta indeseada.
- Ayudar al paciente a identificar los métodos de control de las señales conductuales.
- Ayudar al paciente a identificar las conductas existentes que son habituales o automáticas (cepillarse los dientes y atarse los zapatos).
- Ayudar al paciente a identificar estímulos existentes emparejados y la conducta habitual (comer una comida y lavarse los dientes después).
- 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.
- Explorar con el paciente la posibilidad de utilizar un dispositivo tecnológico para organizar las hojas de codificación, cambiar los datos, analizar y realizar una representación visual de los cambios (p. ej., ordenador, teléfono inteligente).
- Explorar con el paciente el uso potencial de las imágenes guiadas, la meditación y la relajación progresiva para intentar cambiar la conducta.
- Explorar con el paciente la posibilidad de utilizar juegos de rol para clarificar las conductas.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Antony, M. M. (2005). Cognitive behavior therapy. In M. Hersen (Ed.), *Encyclopedia of behavior modification and cognitive behavior therapy* (pp. 186-195). Thousand Oaks, CA: Sage.

Franklin, P. D., Farzanfar, R., & Thompson, D. D. (2009). E-health strategies to support adherence. In S. A. Shumaker, J. K. Ockene, & K. A. Riekert (Eds.), *Handbook of health behavior change* (3rd ed., pp. 169-190). New York: Springer.

Karoly, P. (2005). Self-control. In M. Hersen, & J. Rosqvist (Eds.), *Encyclopedia of behavior modification and cognitive behavior therapy* (pp. 504-508). Thousand Oaks, CA: Sage.

Karoly, P. (2005). Self-monitoring. In M. Hersen, & J. Rosqvist (Eds.), *Encyclopedia of behavior modification and cognitive behavior therapy* (pp. 521-525). Thousand Oaks, CA: Sage.

Prochaska, J. O., Johnson, S., & Lee., P. (2008). The transtheoretical model of behavior change. In S. A. Shumaker, J. K. Ockene, & K. A. Riekert (Eds.), *Handbook of health behavior change* (3rd ed., pp. 59-84). New York: Springer.

Stuart, G. W. (Ed.). (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing* (9th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Watson, D. L., & Tharp, R. G. (2007). *Self-directing behavior: Self-modification for personal adjustment* (9th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Ayuda para dejar de fumar 4490

Definición: Ayudar a un paciente para que deje de fumar.

Actividades:

- Registrar el estado actual y los antecedentes del tabaquismo.
- Determinar la facilidad del paciente para aprender cómo dejar de fumar.
- Controlar la disposición del paciente para intentar abandonar el tabaco.
- Aconsejar al fumador de forma clara y constante que deje de fumar.
- Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras que lo impiden.
- Enseñar al paciente los síntomas físicos de la abstinencia de la nicotina (p. ej., cefalea, mareos, náuseas, irritabilidad e insomnio).
- Asegurar al paciente que los síntomas físicos de la abstinencia de la nicotina son temporales.
- Informar al paciente sobre productos sustitutivos de la nicotina (p. ej., parches, chicles, aerosoles nasales, inhaladores) para ayudar a reducir los síntomas físicos de la abstinencia.
- Ayudar al paciente a identificar aspectos psicosociales (p. ej., sentimientos positivos y negativos asociados con el hábito de fumar) que influyen en la conducta de fumar.
- Ayudar al paciente a desarrollar un plan para dejar de fumar que se dirija a los aspectos psicosociales que influyen en la conducta de fumar.
- Ayudar al paciente a reconocer situaciones que le incitan a fumar (p. ej., estar con personas que fuman, frecuentar lugares donde se permite fumar).
- Ayudar al paciente a desarrollar métodos prácticos para resistir las ansias de fumar (p. ej., pasar tiempo con amigos no fumadores, frecuentar lugares donde no se permita fumar, ejercicios de relajación).
- Ayudar a elegir el mejor método para dejar de fumar, cuando el paciente esté decidido a dejarlo.
- Ayudar a los fumadores motivados a fijar una fecha para dejar de fumar.

- Animar al paciente a mantener un estilo de vida sin tabaco (p. ej., hacer del día de abandono del tabaco un día de celebración; fomentar autorrecompensas a intervalos específicos tras abandonar el hábito, como 1 semana, 1 mes, 6 meses; fomentar el ahorro de dinero que antes se gastaba en tabaco para comprar una recompensa especial).
- Animar al paciente a unirse a un grupo de apoyo para dejar de fumar que se reúne semanalmente.
- Remitir a programas de grupo o a terapeutas individuales, según resulte oportuno.
- Apoyar al paciente con métodos de autoayuda.
- Ayudar al paciente a planificar estrategias de afrontamiento específicas y a resolver problemas resultantes de dejar de fumar.
- Aconsejar que se evite seguir una dieta mientras se intenta dejar de fumar dado que ello puede hacer que fracase la posibilidad de dejar de fumar.
- Aconsejar la preparación de un plan para enfrentarse a los que fuman y para evitar estar a su alrededor.
- Informar al paciente de que la sequedad bucal, la tos, la irritación faríngea y el nerviosismo son síntomas que pueden producirse después de dejar de fumar; los parches o los chicles pueden ayudar frente a las ansias de fumar.
- Aconsejar al paciente que tenga una lista de «deslices», de lo que los causa y de lo que el paciente ha aprendido de ellos.
- Aconsejar al paciente que evite el uso de tabaco sin humo, tabaco de chupar y chicles porque pueden conducir a la adicción y/o problemas de salud, como cáncer bucal, problemas de encías, pérdida de dientes y cardiopatías.
- Controlar la terapia sustitutiva con nicotina.
- Ponerse en contacto con organizaciones de recursos nacionales y locales para obtener materiales de recursos.
- Realizar el seguimiento del paciente durante 2 años después de dejar de fumar para dar ánimos, si fuera posible.
- Organizar un contacto telefónico frecuente con el paciente (p. ej., para reconocer que la abstinencia es difícil, para reforzar la importancia de permanecer abstinente, para felicitar por los progresos).
- Ayudar al paciente a enfrentarse con cualquier recaída (p. ej., asegurar al paciente que no es un «fracasado», asegurar que puede aprenderse mucho de esta regresión temporal, ayudar al paciente a identificar las razones de la recaída).
- Apoyar al paciente que vuelve a fumar ayudándole a valorar lo que ha aprendido.
- Animar al paciente que ha recaído a dejar de fumar otra vez.
- Favorecer las políticas que establecen y refuerzan un entorno sin humo.
- Servir como modelo de no fumador.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

Lenaghan, N. A. (2000). The nurse's role in smoking cessation. *MEDSURG Nursing, 9*(6), 298-301 312.

O'Connell, K. A. (1990). Smoking cessation: Research on relapse crises. In J. J. Fitzpatrick, R. L. Taunton, & J. Z. Benoliel (Eds.), *Annual review of nursing research* (pp. 83-100). (Vol. 8). New York, NY: Springer.

O'Connell, K. A., & Koerin, C. A. (1999). Smoking cessation assistance. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* ((3rd ed., pp. 438-450). Philadelphia: W. B. Saunders.

U.S. Department of Health and Human Services. (1996). *Smoking cessation* (AHCPR Publication No. 96-0692). Rockville, MD: Agency for Health Care Policy & Research.

Wewers, M. E., & Ahijeoych, K. L. (1996). Smoking cessation interventions in chronic illness. In J. J. Fitzpatrick, & J. Norbeck (Eds.), *Annual review of nursing research* (pp. 75-93). (Vol. 14). New York: Springer.

Ayuda para disminuir el peso

1280

Definición: Facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal.

Actividades:

- 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.
- Utilizar los términos «peso» o «exceso» en lugar de «obesidad», «gordura» y «exceso de grasa».
- Establecer una meta de pérdida de peso semanal.
- Colocar la meta semanal escrita en un sitio estratégico.
- Pesar al paciente semanalmente.
- Representar en una gráfica el progreso para llegar a la meta final y colocarla en un sitio estratégico.
- Comentar los inconvenientes para ayudar al paciente a superar las dificultades y tener más éxito.
- Recompensar al paciente cuando consiga los objetivos.
- Fomentar el uso de sistemas de recompensa internos cuando se alcanzan las metas.
- Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento del gasto de energía.
- 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.
- Ayudar al paciente a identificar la motivación para comer y las señales externas e internas asociadas con el comer.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables.
- Colocar indicaciones escritas y de ánimo para conseguir conductas que favorezcan la salud, en vez de comer.
- Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad.
- Facilitar al paciente la participación en al menos una actividad de gasto energético tres veces a la semana.
- Proporcionar información acerca de la cantidad de energía gastada con actividades físicas específicas.
- 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 (p. ej., sibutramina, orlistat), según prescripción.
- Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta bien equilibrada, con pocas calorías y grasas, según corresponda.
- Animar al paciente a comer frutas, verduras, cereales integrales, leche y productos lácteos desnatados o semidesnatados, carnes magras, pescado, legumbres, huevos y carne.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- Fomentar el uso de sustitutos del azúcar, según corresponda.
- Recomendar la adopción de dietas que conduzcan a la consecución de objetivos de largo alcance en la pérdida de peso.
- Fomentar la asistencia a grupos de apoyo de pérdida de peso.
- Remitir a algún programa comunitario de control de peso, según corresponda.
- Remitir a algún programa en internet de pérdida de peso, si procede.
- Enseñar a leer las etiquetas al comprar alimentos, para controlar la cantidad de grasa y calorías que contienen.
- Enseñar a calcular el porcentaje de grasa de los productos alimenticios.
- Enseñar a seleccionar los alimentos, en restaurantes y reuniones sociales, que sean coherentes con la ingesta nutritiva y calórica planificada.
- Comentar con el paciente y la familia la influencia del consumo de alcohol sobre la ingestión de alimentos.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Kanekar, A., & Sharma, M. (2010). Pharmacological approaches for management of child and adolescent obesity. *Journal of Clinical Medicine Research, 2*(3), 105-111.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2005). *Talking with patients about weight loss: Tips for primary care professionals.* (Publication No. 05-5634) Bethesda, MD: Author.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2009). *Weight loss for life.* (Publication No. 04-3700). Bethesda, MD: Author.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2010). *Active at any size.* (NIH Publication No. 10-4352). Bethesda, MD: Author.

Shay, L. (2008). Self-monitoring and weight management. *Online Journal of Nursing Informatics, 12*(1), http://ojni.org/12_1/shay.html.

Whitlock, E. P., O'Connor, E. A., Williams, S. B., Beil, T. L., & Lutz, K. W. (2008). *Effectiveness of weight management programs in children and adolescents.* Evidence Report/Technology Assessment No. 170 (Publication No. 08-E014). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Ayuda para el control del enfado 4640

Definición: Facilitación de la expresión del enfado de manera adaptativa y no violenta.

Actividades:

- 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.
- Administrar medicamentos a demanda, según corresponda.
- Establecer controles externos (sujeción física o manual, descansos y reclusión) para calmar al paciente que manifiesta enfado de una manera que no se adapte a las circunstancias, si es necesario y como último recurso.
- Proporcionar una retroalimentación sobre el comportamiento para ayudar al paciente a identificar el enfado.
- Ayudar al paciente a identificar la causa del enfado.
- Identificar la función que el enfado, la frustración y la ira cumplen para el paciente.
- Identificar las consecuencias de la expresión inadecuada del enfado.
- Ayudar al paciente en la planificación de estrategias que eviten la manifestación inadecuada del enfado.
- Identificar con el paciente los beneficios de la manifestación de enfado de una forma no violenta, que se adapte a las circunstancias.
- Establecer la expectativa de que el paciente puede controlar su comportamiento.
- Instruir al paciente sobre las medidas que proporcionen calma (descansos y respiraciones profundas).
- Ayudar a desarrollar métodos adecuados de expresión del enfado hacia los demás (afirmación y declaración de los sentimientos).
- Proporcionar modelos que expresen el enfado de una forma adecuada.
- Apoyar al paciente en la puesta en práctica de estrategias de control del enfado y en la manifestación adecuada de este.
- Brindar refuerzo para una expresión adecuada del enfado.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Bushman, B. J. (2002). Does venting anger feed or extinguish the flame? Catharsis, rumination, distraction, and aggressive responding. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*(6), 724-731.

Carpenito, L. J. (2004). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice* (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Harris, D., & Morrison, E. F. (1995). Managing violence without coercion. *Archives of Psychiatric Nursing, 9*(4), 203-210.

Kanak, M. F. (1992). Interventions related to safety. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 371-395.

Morrison, E. F. (1993). Toward a better understanding of violence in psychiatric settings: Debunking the Myths. *Archives of Psychiatric Nursing, 7*(6), 328-335.

Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2005). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Stuart, G., & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Ayuda para ganar peso 1240

Definición: Facilitar el aumento de peso corporal.

Actividades:

- Ayudar en la realización del diagnóstico para determinar la causa de la falta de peso, según corresponda.
- Pesar al paciente a los intervalos determinados, según corresponda.
- Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.
- 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.
- Controlar el consumo diario de calorías.
- Controlar los niveles séricos de albúmina, linfocitos y electrólitos.
- 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 del paciente, teniendo en cuenta su gusto personal, cultura y religión.
- Proporcionar cuidados bucales antes de las comidas, si es necesario.
- Disponer períodos de descanso, si es necesario.
- Asegurarse de que el paciente esté sentado antes de comer o alimentarse.
- Ayudar con la comida o alimentar al paciente, según corresponda.
- Proporcionar alimentos adecuados al paciente: dieta general, de masticación fácil, fórmulas mezcladas o comerciales por medio de sonda nasogástrica o de gastrostomía, o nutrición parenteral total, según indicaciones médicas.
- Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida.
- Servir las comidas de forma agradable y atractiva.
- Analizar con el paciente y la familia los factores socioeconómicos que contribuyen a una nutrición inadecuada.
- Analizar con el paciente y la familia la percepción de los factores que interfieren con la capacidad o el deseo de comer.
- Remitir a instituciones comunitarias que puedan ayudar en la obtención de comida, según corresponda.
- Enseñar al paciente y a la familia a planificar las comidas, según corresponda.
- Reconocer que la pérdida de peso puede formar parte del progreso natural de una enfermedad terminal (p. ej., cáncer).
- Enseñar al paciente y a los miembros de la familia los resultados esperados respecto a la enfermedad y a la posibilidad de ganar peso.
- Determinar las preferencias del paciente respecto a las comidas, condimentos y temperatura preferidos.
- Proporcionar suplementos dietéticos, según corresponda.
- Crear un entorno social para el consumo de comida, según corresponda.
- Enseñar al paciente y a la familia a comprar alimentos de bajo coste y nutritivos, según corresponda.
- Recompensar al paciente por la ganancia de peso.
- Registrar el progreso de la ganancia de peso en una gráfica y colocarla en un sitio estratégico.
- Fomentar la asistencia a grupos de apoyo, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Cluskey, M., & Dunton, N. (1999). Serving meals of reduced portion size did not improve appetite among elderly in a personal-care section of a long-term-care community. *Journal of the American Dietetic Association, 99*(6), 733-735.

Ferguson, M., Cook, A., Bender, S., Rimmasch, H., & Voss, A. (2001). Diagnosing and treating involuntary weight loss. *MEDSURG Nursing, 10*(4), 165-175.

Seligman, P. A., Fink, R., & Massey-Seligman, E. J. (1998). Approach to the seriously ill or terminal cancer patient who has a poor appetite. *Seminars in Oncology, 25*(2 Suppl. 6), 33-34.

Thelan, L. A., Urden, L. D., Lough, M. E., & Stacy, K. (1998). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Wakefield, B. (2001). Altered nutrition: Less than body requirements. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions* (pp. 145-157). St. Louis, MO: Mosby.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

B

Baño 1610

Definición: Limpieza corporal con fines de relajación, limpieza y curación.

Actividades:

- Ayudar con la ducha en silla, bañera, baño con paciente encamado, ducha de pie o baño de asiento, según corresponda o se desee.
- Lavar el cabello, si es necesario y se desea.
- Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.
- Utilizar técnicas de baño divertidas con los niños (lavar muñecas o juguetes; simular que un barco es un submarino; agujerear la parte inferior de una taza de plástico, llenarla de agua y «regar» al niño).
- Ayudar con el cuidado perineal, si es necesario.
- Ayudar con las medidas de higiene (utilizar perfume o desodorante).
- Realizar el lavado de los pies, si es necesario.
- Afeitar al paciente, si está indicado.
- Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca.
- Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas.
- Aplicar polvos secantes en los pliegues profundos de la piel.
- Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.
- Controlar la capacidad funcional durante el baño.

1.ª edición 1992, revisada en 2000

Bibliografía:

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Sloane, P., Rader, J., Barrick, A., Hoeffer, B., Dwyer, D., McKenzie, D., …, Pruitt, T. (1995). Bathing persons with dementia. *The Gerontologist, 35*(5), 672-678.

Wong, D. L. (1995). *Whaley & Wong's nursing care of infants and children* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book.

Biblioterapia 4680

Definición: Utilización terapéutica de la literatura para potenciar la expresión de sentimientos y resolución activa de problemas, afrontamiento o introspección.

Actividades:

- Identificar las necesidades emocionales, cognitivas, de desarrollo y situacionales del paciente.
- Determinar la capacidad del paciente para leer de forma independiente.
- Establecer los objetivos de la terapia (p. ej., cambio emocional; desarrollo de personalidad; aprender nuevos valores y actitudes).
- Consultar con un bibliotecario experto en la búsqueda de libros.
- Consultar fuentes para recomendar literatura para la terapia.
- Realizar las selecciones adecuadas al nivel de lectura.
- Seleccionar historias, poemas, ensayos, artículos, libros de autoayuda o novelas que reflejen la situación o sentimientos que está experimentando el paciente.
- Leer en voz alta, si es necesario o factible.
- Utilizar fotos e ilustraciones.
- Fomentar la lectura y relectura.
- Ayudar al paciente a identificarse con los personajes y el contenido emocional de la lectura.
- Examinar y hablar sobre los sentimientos expresados por los personajes.
- Facilitar el diálogo para ayudar al paciente a comparar y contrastar la imagen, personaje, situación o concepto del libro con su situación.
- Ayudar al paciente a reconocer cómo la situación en la literatura puede ayudarle a lograr los cambios deseados.
- Seguir las sesiones de lectura con sesiones de juegos o trabajos de modelación de roles, ya sea de forma individual o en grupos de terapia.
- Evaluar la consecución de objetivos.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Abdullah, M. H. (2002). *Bibliotherapy*. Bloomington, IN: ERIC Digest: Education Resources Information Center Clearing House on Reading English and Communication.

Cohen, L. J. (1992). Bibliotherapy: The therapeutic use of books for women. *Journal of Nurse-Midwifery, 37*(2), 91-95.

Cohen, L. J. (1993). Discover the healing power of books. *American Journal of Nursing, 93*(10), 70-74.

Hynes, A. M., & Hynes-Berry, M. (1986). *Bibliotherapy the interactive process: A handbook*. Boulder, CO: Westview Press.

Marrs, R. W. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology, 23*(6), 843-870.

McArdle, S., & Byrt, R. (2001). Fiction, poetry and mental health: Expressive and therapeutic uses of literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*(6), 517-524.

Silverberg, L. I. (2003). Bibliotherapy: The therapeutic use of didactic and literary texts in treatment, diagnosis, prevention, and training. *Journal of the American Osteopathic Association, 103*(3), 131-135.

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

Biorretroalimentación

5860

Definición: Ayudar al paciente a asumir el control voluntario de las respuestas fisiológicas utilizando la retroalimentación de un equipo electrónico que monitoriza procesos fisiológicos.

Actividades:

- Entrevistar al paciente para obtener su historia clínica.
- Analizar la naturaleza del trastorno de salud específico que ha de tratarse.
- Determinar las capacidades y deseos de utilizar el tratamiento bioconductual.
- Comentar la justificación para utilizar la biorretroalimentación y el tipo de retroalimentación.
- Determinar la aceptación de este tipo de tratamiento por parte del paciente.
- Decidir sobre el dispositivo de monitorización específico que se va a utilizar (p. ej., retroalimentación térmica; respuesta electrodérmica o respuesta cutánea galvánica; retroalimentación por electromiografía; retroalimentación del pulso digital; biorretroalimentación de la respiración; biorretroalimentación por electroencefalograma).
- Elaborar un plan de tratamiento para el problema.
- Explicar el procedimiento referente al equipo de monitorización específico utilizado.
- Disponer la habitación de terapia de forma que el paciente no pueda tocar ningún objeto conductor.
- Conectar al paciente a los dispositivos de instrumentación, si es necesario.
- Accionar el dispositivo de biorretroalimentación según las instrucciones.
- Establecer un nivel basal adecuado con el que comparar el efecto del tratamiento.
- Ayudar al paciente a que aprenda a modificar las respuestas corporales según las indicaciones del equipo.
- Enseñar al paciente a comprobar la instrumentación antes de utilizarla para garantizar un funcionamiento correcto.
- Dar respuesta a los miedos e inquietudes relacionados con los instrumentos.
- Comentar la cronología, frecuencia, duración y configuración de las sesiones con el paciente/familia.
- Identificar los criterios adecuados para el refuerzo de las respuestas del paciente.
- Proporcionar retroalimentación sobre el progreso después de cada sesión.
- Establecer las condiciones con el paciente para evaluar el resultado terapéutico.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Andrasik, F., & Lords, A. O. (2004). Biofeedback. In L. Freeman (Ed.), *Mosby's complementary & alternative medicine: A research-based approach* (2nd ed, pp. 207-235). St. Louis, MO: Mosby.

Anselmo, J. (2005). Relaxation: The first step to restore, renew, and self-heal. In B. M. Dossey, L. Keegan, & C. E. Guzzetta (Eds.), *Holistic nursing: A handbook for practice* (4th ed, pp. 523-566). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Bray, D. (2001). Biofeedback. In D. Rankin-Box (Ed.), *The nurse's handbook of complementary therapies* (pp. 145-152). London: Bailliere Tindall.

Fontaine, K. L. (2005). *Complementary & alternative therapies for nursing practice* (2nd ed). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Good, M. (2006). Biofeedback. In M. Snyder, & R. Lindquist (Eds.), *Complementary/alternative therapies in nursing* (5th ed, pp. 117-128). New York, NY: Springer.

Micozzi, M. S. (2006). *Fundamentals of complementary and integrative medicine* (3rd ed). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito

C

Cambio de posición 0840

Definición: Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico.

Actividades:

- Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.
- Proporcionar un colchón firme.
- Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, según corresponda.
- Animar al paciente a participar en los cambios de posición, según corresponda.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
- Premedicar al paciente antes de cambiarlo de posición, según corresponda.
- Colocar en la posición terapéutica especificada.
- 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, si está indicado.
- Colocar en una posición que alivie la disnea (posición de semi-Fowler), cuando 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 («el pulmón bueno abajo»), si resulta apropiado.
- Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos de rango de movimiento, si resulta apropiado.
- Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.
- Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.
- Evitar la colocación del muñón de amputación en posición flexionada.
- Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente.
- Colocar en la cama una tabla para los pies.
- Girar al paciente en bloque.
- 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.
- Colocar un respaldo, si procede.
- Elevar el miembro afectado 20° o más, por encima del nivel del corazón, para mejorar el retorno venoso, según corresponda.
- Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.
- Observar que la configuración de los dispositivos de tracción sea la correcta.
- Mantener la posición y la integridad de la tracción.
- Elevar el cabecero de la cama, si resulta indicado.
- Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.
- Desarrollar un protocolo para el cambio de posición, según corresponda.
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según el programa específico, según corresponda.
- Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros (rodillo de mano y rodillo para el trocánter).
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance.
- Colocar el mando de la cama al alcance de la mano.
- Colocar la luz de llamada al alcance.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Activity and exercise. In *Fundamentals of nursing. Concepts, process, practice* (7th ed., pp. 1058-1112). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Metzler, D., & Finesilver, C. (1999). Positioning. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 113-129). Philadelphia: W.B. Saunders.

Titler, M., Pettit, D., Bulechek, G., McCloskey, J., Craft, M., Cohen, M., ..., Tripp-Reimer, T. (1991). Classification of nursing interventions for care of the integument. *Nursing Diagnosis, 2*(2), 45-56.

Cambio de posición: intraoperatorio 0842

Definición: Colocación del paciente o de una parte corporal para favorecer la exposición quirúrgica a la vez que se reduce el riesgo de molestias y complicaciones.

Actividades:

- 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).
- Identificar situaciones quirúrgicas de alto riesgo (p. ej., procedimientos de más de 2 horas, pacientes con obesidad mórbida, cirugías vasculares, presión excesiva continua en ciertas áreas del cuerpo, ambiente fresco con exposición de grandes superficies corporales).
- 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.
- Documentar los factores de riesgo específicos que pueden predisponer al paciente a lesiones relacionadas con la posición.
- Revisar la mesa quirúrgica antes de la transferencia del paciente para asegurarse de que funciona, está bloqueada y preparada adecuadamente con los accesorios acolchados correctos.
- Asegurarse de que todo el equipo necesario esté limpio y en buenas condiciones de funcionamiento.
- Asegurar un mínimo de cuatro personas para ayudar a transferir al paciente a la mesa de operaciones.
- Bloquear las ruedas de la camilla y de la mesa quirúrgica durante el traslado del paciente.

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

- Documentar el método de transferencia a la mesa quirúrgica y utilizar un número adecuado de personas que ayuden.
- Consultar con el anestesista antes de trasladar a un paciente anestesiado.
- Mantener la mecánica corporal y usar principios de ergonomía para prevenir lesiones autoinfligidas.
- Mover a los pacientes lenta y suavemente.
- Proporcionar calidez, privacidad y tranquilidad, según sea necesario.
- Proteger todos los tubos, drenajes, sondas, circuitos de respiración y otros dispositivos.
- Utilizar dispositivos de asistencia para la inmovilización, asegurando al paciente a la mesa quirúrgica sin comprometer la circulación debajo de las correas de sujeción.
- Utilizar correas de sujeción para evitar el deslizamiento de las extremidades.
- Apoyar la cabeza y el cuello durante la transferencia.
- Coordinar la transferencia y la colocación con el estadio de la anestesia o el nivel de consciencia.
- Apoyar todas las partes del cuerpo y mantener la alineación corporal al mover a un paciente anestesiado.
- Evitar tirar o arrastrar a los pacientes durante las transferencias.
- Proteger los ojos, según corresponda.
- Utilizar dispositivos de ayuda para apoyar la cabeza y las extremidades.
- Inmovilizar o apoyar cualquier parte corporal, según proceda.
- Mantener la alineación corporal correcta del paciente en todo momento.
- Colocar sobre un colchón o almohadilla terapéutica, según proceda.
- Colocar al paciente en una posición cómoda, ya esté dormido o despierto.
- Asegurar que el campo quirúrgico esté adecuadamente expuesto.
- Asegurarse de que ninguna posición incómoda, presión excesiva en una parte del cuerpo, el uso de estribos o tracción obstaculizará el suministro vascular a cualquier parte del cuerpo.
- Asegurarse de que la respiración no se vea obstaculizada por la presión de los brazos en el pecho o por la bata del paciente que constriña el cuello o el pecho.
- Emplear aparatos ortopédicos acolchados en los hombros para prevenir lesiones nerviosas irreversibles al emplear la posición de Trendelenburg.
- Colocar en la posición quirúrgica adecuada a la cirugía (p. ej., supino, prono, torácico lateral, litotomía, kraske o navaja).
- Elevar las extremidades, si está indicado.
- Colocar material acolchado en las prominencias óseas.
- Colocar material acolchado o posicionar al paciente para evitar la presión sobre los nervios superficiales.
- Colocar las correas de seguridad y sujeción de brazos, si es necesario.
- Ajustar la mesa de operaciones, según corresponda.
- Vigilar los efectos fisiológicos del posicionamiento y los dispositivos de tracción, según corresponda.
- Vigilar la posición del paciente durante la operación.
- Intervenir en las situaciones en las que la posición comprometa los resultados del paciente.
- Asegurar el acceso a las vías respiratorias, catéteres intravenosos y dispositivos de monitorización.
- Asegurarse de que el equipo o el personal no ejerza presión sobre el paciente durante el procedimiento.
- Monitorizar la posición, las correas y el acolchado para asegurar que la colocación se mantenga durante todo el procedimiento.
- Registrar la posición y los dispositivos utilizados, incluyendo el acolchado y las medidas de seguridad.
- Documentar todas las valoraciones intraoperatorias relacionadas con el posicionamiento y las medidas de seguridad.
- Reposicionar al paciente lentamente al final del procedimiento para permitir una acomodación hemodinámica adecuada.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Dybec, R. B. (2004). Intraoperative positioning and care of the obese patient. *Plastic Surgical Nursing, 24*(3), 118-122.

Graling, P., & Tea, C. (2006). Preventing intraoperative positioning injuries. *Nursing Management, 37*(7), 9-10.

Perry, A., Potter, P., & Ostendorf, W. (Eds.). (2014). *Clinical nursing skills and techniques* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Rothrock, J. C. (Ed.). (2015). *Alexander's care of the patient in surgery* (15th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Cambio de posición: neurológico 0844

Definición: Conseguir una alineación corporal óptima y adecuada para el paciente que experimenta o se encuentra en riesgo de padecer una lesión de la médula espinal o irritabilidad vertebral.

Actividades:

- Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, según corresponda.
- Colocar en la posición terapéutica designada.
- Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada.
- Apoyar la parte corporal afectada.
- Proporcionar apoyo adecuado para el cuello.
- Emplear una mecánica corporal correcta al colocar al paciente.
- Proporcionar un colchón firme.
- Colocar en una cama de flujo de aire, si fuera posible.
- Proporcionar al paciente un sistema de llamada adaptado (p. ej., baja presión, control por voz, interruptor activado por soplido/absorción, interruptor controlado con el mentón), dependiendo del nivel de función motora.
- Mantener la alineación corporal correcta.
- Colocar con el cuello y la cabeza alineados.
- Utilizar botas de caña alta para mantener los tobillos en posición neutra.
- Evitar colocar al paciente sobre el sitio de extracción de colgajo óseo.
- Colocar el cabecero de la cama lo más bajo posible (determinado por la función pulmonar) para aumentar el área corporal y disminuir la presión sobre las prominencias óseas.
- Girar el cuerpo en bloque, cada 2 horas o con más frecuencia, según esté indicado.
- Estabilizar la columna durante los cambios de posición, manteniéndola en una alineación anatómica (rotación nula).

C

- Monitorizar la oxigenación tisular cerebral y la presión intracraneal en pacientes en estado crítico durante los cambios de posición, si procede.
- Aplicar una ortosis de tipo collarín.
- Instruir sobre los cuidados que se deben tener en cuenta con la ortosis de collarín, si es el caso.
- Comprobar la capacidad de autocuidado mientras se utiliza la ortosis de collarín/dispositivo ortopédico.
- Colocar y mantener un entablillado o dispositivo ortopédico.
- Monitorizar la integridad de la piel por debajo del dispositivo ortopédico/ortosis de collarín.
- Instruir acerca de los cuidados del dispositivo ortopédico, si es necesario.
- Colocar un rodillo de manos debajo de los dedos.
- Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.
- Instruir acerca de los cuidados del sitio del dispositivo de tracción, si es necesario.
- Vigilar el sitio de inserción de los clavos de tracción.
- Realizar los cuidados del sitio de inserción de los clavos del dispositivo de tracción/ortosis.
- Comprobar la configuración del dispositivo de tracción.
- Sujetar las pesas de tracción al mover al paciente.
- Monitorizar las lesiones cutáneas sobre las prominencias óseas (p. ej., sacro, tuberosidades isquiáticas, talones).
- Realizar ejercicios pasivos de rango de movimiento en las extremidades afectadas, según lo indique el personal de rehabilitación.
- Instruir a los familiares sobre el modo de ayudar al paciente a girarse en la cama y a cómo realizar ejercicios de rango de movimiento, de un modo apropiado.
- Animar al paciente a participar en los cambios de posición (es decir, recordar al personal cuándo le toca que le giren), si es factible.
- Instruir sobre las formas (p. ej., basculación, reclinación) para aliviar la presión con el fin de disminuir el riesgo de lesión cutánea al usar una silla de ruedas.
- Monitorizar la aparición de hipotensión ortostática al transferir al paciente a la sedestación en una silla de ruedas.
- Utilizar una tabla deslizante para ayudar en la transferencia a una silla o a una silla de ruedas en los pacientes con un equilibrio inestable.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Fries, J. M. (2005). Critical rehabilitation of the patient with spinal cord injury. *Critical Care Nursing Quarterly, 28*(2), 179-187.

Ledwith, M. B., Bloom, S., Maloney-Wilensky, E., Coyle, B., Polomano, R., & LeRoux, P. D. (2010). Effect of body position on cerebral oxygenation and physiologic parameters in patients with acute neurological conditions. *Journal of Neuroscience Nursing, 42*(5), 280-287.

National Spinal Cord Injury Statistical Center. (2006). *The 2006 NSCISC statistical annual report for the model spinal cord injury care systems*. Birmingham, AL: Author.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Management of patients with neurologic trauma. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 1910-1941). (Vol. 2). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sprigle, S., Maurer, C., & Sorenblum, S. E. (2010). Load redistribution in variable position wheelchairs in people with spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine, 33*(1), 58-64.

Cambio de posición: silla de ruedas 0846

Definición: Colocación de un paciente en una silla de ruedas correctamente seleccionada para aumentar la comodidad, favorecer la integridad de la piel y fomentar la independencia.

Actividades:

- Seleccionar la silla de ruedas apropiada para el paciente: normal para adulto, semirreclinable, totalmente reclinable, para amputado, extraancha, estrecha.
- Seleccionar una silla de ruedas con el asiento cercano al suelo para los pacientes que se desplazan propulsándose con los pies.
- Seleccionar un cojín hecho a medida según las necesidades del paciente.
- Utilizar una mecánica corporal correcta al colocar al paciente,
- Comprobar la posición del paciente en la silla de ruedas mientras el paciente se sienta en el cojín seleccionado y con el calzado adecuado.
- Colocar la pelvis en el medio y lo más hacia atrás que sea posible en el asiento.
- Comprobar que las crestas ilíacas están a nivel y alineadas de lado a lado.
- Asegurarse de que quede un espacio de al menos 5-8 cm a cada lado de la silla.
- Asegurarse de que la silla de ruedas permite un espacio de al menos 5-8 cm desde la parte posterior de la rodilla hasta la parte frontal del cabestrillo del asiento.
- 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 en el reposapiés.
- Medir la distancia que va desde el cojín hasta justo por debajo del codo, sumar 2,5 cm y ajustar los apoyabrazos a esta altura.
- Ajustar el respaldo de forma que proporcione la cantidad necesaria de apoyo, normalmente de 10 a 15° desde la vertical.
- Inclinar el asiento 10° hacia la espalda.
- Colocar las piernas en una posición tal que se encuentren a 20° de la vertical.
- Observar si el paciente es incapaz de mantener la postura correcta en la silla de ruedas.
- Controlar los efectos de la sedestación prolongada (p. ej., úlceras por presión, roturas cutáneas, hematomas, contracturas, molestias, incontinencia, aislamiento social, caídas).
- Realizar las modificaciones o aplicar accesorios en la silla de ruedas para corregir los problemas del paciente o la debilidad muscular.
- Aplicar elementos almohadillados u otras mejoras (p. ej., respaldos contorneados almohadillados, apoyos almohadillados para las piernas, reposabrazos, bandejas almohadilladas) para los pacientes con necesidades especiales.
- Facilitar frecuentemente pequeños cambios de la carga corporal.
- Determinar el período de tiempo adecuado de permanencia en la silla por parte del paciente, en función de su estado de salud.
- Enseñar al paciente a pasar de la cama a la silla de ruedas, si es adecuado.

- Proporcionar un trapecio o una tabla deslizante para ayudar en la transferencia, según corresponda.
- Enseñar al paciente a manejar la silla de ruedas, según corresponda.
- Enseñar al paciente ejercicios para aumentar la fuerza de la parte superior del cuerpo, si está indicado.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Gavin-Dreschnack, D. (2004). Effects of wheelchair posture on patient safety. *Rehabilitation Nursing, 29*(6), 221-226.

Gavin-Dreschnack, D., Nelson, A., Fitzgerald, S., Harrow, J., Sanchez-Anguiano, A., Ahmed, S., & Powell-Cope, G. (2005). Wheelchair-related falls: Current evidence and directions of improved quality of care. *Journal of Nursing Care Quality, 20*(2), 119-127.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Activity and exercise. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 1058-1112). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Mayall, J. K., & Desharnais, G. (1995). *Positioning in a wheelchair* (2nd ed.). Thorofare, NJ: Slack.

Nelson, A. L., Groer, S., Palacious, P., Mitchell, D., Sabharwal, S., Kirby, R. L., Gavin-Dreschnack, D., & Powell-Cope, G. (2010). Wheelchair-related falls in veterans with spinal cord injury residing in the community: A prospective cohort study. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation, 91*(8), 1166-1173.

C

Clarificación de valores 5480

Definición: Ayuda a una persona a clarificar sus propios valores con el objeto de facilitar la toma de decisiones eficaces.

Actividades:

- Tener en cuenta los aspectos éticos y legales de la libre elección, dada la situación particular, antes de comenzar la intervención.
- Crear una atmósfera de aceptación, sin prejuicios.
- Animar a tener en cuenta las preocupaciones.
- Animar a tener en cuenta los valores subyacentes a las elecciones y consecuencias de la elección.
- Utilizar preguntas adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante.
- Ayudar al paciente a priorizar los valores.
- Utilizar una técnica escrita de clarificación de valores (situación y preguntas escritas), según corresponda.
- Plantear preguntas reflexivas, clarificadoras, que den al paciente algo en que pensar.
- Evitar el uso de preguntas de corroboración.
- Animar al paciente a hacer una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que dedica a cada aspecto.
- Animar al paciente a hacer una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y tipos de situaciones.
- Desarrollar e implementar un plan con el paciente para poner a prueba las elecciones.
- Evaluar la efectividad del plan con el paciente.
- Proporcionar un refuerzo para las acciones en el plan que apoyen los valores del paciente.
- Ayudar al paciente a definir alternativas y sus ventajas y desventajas.
- Ayudar al paciente a evaluar si los valores están de acuerdo o en conflicto con los de los miembros de la familia/allegados.
- Apoyar al paciente en la comunicación de los propios valores a los demás.
- Evitar el uso de la intervención con personas que tengan serios problemas emocionales.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Clark, C. C. (1996). *Wellness practitioner: Concepts, research and strategies* (2nd ed.). New York: Springer.

Craven, R., & Hirnle, C. (2007). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Seroka, A. M. (1994). Values clarification and ethical decision making. *Seminars for Nurse Managers, 2*(1), 8-15.

Wilberding, J. Z. (1992). Values clarification. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (2nd ed., pp. 315-325). Philadelphia: W.B. Saunders.

Colaboración con el médico 7710

Definición: Colaboración con los médicos para proporcionar cuidados de calidad al paciente.

Actividades:

- Establecer una relación de trabajo profesional con el personal médico.
- Participar en la orientación del personal médico.
- Ayudar a los médicos a aprender las rutinas de la unidad de cuidados del paciente.
- Participar en programas educativos para el personal médico.
- Alentar una comunicación abierta directa entre médicos y personal de enfermería.
- Hacer un seguimiento de los mensajes electrónicos importantes (p. ej., textos, correos electrónicos) con contacto verbal
- Fomentar el uso de una herramienta de comunicación estructurada (p. ej., SBAR [Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación]) para fomentar una comunicación clara, según sea necesario.
- Crear y utilizar un sistema para informar a los médicos sobre la enfermera específica asignada a cada uno de sus pacientes.
- Participar en los proyectos para establecer un sistema de comunicación integral y fácil de usar entre médicos y enfermeras que podría incluir teléfonos de mano, mensajes de texto, dispositivos electrónicos inalámbricos controlados por voz y un número de contacto único.
- Asesorar a los médicos y residentes en las rutinas no conocidas.
- Advertir a los médicos sobre los cambios de los procedimientos programados.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Comentar las preocupaciones del paciente sobre la asistencia o las cuestiones relacionadas con la práctica directamente con los médicos implicados.
- Ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico.
- Informar de los cambios en el estado del paciente, según corresponda.
- Participar en las visitas médicas de los pacientes, las visitas multidisciplinares y en los equipos interdisciplinares de atención al paciente, según corresponda.
- Informar acerca de variaciones de la práctica médica dentro del sistema de garantía de calidad o de manejo de riesgos, según corresponda.
- Usar los proyectos y comisiones multidisciplinares como foros para educar a los médicos sobre temas relacionados con la enfermería.
- Proporcionar información a los grupos médicos correspondientes para fomentar cambios o innovaciones de la práctica, si resulta oportuno.
- Realizar un seguimiento de las solicitudes médicas de nuevos equipos o suministros.
- Cursar los cambios en la práctica por los canales administrativos adecuados una vez que los grupos médicos hayan sido informados de la necesidad de estos.
- Proporcionar retroalimentación a los médicos acerca de cambios de la práctica, equipos y personal.
- Incluir a los médicos en servicios internos para la obtención de nuevos equipos o realizar cambios de práctica.
- Animar a los médicos a participar en programas educativos de colaboración.
- Apoyar las actividades colaborativas de investigación y de garantía de la calidad.
- Informar las variaciones en la práctica médica dentro del sistema de garantía de calidad o de gestión de riesgos, según corresponda.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Burke, M., Boal, J., & Mitchell, R. (2004). Communicating for better care: Improving nurse-physician communication. *American Journal of Nursing, 104*(12), 40-48.

Filicek, C. L. (2012). Communication: A dynamic between nurses and physicians. *Medsurg Nursing, 21*(6), 385-387.

Shannon, D. W., & Myers, L. A. (2012). Nurse-to-physician communications: Connecting for safety. *Patient Safety Quality Healthcare, 9*(5), 20-26.

Wright, M., Mankey, C., & Miller, B. (2013). Improving upon the 'July effect': A collaborative, interdisciplinary orientation for internal medicine interns. *Medical Education Online, 18* doi:10.3402/meo.v18i0.23249.

Comprobación de sustancias controladas 7620

Definición: Fomento del uso adecuado y el mantenimiento de la seguridad de sustancias controladas.

Actividades:

- Controlar en todo momento el acceso a las sustancias controladas.
- Seguir el protocolo del centro para dispensar y administrar las sustancias controladas.
- Realizar el recuento de todas las sustancias controladas con un profesional de enfermería del turno opuesto.
- Inspeccionar el embalaje de las sustancias controladas para ver si han sido manipuladas.
- Informar sobre las discrepancias inmediatamente, según la política del centro.
- Seguir el protocolo del centro para resolver las discrepancias.
- Guardar bajo llave las sustancias controladas después de terminar el recuento.
- Documentar la exactitud del recuento en el formulario correspondiente.
- Hacer el recuento de las sustancias controladas recibidas de la farmacia.
- Devolver las sustancias controladas de uso no rutinario a la farmacia.
- Registrar el desecho de sustancias controladas.
- Mantenerse al tanto de las regulaciones estatales con respecto al uso de sustancias controladas.
- Observar si hay pruebas de mala administración o desvío de sustancias controladas (p. ej., que el proveedor llegue temprano, se quede hasta tarde, llegue al trabajo en el día libre; que se ofrezca voluntariamente para administrar medicamentos a otros pacientes; descansos frecuentes para ir al baño; pacientes que informen de dolor no aliviado a pesar de la prescripción adecuada de medicamentos para el dolor).
- Revisar los informes, cuando estén disponibles, para identificar valores anómalos con respecto al uso individual de agentes controlados por parte de los profesionales.
- Informar sobre la sospecha de mala administración o desvío de sustancias controladas, según la política del centro.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Bryson, E. O., & Silverstein, J. H. (2008). Addiction and substance abuse in anesthesiology. *Anesthesiology, 109*(5), 905-917.

Karch, A. M. (2013). Introduction to drugs. In *Focus on nursing pharmacology* (6th ed., pp. 3-17). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.

Maher, B. P. (2007). Addiction: An occupational hazard in nursing. *American Journal of Nursing, 107*(8), 78-79.

Noort, J. M. (2007). The nursing role in controlled substance prescribing compliance: A legal perspective. *PainReporter, 1*(3), 1-4.

Consejo genético

5242

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en ayudar a un individuo, familia o grupo, que presenta o tiene riesgo de desarrollar o de transmitir un defecto congénito o enfermedad genética para afrontar la situación.

Actividades:

- Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Determinar el propósito, los objetivos y la agenda del paciente para la sesión de consejo genético.
- Determinar la base de conocimiento, mitos, percepciones y percepciones erróneas relacionadas con un defecto congénito o enfermedad genética.
- Determinar la presencia y la calidad de apoyo de la familia, otros sistemas de apoyo y habilidades de afrontamiento previas.
- Proporcionar estimaciones del riesgo del paciente en función del fenotipo (características del paciente), historia familiar (análisis del árbol genealógico), información del riesgo calculado o genotipo (resultados de las pruebas genéticas).
- Proporcionar estimaciones del riesgo de ocurrencia o recurrencia para el paciente y miembros de la familia con riesgo.
- Informar sobre la historia natural de la enfermedad o estado, tratamiento y/o estrategias de manejo y estrategias de prevención, si se conocen.
- Informar sobre los riesgos, beneficios y limitaciones de las opciones de tratamiento/manejo, así como sobre las opciones para enfrentarse con el riesgo de recurrencia de una manera no directiva.
- Proporcionar apoyo en la toma de decisiones a medida que los pacientes consideren sus opciones.
- Priorizar las áreas de disminución del riesgo en colaboración con el individuo, familia o grupo.
- Monitorizar la respuesta del paciente al enterarse de sus propios factores de riesgo genéticos.
- Permitir la expresión de sentimientos.
- Apoyar el proceso de afrontamiento del paciente.
- Instaurar habilidades de apoyo para las crisis, si es necesario.
- Remitir a especialistas en genética clínica, si es necesario.
- Remitir a los recursos comunitarios, incluyendo grupos de apoyo genético, si es necesario.
- Proporcionar al paciente un resumen escrito de la sesión de consejo genético, según esté indicado.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Braithwaite, D., Emery, J., Walter, F., Prevost, A. T., & Sutton, S. (2004). Psychological impact of genetic counseling for familial cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the National Cancer Institute, 96*(2), 122-133.

Cohen, F. L. (2005). *Clinical genetics in nursing practice* (3rd ed.). New York: Springer.

Pieterse, A. H., van Dulmen, S., van Dijk, S., Bensing, J. M., & Ausems, M. G. (2006). Risk communication in completed series of breast cancer genetic counseling visits. *Genetics in Medicine, 8*(11), 688-696.

Scanlon, C., & Fibison, W. (1995). *Managing genetic information: Implications for nursing practice*. Washington, DC: American Nurses Association.

Skirton, H., Patch, C., & Williams, J. (2005). *Applied genetics in healthcare: A handbook for specialist practitioners*. New York, NY: Taylor & Francis.

Williams, J. K. (2001). Genetic counseling. In M. Craft-Rosenberg, & J. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants, children, and families* (pp. 201-220). Thousand Oaks, CA: Sage.

Consulta

7910

Definición: Uso de los conocimientos técnicos para trabajar con aquellos individuos que solicitan ayuda en la resolución de problemas para permitir que individuos, familias, grupos o instituciones alcancen los objetivos identificados.

Actividades:

- Identificar el propósito de la consulta.
- Recoger datos e identificar el problema objeto de la consulta.
- Identificar y aclarar las expectativas de todas las partes implicadas.
- Proporcionar conocimientos técnicos a quienes soliciten ayuda.
- Implicar a los que solicitan la ayuda en todo el proceso de consulta.
- Identificar la estructura de responsabilidad.
- Determinar el modelo adecuado de consulta que debe utilizarse (p. ej., adquisición de un modelo experto, modelo de consulta del proceso).
- Identificar expectativas respecto a los honorarios, según sea conveniente.
- Desarrollar un contrato escrito para definir el acuerdo y evitar malentendidos.
- Estimular las capacidades de quien solicita ayuda para progresar hacia una mayor autodirección y responsabilidad.
- Preparar un informe final de recomendaciones.
- Reaccionar profesionalmente ante la aceptación o el rechazo de las ideas.

1.ª edición 2000

Bibliografía:

Clemen-Stone, S., McGuire, S., & Eigisti, D. (1998). *Comprehensive community health nursing: Family, aggregate, and community practice* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Hau, M. L. (1997). Ten common mistakes to avoid as an independent consultant. *American Association of Occupational Health Nurses Journal, 45*(1), 17-24.

Hoffman, S. (1998). Professional practice. Consultation—opportunity or opportunism. *Journal of Professional Nursing, 14*(2), 67.

Iglesias, G. H. (1998). Role evolution of the mental health clinical nurse specialist in home care. *Clinical Nurse Specialist, 12*(1), 38-44.

Mastroianni, K., & Machles, D. (1997). What are consulting services worth? Applying cost analysis techniques to evaluate effectiveness. *AAOHN Journal, 45*(1), 35-45.

Stackhouse, J. (1998). *Into the community: Nursing in ambulatory and home care*. Philadelphia, PA: Lippincott.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (1996). *Community health nursing: Promoting health of aggregates, families and individuals* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Consulta por teléfono

81

C

Definición: Identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas p teléfono en respuesta a dichas preocupaciones.

Actividades:

- Identificarse con nombre, credenciales y centro; hacer saber al oyente si se está grabando la llamada (p. ej., para control de calidad), utilizando la voz adecuada para crear una relación terapéutica.
- Informar al paciente acerca del proceso de las llamadas y obtener su consentimiento.
- Tener en cuenta las barreras culturales y socioeconómicas en la respuesta del paciente.
- Obtener información acerca del propósito de la llamada (diagnósticos médicos, antecedentes médicos y régimen del tratamiento actual).
- Identificar las inquietudes sobre el estado de salud.
- Establecer el nivel de conocimiento del usuario y la fuente de este conocimiento.
- Determinar la capacidad del paciente para comprender las enseñanzas/instrucciones telefónicas (déficit de audición, confusión, barreras lingüísticas).
- Proporcionar medios para superar cualquier barrera identificada para aprender o utilizar sistemas de apoyo.
- Identificar el grado de apoyo y de implicación en los cuidados de la familia.
- Informarse de quejas/síntomas relacionados, de acuerdo con el protocolo estándar, en caso de disponer de él.
- Obtener datos relacionados con la eficacia del tratamiento actual, si existe, consultando y citando referencias acreditadas como fuente («La Cruz Roja aconseja...»).
- Determinar la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad de sistemas de apoyo.
- Determinar el riesgo de seguridad del paciente y allegados.
- Determinar si las inquietudes requieren evaluación complementaria (utilizar el protocolo estándar).
- Dar instrucciones claras de cómo acceder al cuidado que se necesita, si las inquietudes son graves.
- Informar acerca del régimen de tratamiento y de las responsabilidades resultantes de autocuidados, según sea necesario, de acuerdo con el ámbito de la práctica y las normas establecidas.
- Informar acerca de las terapias y las medicaciones prescritas, según corresponda.
- Informar acerca del fomento de la salud/educación para la salud, según corresponda.
- Identificar los problemas reales/potenciales relacionados con la implementación del régimen de autocuidados.
- Recomendar cambios en el régimen, según corresponda (utilizando las normas establecidas, en caso de disponer de ellas).
- Consultar con el médico/proveedor de cuidados principal de los cambios en el régimen del tratamiento, según sea necesario.
- Dar información acerca de los recursos de la comunidad, p gramas educativos, grupos de apoyo y grupos de autoayu según esté indicado.
- Proporcionar servicios de forma afectuosa y de apoyo.
- Implicar a la familia/allegados en los cuidados y la planificaci
- Responder a las preguntas.
- Determinar la comprensión del paciente de la información se le ha proporcionado.
- Mantener la confidencialidad, según esté indicado.
- Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u o tipo de información que se suministre al paciente de acuerdo las normas especificadas.
- Seguir las normas para investigar o informar de la sospecha situaciones de abuso a niños, ancianos o pareja.
- Investigar y documentar la disposición y las acciones desea por el paciente.
- Determinar las necesidades y establecer intervalos de tiem para la valoración posterior intermitente, según corresponda
- Determinar cómo puede contactarse con el paciente o los mie bros de la familia para devolver la llamada, según correspon
- Documentar el permiso para devolver la llamada e identifica las personas que pueden recibir la información de la llamada
- Comentar y resolver las llamadas problemáticas con ayuda legial/de un supervisor.

2.ª edición 1996; revisada en 2000

Bibliografía:

American Academy of Ambulatory Care Nursing. (1997). *Telephone nurs practice administration and practice standards*. Pitman, NJ: Anthon Jannetti.

Anderson, K., Qiu, Y., Whittaker, A. R., & Lucas, M. (2001). Breath soun asthma, and the mobile phone. *Lancet, 358*(9290), 1343-1344.

Haas, S. A., & Androwich, I. A. (1999). Telephone consultation. In G. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nurs treatments* (3rd ed., pp. 670-684). Philadelphia: W.B. Saunders.

Hagan, L., Morin, D., & Lepine, R. (2000). Evaluation of telenursing outcom Satisfaction, self-care practices, and cost savings. *Public Health Nursi 17*(4), 305-313.

Larson-Dahn, M. L. (2001). Tel-eNurse practice: Quality of care and pati outcomes. *Journal of Nursing Administration, 31*(3), 145-152.

Poole, S., Schmitt, B., Carruth, T., Peterson-Smith, A., & Slusarski, M. (199 After-hours telephone coverage: The application of an area-wide telepho triage and advice system for pediatric practices. *Pediatrics, 92*(5), 670-6

Wheeler, S., & Siebelt, B. (1997). Calling all nurses: How to perform telepho triage. *Nursing 97, 27*(7), 36-41.

Contacto

5460

Definición: Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado.

Actividades:

- Evaluar la propia comodidad personal utilizando el contacto con pacientes y familiares.
- Evaluar la preparación del paciente cuando se le ofrece el contacto.
- Evaluar el contexto del entorno antes de ofrecer el contacto.
- Determinar qué parte del cuerpo es mejor tocar y la duración del contacto que produce las respuestas más positivas en el receptor.
- Observar los tabúes culturales del contacto físico.
- Dar un abrazo de afirmación, según corresponda.
- Colocar el brazo alrededor de los hombros del paciente, según corresponda.
- Coger la mano del paciente para dar apoyo emocional.
- Aplicar una presión suave en la muñeca, mano u hombro del paciente gravemente enfermo.
- Frotar suavemente la espalda en sincronía con la respiración del paciente, según corresponda.
- Golpear lenta y rítmicamente la parte del cuerpo, según corresponda.
- Masajear alrededor de la zona dolorida, según corresponda.
- Preguntar a los progenitores las acciones comunes utilizadas para aliviar y calmar al niño.
- Coger al lactante firme y cómodamente.
- Animar a los progenitores a tocar al recién nacido o al niño enfermo.
- Rodear al lactante prematuro con mantas enrolladas (anidamiento).
- Envolver cómodamente al lactante con una manta para mantenerle los brazos y las piernas junto al cuerpo.
- Colocar al lactante sobre el cuerpo de la madre inmediatamente después del nacimiento.
- Animar a la madre a que coja, toque y examine al lactante mientras se le corta el cordón umbilical.
- Animar a los progenitores a que cojan en brazos al lactante.
- Animar a los progenitores a que masajeen al lactante.
- Mostrar técnicas tranquilizadoras para los lactantes.
- Proporcionar un chupete adecuado para la succión no nutricional de los recién nacidos.
- Proporcionar ejercicios de estimulación oral antes de la alimentación por sonda en bebés prematuros.
- Evaluar el efecto cuando se utiliza el contacto.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Gleeson, M., & Timmins, F. (2005). A review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention. *Clinical Effectiveness in Nursing, 9*(1–2), 69-77.

Molsberry, D., & Shogan, M. G. (1990). Communicating through touch. In M. J. Craft, & J. A. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants & children* (pp. 127-150). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Rombalski, J. I. (2003). A personal journey in understanding physical touch as a nursing intervention. *Journal of Holistic Nursing, 21*(1), 73-80.

Snyder, M., & Nojima, Y. (1998). Purposeful touch. In M. Snyder, & R. Lindquist (Eds.), *Complementary/alternative therapies in nursing* (3rd ed., pp. 149-158). New York, NY: Springer.

Weiss, S. J. (1988). Touch. In J. Fitzpatrick, R. Taunton, & J. Benoliel (Eds.), *Annual Review of Nursing Research* (pp. 3-27). (Vol. 6). New York: Springer.

Weiss, S. J. (1991). The tactile environment of caregiving: Implications for health science and health care. *The Science of Caring, 3*(2), 33-40.

Contención de los costes

7630

Definición: Gestionar y facilitar el uso eficiente y efectivo de los recursos.

Actividades:

- Utilizar los suministros y el equipo de forma eficiente y efectiva.
- Documentar los recursos utilizados actualmente y con anterioridad.
- Determinar el entorno adecuado de asistencia sanitaria (p. ej., asistencia a domicilio, asistencia urgente, departamento de urgencias, clínica, asistencia aguda, asistencia a largo plazo) necesario para proporcionar los servicios.
- Asignar personal de forma acorde al presupuesto según la gravedad del paciente.
- Comunicar y coordinar las necesidades asistenciales del paciente con otros departamentos, de manera que la asistencia se proporcione de manera oportuna.
- Evaluar la necesidad de asistencia sanitaria (p. ej., procedimientos, pruebas de laboratorio, asistencia especial).
- Consultar y negociar con otras disciplinas para evitar pruebas y procedimientos innecesarios/por duplicado.
- Dar de alta a los pacientes tan pronto como sea posible.
- Buscar precios competitivos de los suministros y del equipo.
- Determinar si los suministros deberían ser desechables o reutilizables.
- Determinar si los suministros deben comprarse o alquilarse.
- Obtener los suministros y el equipo a precios competitivos.
- Utilizar documentación estandarizada (p. ej., vías clínicas) para contener los costes y mantener la calidad, según sea conveniente.
- Colaborar con equipos interdisciplinarios para contener los costes y mantener la calidad, según sea conveniente.
- Utilizar/remitirse a programas de mejora de la calidad para controlar que se lleve a cabo una asistencia al paciente de calidad y rentable.
- Evaluar de forma continuada los servicios y los programas para asegurar su rentabilidad.
- Identificar mecanismos para reducir costes.
- Informar al paciente del coste y de las alternativas sobre cuándo y dónde adquirir servicios de asistencia sanitaria.
- Informar al paciente del coste, del tiempo y de las alternativas implicadas en una prueba o un procedimiento concreto.
- Animar al paciente/familia a realizar preguntas acerca de los servicios y de los precios.
- Comentar la situación económica del paciente.
- Examinar junto con el paciente opciones creativas que aseguren los recursos necesarios.

3.ª edición 2000

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Bibliografía:
DeBour, L. M. (1990). Organizations as financial systems. In J. Dienemann (Ed.), *Nursing administration: Strategic perspectives and application* (pp. 263-297). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
Gillies, D. A. (1994). *Nursing management: A systems approach* (3rd ed.). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
Lound, J. L. (1994). Managing fiscal resources. In L. M. Simms, S. A. Price, & N. E. Ervin (Eds.), *The professional practice of nursing administration* (pp. 173-184). Albany, NY: Delmar.
Marquis, B. L., & Huston, C. J. (1992). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. Philadelphia, PA: J. B. Lippincott.
Swansburg, R. C. (1993). *Introductory management and leadership for clinical nurses: A text-workbook*. Boston, MA: Jones and Bartlett.
Tappen, R. M. (1995). *Nursing leadership and management: Concepts and practice* (3rd ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis.

Control de calidad 7800

Definición: Recopilación y análisis sistemáticos de los indicadores de calidad de un centro para mejorar la asistencia de los pacientes.

Actividades:
- Identificar los problemas asistenciales de los pacientes o las oportunidades para mejorar la asistencia.
- Participar en la selección y desarrollo de indicadores de calidad apropiados para el entorno clínico y la población de pacientes.
- Incluir indicadores de estructura, proceso y calidad de los resultados.
- Incorporar estándares de grupos profesionales apropiados.
- Utilizar criterios preestablecidos a la hora de recopilar datos.
- Entrevistar a los pacientes, a las familias y al personal, según corresponda.
- Promover y utilizar registros electrónicos de salud para la recolección, intercambio y análisis de datos.
- Revisar los registros de los cuidados del paciente para documentar dichos cuidados, según se precise.
- Realizar análisis de datos, si procede.
- Comparar los resultados de los datos recopilados con las normas preestablecidas.
- Consultar con el personal de enfermería o con otros profesionales sanitarios para desarrollar planes de acción, según corresponda.
- Negociar soluciones que tengan en cuenta las cargas de trabajo.
- Recomendar cambios en las prácticas, basados en los hallazgos.
- Notificar los hallazgos en reuniones del personal.
- Revisar los estándares, si procede.
- Participar en comités de mejora de la calidad basados en la evidencia, si procede.
- Proporcionar orientación sobre la mejora de la calidad a los nuevos empleados a nivel de las unidades.
- Participar en equipos intra- e interdisciplinarios de resolución de problemas.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:
Castle, N. G., & Ferguson, J. C. (2010). What is nursing home quality and how is it measured? *The Gerontologist*, *50*(4), 426-442.
Cipriano, P. F. (2011). The future of nursing and health IT: The quality elixir. *Nursing Economic$*, *29*(5), 282 286-289.
Muller, A. C., Hujcs, M., Dubendorf, P., & Harrington, P. T. (2010). Sustaining excellence: Clinical nurse specialist practice and magnet designation. *Clinical Nurse Specialist*, *24*(5), 252-259.
Stanhope, M., & Lancaster, J. (2014). *Public health nursing: Population-centered health care in the community* (8th ed.). Maryland Heights, MO: Elsevier Mosby.

Control de enfermedades transmisibles 8820

Definición: Trabajar con la comunidad para disminuir y controlar la incidencia y la prevalencia de enfermedades contagiosas en una población específica.

Actividades:
- Monitorizar las poblaciones de riesgo para comprobar el cumplimiento del régimen de prevención y tratamiento.
- Monitorizar la adecuada continuación de la inmunización en poblaciones diana.
- Proporcionar vacunas a las poblaciones diana según se disponga de ellas.
- Monitorizar la incidencia de exposición a enfermedades transmisibles durante brotes conocidos.
- Monitorizar las condiciones sanitarias.
- Monitorizar los factores ambientales que influyen en la transmisión de enfermedades contagiosas.
- Proporcionar información acerca de la adecuada preparación y almacenamiento de alimentos, según sea necesario.
- Proporcionar información acerca del control adecuado de vectores y de huéspedes reservorios animales, según sea necesario.
- Informar al público sobre la enfermedad y las actividades asociadas con su control, según sea necesario.
- Promover el acceso a una educación sanitaria adecuada relacionada con la prevención y al tratamiento de enfermedades transmisibles y a la prevención de su recidiva.

- Mejorar los sistemas de vigilancia de enfermedades transmisibles, según sea necesario.
- Promover la legislación que asegure un control y un tratamiento adecuados de las enfermedades transmisibles.
- Informar de las actividades a las instituciones adecuadas, según se exija.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Beneson, A. (Ed.). (1995). *Control of communicable diseases manual* (16th ed.). Washington DC: American Public Health Association.

McEwen, M. (1998). *Community based nursing*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (1996). *Community health nursing: Promoting health aggregates, families and individuals* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

C

Control de infecciones 6540

Definición: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Actividades:

- Distribuir la superficie correspondiente por paciente, según las directrices de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).
- Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.
- Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.
- Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.
- Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas.
- Mantener técnicas de aislamiento apropiadas.
- Limitar el número de las visitas, según corresponda.
- Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.
- Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.
- Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.
- Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Poner en práctica precauciones universales.
- Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
- Llevar ropas de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso.
- Usar guantes estériles, según corresponda.
- Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado.
- Rasurar y limpiar la zona, como se indica en la preparación para procedimientos invasivos y/o cirugía.
- Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de vías centrales a la cabecera del paciente.
- Mantener un ambiente aséptico mientras se cambian los sistemas y botellas de nutrición parenteral total.
- Mantener un sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva.
- Cambiar los sitios de las vías i.v. periférica y central y los vendajes de acuerdo con las directrices actuales de los Centros de Control y Prevención de las Enfermedades.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v.
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
- Utilizar un sondaje intermitente para reducir la incidencia de infección de la vejiga.
- Enseñar al paciente a obtener muestras de orina a mitad de la micción al primer signo de reaparición de los síntomas, según corresponda.
- Fomentar una respiración profunda y tos, según corresponda.
- Fomentar una ingesta nutricional adecuada.
- Fomentar la ingesta de líquidos, según corresponda.
- Fomentar el reposo.
- Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado.
- Administrar un agente de inmunización, cuando sea adecuado.
- Ordenar al paciente que tome antibióticos, según prescripción.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar al cuidador.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
- Fomentar una conservación y una preparación seguras de los alimentos.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Degroot-Kosolcharoen, J., & Jones, J. M. (1989). Permeability of latex and vinyl gloves to water and blood. *American Journal of Infection Control, 17*(4), 196-201.

Ehrenkranz, J. J., Eckert, D. G., & Phillips, P. M. (1989). Sporadic bacteremia complicating central venous catheter use in a community hospital. *American Journal of Infection Control, 17*(2), 69-76.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Asepsis. In *Fundamentals of nursing, Concepts, process, practice* (7th ed., pp. 628-668). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Larsen, E., Mayur, K., & Laughon, B. A. (1989). Influence of two handwashing frequencies on reduction in colonizing flora with three handwashing products used by health care personnel. *American Journal of Infection Control, 17*(2), 83-88.

Pottinger, J., Burns, S., & Manske, C. (1989). Bacterial carriage by artificial versus natural nails. *American Journal of Infection Control, 17*(6), 340-344.

Pugliese, G., & Lampinen, T. (1989). Prevention of human immunodeficiency virus infection: Our responsibilities as health care professionals. *American Journal of Infection Control, 17*(1), 1-22.

Thompson, J. M., McFarland, G. K., Hirsch, J. E., & Tucker, S. M. (1998). *Mosby's clinical nursing* (4th ed.). St. Louis: Mosby.

Turner, J., & Lovvorn, M. (1992). Communicable diseases and infection control practices in community health nursing. In M. Stanhope, & J. Lancaster (Eds.), *Community health nursing* (3rd ed., pp. 312-331). St. Louis: Mosby.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

Control de infecciones: intraoperatorio 6545

Definición: Prevención de la infección nosocomial en el quirófano.

Actividades:

- Limpiar el polvo con un paño húmedo de las superficies planas y las lámparas del quirófano.
- Monitorizar y mantener la temperatura de la sala entre 20 y 24 °C.
- Monitorizar y mantener la humedad relativa entre el 20% y el 60%.
- Monitorizar y mantener un flujo de aire laminar.
- Limitar y controlar la circulación de personas en el quirófano.
- Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos adecuados.
- Aplicar precauciones universales.
- Asegurarse de que el personal de quirófano viste las prendas apropiadas.
- Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas.
- Monitorizar las técnicas de aislamiento, según corresponda.
- Verificar la integridad del embalaje estéril.
- Verificar los indicadores de esterilización.
- Abrir los suministros y los instrumentos estériles utilizando técnicas asépticas.
- Realizar el cepillado de manos y uñas, y utilizar bata y guantes, según las normas del centro.
- Ayudar a colocarse los guantes y la bata a los miembros del equipo.
- Ayudar a cubrir al paciente asegurando la protección ocular y minimizando la presión sobre las partes corporales.
- Separar los suministros estériles de los no estériles.
- Monitorizar la esterilidad del campo quirúrgico y el suministro correcto del material.
- Mantener la integridad de los catéteres y las vías intravasculares.
- Inspeccionar la piel/tejidos alrededor de la herida quirúrgica.
- Aplicar paños absorbentes para evitar la acumulación de la solución antimicrobiana.
- Aplicar solución antimicrobiana en la zona de incisión, según las normas del centro.
- Extraer los paños absorbentes.
- Obtener cultivos, si es necesario.
- Detener la contaminación cuando se produzca.
- Administrar la antibioterapia apropiada.
- Mantener el quirófano limpio y ordenado para limitar la contaminación.
- Aplicar y fijar los vendajes quirúrgicos.
- Retirar los paños y suministros para limitar la contaminación.
- Limpiar y esterilizar los instrumentos del modo apropiado.
- Coordinar la limpieza y preparación del quirófano para el siguiente paciente.

2.ª edición 1996; revisada en 2013

Bibliografía:

Association of periOperative Registered Nurses. (2010). *Perioperative standards and recommended practices*. Denver: Author.

Berenguer, C. M., Ochsner, M. G., Jr., Lord, S. A., & Senkowski, C. K. (2010). Improving surgical site infections: Using National Surgical Quality Improvement Program data to institute surgical care improvement project protocols in improving surgical outcomes. *Journal of the American College Surgeons, 210*(5), 737-741.

Facility Guidelines Institute. (2010). *Guidelines for design and construction of health care facilities*. Chicago, IL: Author.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Asepsis. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 628-668). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Stulberg, J. J., Delaney, C. P., Neuhauser, D. V., Aron, D. C., Fu, P., & Koroukian, S. M. (2010). Adherence to surgical care improvement project measures and the association with postoperative infections. *JAMA: Journal of the American Medical Association, 303*(24), 2479-2485.

Control de la medicación 2395

Definición: Comparación de las medicaciones que el paciente toma en casa con la prescripción al ingreso, traslado y/o alta para asegurar la exactitud y la seguridad del paciente.

Actividades:

- 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.
- Obtener una historia farmacológica completa examinando los viales o la lista de medicaciones, comprobándola con el paciente y la familia y/o comunicándose con los médicos 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.
- Controlar las medicaciones en todos los puntos de transición, como ingreso, traslado y alta.
- Controlar las medicaciones con los cambios del estado del paciente o con los cambios de medicación.
- Comunicar las discrepancias a los médicos que han dispensado las recetas, si es necesario.
- Enseñar al paciente y a la familia a mantener una lista de medicación actualizada y verificarla con el médico en cada visita o ingreso hospitalario.
- Enseñar al paciente y a la familia a obtener todas las medicaciones en una farmacia para disminuir el riesgo de error.
- Enseñar al paciente y a la familia a tener un papel activo en el manejo de la medicación.

5.ª edición 2008

Bibliografía:
Gleason, K., Groszek, J., Sullivan, C., Rooney, D., Barnard, C., & Noskin, G. (2004). Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *American Journal of Health System Pharmacy, 61*(16), 1689-1695.
Manno, M., & Hayes, D. (2006). Best practices interventions: How medication reconciliation saves lives. *Nursing, 36*(3), 63-64.
Sullivan, C., Gleason, K., Rooney, D., Groszek, J., & Barnard, C. (2005). Medication reconciliation in the acute care setting: Opportunity and challenge for nursing. *Journal of Nursing Care Quality, 20*(2), 95-98.
Thompson, C. (2005). JCAHO views medication reconciliation as adverse-event prevention. *American Journal of Health System Pharmacy, 62*(15), 1528 1530, 1532.
Young, D. (2005). IMO panel reviews lessons for medication safety. *American Journal of Health-System Pharmacy, 62*(13), 1340 1342.

C

Control de sustancias químicas 6430

Definición: Administración, monitorización e interrupción de sustancias psicotrópicas utilizadas para controlar la conducta extrema de un individuo.

Actividades:
- Implantar intervenciones alternativas para intentar eliminar la necesidad de sujeción.
- Antes de utilizar sujeciones, proporcionar actividades de distracción (p. ej., televisión, visitas).
- Explicar al paciente y a los familiares las conductas que precisan la intervención (p. ej., agitación, violencia).
- Explicar al paciente y a los familiares el procedimiento, el objetivo y la duración de la intervención en términos comprensibles.
- Seguir los cinco principios de administración de medicación.
- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Monitorizar la respuesta del paciente a la medicación.
- Monitorizar el nivel de consciencia.
- Monitorizar los signos vitales.
- Proporcionar el nivel de supervisión/vigilancia adecuado para controlar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, según sea necesario.
- Proporcionar confort psicológico al paciente, según sea necesario.
- Monitorizar el color, la temperatura, la sensibilidad y el estado de la piel.
- Permitir la realización de movimientos y ejercicio, según el nivel de autocontrol, estado y capacidades del paciente.
- Colocar al paciente para facilitar su comodidad y prevenir la aspiración y las lesiones cutáneas.
- Ayudar a realizar cambios periódicos de la posición del cuerpo.
- Ayudar con las necesidades relacionadas con la nutrición, la excreción, la hidratación y la higiene personal.
- Evaluar, a intervalos regulares, las necesidades del paciente para continuar con la intervención restrictiva.
- Implicar al paciente en la toma de decisiones para cambiar a una forma más o menos restrictiva de intervención, cuando sea adecuado.

4.ª edición 2004

Bibliografía:
Kow, J. V., & Hogan, D. B. (2000). Use of physical and chemical restraints in medical teaching units. *Canadian Medical Association Journal, 162*(3), 339-340.
Middleton, H., Keene, R. G., Johnson, C., Elkins, A. D., & Keem, A. E. (1999). Physical and pharmacologic restraints in long-term care facilities. *Journal of Gerontological Nursing, 25*(7), 26-33.
Pearson, G. (2006). Psychopharmacology. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric-mental health nursing* (6th ed., pp. 243-285). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Control del estado de ánimo 5330

Definición: Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.

Actividades:
- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.
- Administrar cuestionarios autocumplimentados (Inventario de depresión de Beck, escalas del estado funcional), según corresponda.
- Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.
- Considerar 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).
- Proporcionar o remitir al paciente para un tratamiento contra el abuso de sustancias, si dicho abuso es un factor que contribuye a la alteración del estado de ánimo.
- Ajustar o interrumpir las medicaciones que pueden contribuir a las alteraciones del estado de ánimo (por prescripción adecuada de enfermeras tituladas con experiencia).
- Remitir al paciente para la evaluación y/o tratamiento de cualquier enfermedad subyacente que pueda contribuir a una alteración del estado de ánimo (trastornos tiroideos, etc.).
- Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación).
- Ayudar con el autocuidado, si es necesario.
- Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal e hidratación).
- Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia (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.
- Proporcionar oportunidades de práctica de actividad física (caminar o montar en bicicleta estática).
- Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar información y toma de decisiones).
- Utilizar un lenguaje sencillo, concreto y exacto durante el contacto con el paciente que tiene déficits cognitivos.
- Utilizar ayudas para la memoria y pistas visuales para ayudar al paciente con déficits cognitivos.
- Limitar las oportunidades para tomar decisiones en los pacientes con déficits cognitivos.
- Enseñar al paciente habilidades para tomar decisiones, según sea necesario.
- Animar al paciente a que tome decisiones cada vez más complejas según sea capaz.
- Animar al paciente a que adopte un papel activo en el tratamiento y la rehabilitación, según corresponda.
- Proporcionar o remitir a psicoterapia (terapia cognitivo-conductual, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente.
- Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o darle la oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos.
- Ayudar al paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo (escala de clasificación de 1 a 10 y llevar un diario).
- Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional.
- Limitar el tiempo que se permite al paciente para expresar los sentimientos y/o asuntos negativos de errores pasados.
- Ayudar al paciente a expresar los sentimientos de una forma adecuada (golpeando un saco de boxeo, arteterapia y actividad física vigorosa).
- Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional (desequilibrios químicos, estresantes circunstanciales, duelo/pérdida y problemas físicos).
- Ayudar al paciente a identificar los aspectos de los factores precipitantes que se pueden o no cambiar.
- Ayudar en la identificación de recursos disponibles y puntos fuertes o capacidades personales que puedan utilizarse en la modificación de los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional.
- Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas.
- Animar al paciente, según pueda tolerarlo, a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros.
- Proporcionar habilidades sociales y/o entrenamiento en asertividad, según sea necesario.
- Proporcionar retroalimentación al paciente de acuerdo con la conveniencia de sus conductas sociales.
- Utilizar un entorno limitado y estrategias de control de conductas para ayudar al paciente maníaco a restringir la conducta intrusa y disruptiva.
- Utilizar intervenciones restrictivas (restricción de zona, aislamiento, sujeción física, restricción química) para controlar la conducta insegura o inadecuada refractaria a intervenciones de control de conducta menos restrictivas.
- Controlar y tratar las alucinaciones y/o ideas delirantes que pueden acompañar al trastorno del estado de ánimo.
- Prescribir, ajustar e interrumpir medicaciones utilizadas para tratar el estado de ánimo disfuncional (por prescripción adecuada de enfermeras tituladas con experiencia).
- Administrar medicamentos estabilizadores del estado de ánimo (antidepresivos, litio, anticomiciales, antipsicóticos, ansiolíticos, hormonas y vitaminas).
- Observar la posible aparición de efectos secundarios de la medicación y su efecto sobre el estado de ánimo del paciente.
- Tratar y/o manejar los efectos secundarios de la medicación o las reacciones adversas a fármacos utilizados para tratar las alteraciones del estado de ánimo.
- Tomar muestras y controlar los niveles séricos de los medicamentos (antidepresivos tricíclicos, litio, anticomiciales), según corresponda.
- Vigilar y fomentar el cumplimiento de la medicación por parte del paciente.
- Ayudar al médico en la administración de terapia electroconvulsiva (TEC), cuando esté indicado.
- Vigilar el estado fisiológico y mental del paciente inmediatamente después de la TEC.
- Ayudar en la administración de la «fototerapia» para levantar el estado de ánimo.
- Proporcionar instrucciones al paciente y a los allegados acerca del procedimiento del paciente que está recibiendo TEC o fototerapia.
- Observar el estado de ánimo del paciente para ver su respuesta a la TEC o a la fototerapia.
- Informar sobre los medicamentos al paciente/allegados.
- Informar sobre la enfermedad al paciente/allegados, si el estado de ánimo disfuncional tiene una base patológica (depresión, manía y síndrome premenstrual).
- Proporcionar orientación acerca del desarrollo y mantenimiento de sistemas de apoyo (familia, amigos, recursos espirituales, grupos de apoyo y asesoramiento).
- Ayudar al paciente a anticiparse y a afrontar los cambios de la vida (nuevo trabajo, baja laboral, grupo de nuevos amigos).
- Proporcionar un seguimiento al paciente de forma ambulatoria a intervalos apropiados, según sea necesario.

2.ª edición 1996; revisada en 2000

Bibliografía:

Chitty, C. K. (1996). Clients with mood disorders. In H. S. Wilson, & C. R. Kneisel (Eds.), *Psychiatric nursing* (pp. 323-359). Redwood City, CA: Addison-Wesley.

Fortinash, K. M., & Holoday-Worret, P. A. (1995). Mood disorders. In *Psychiatric nursing care plans* (pp. 48-73). St. Louis, MO: Mosby.

Hagerty, B. (1996). Mood disorders: Depression and mania. In K. M. Fortinash, & P. A. Holoday-Worret (Eds.), *Psychiatric mental health nursing* (pp. 251-283). St. Louis: Mosby.

McFarland, G. K., Wasli, E., & Gerety, E. K. (1997). Mood disorders. In G. K. McFarland, E. Wasli, & E. K. Gerety (Eds.), *Nursing diagnoses and process in psychiatric mental health nursing* (pp. 243-262). Philadelphia: J. B. Lippincott.

Schultz, J. M., & Videbeck, S. D. (1998). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Stuart, G. (1998). Emotional responses and mood disorders. In G. W. Stuart, & S. J. Sundeen (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (6th ed., pp. 413-451). St. Louis: Mosby.

Tommasini, N. R. (1995). The client with a mood disorder (depression). In D. Antai-Otong, & G. Kongable (Eds.), *Psychiatric nursing: Biological and behavioral concepts* (pp. 157-189). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Wood, S. J. (2005). Mood disorders. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed., pp. 333-373). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Control intestinal

0430

Definición: Instauración y mantenimiento de un patrón regular de evacuación intestinal.

Actividades:

- Anotar la fecha de la última defecación.
- Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.
- Monitorizar los sonidos intestinales.
- Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos.
- Informar si hay disminución de los sonidos intestinales.
- Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.
- Evaluar la incontinencia fecal, si es el caso.
- Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes previos.
- Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.
- Instruir al paciente/familiares a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.
- Administrar supositorios de glicerina, si es necesario.
- Poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal, si resulta oportuno.
- Disminuir la ingesta de alimentos flatulentos, según corresponda.
- Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibras, según corresponda.
- Administrar líquidos calientes después de las comidas, si está indicado.
- Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.
- Realizar una prueba de sangre oculta en heces, según corresponda.
- No realizar una exploración rectal/vaginal si las condiciones médicas lo requieren.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Craft, M. J., & Denehy, J. A. (Eds.). (1990). *Nursing interventions for infants & children*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2000). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins pp. 1077–1114.

Goetz, L. L., Hurvitz, E. A., Nelson, V. S., & Waring, W., III (1998). Bowel management in children and adolescents with spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine, 21*(4), 335-341.

Hardy, M. A. (1991). Normal changes with aging. In M. Maas, K. C. Buckwalter, & M. Hardy (Eds.), *Nursing diagnoses and interventions for the elderly* (pp. 145-146). Redwood City, CA: Addison-Wesley.

Mangan, P., & Thomas, L. (1988). Faecal incontinence—Preserving dignity. *Geriatric Nursing and Home Care, 8*(9), 14.

McLane, A. M., & McShane, R. E. (1991). Constipation. In M. Maas, K. Buckwalter, & M. Hardy (Eds.), *Nursing diagnoses and interventions for the elderly* (pp. 147-158). Redwood City, CA: Addison-Wesley.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004) *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (Vol. 1). (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004) *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (Vol. 2). (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Coordinación preoperatoria

2880

Definición: Facilitar las pruebas de diagnóstico y la preparación preingreso del paciente quirúrgico.

Actividades:

- Revisar la cirugía programada.
- Explicar los procedimientos de manera que el paciente pueda entenderlos.
- Obtener la historia del paciente, según corresponda.
- Realizar una valoración física completa, según corresponda.
- Revisar las órdenes médicas.
- Ordenar o coordinar las pruebas de diagnóstico, según corresponda.
- Describir y explicar el tratamiento y las pruebas de diagnóstico preingreso.
- Interpretar los resultados de las pruebas diagnósticas, según corresponda.
- Obtener las muestras de sangre, si es el caso.
- Obtener una muestra de orina, si es necesario.
- Comunicar al cirujano cualquier inquietud (p. ej., resultados anormales de pruebas de laboratorio o de diagnóstico, problemas relacionados con la comprensión por parte del paciente del procedimiento planeado).
- Informar al paciente y al cuidador de la fecha y hora de la cirugía, hora de llegada al centro y procedimiento de ingreso.
- Informar al paciente y a los allegados de la ubicación de la unidad de recepción, quirófano y sala de espera.
- Involucrar al paciente en las decisiones relacionadas con la cirugía.
- Determinar las expectativas del paciente acerca de la cirugía.
- Confirmar la información suministrada por otros profesionales sanitarios, según corresponda.
- Obtener el consentimiento para el tratamiento, si procede.
- Dar tiempo al paciente y a los allegados para que hagan preguntas y manifiesten sus inquietudes.
- Obtener el permiso económico de la entidad aseguradora, cuando lo requiera la situación.
- Asegurar que el paciente tiene acompañante para las necesidades del postoperatorio, como el transporte a casa si está indicado.
- Comentar los programas de alta postoperatoria.
- Determinar la capacidad de los cuidadores.
- Llamar por teléfono al paciente para verificar la cirugía programada.

2.ª edición 1996; revisada en 2000 y 2018

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Bibliografía:

Association of periOperative Registered Nurses. (2015). *Guidelines for perioperative practice*. Denver, CO: Author.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2015). Perioperative nursing. In A. Berman, S. Snyder, & G. Frandsen (Eds.), *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (10th ed., pp. 959-998). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Potter, P., Perry, A., Stockert, P., & Hall, A. (Eds.). (2013). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Rothrock, J. C. (Ed.). (2015). *Alexander's care of the patient in surgery* (15th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

C

Cuidado de las lentes de contacto 1620

Definición: Ayudar al paciente el uso adecuado de las lentes de contacto.

Actividades:

- 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.
- 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 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 a los pacientes que utilizan de lentillas de uso prolongado sobre los mayores riesgos (p. ej., úlceras corneales y erupciones causadas por infección).
- Instruir a los pacientes que usan lentillas duras sobre los mayores riesgos (p. ej., edema y abrasiones corneales).
- 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 frote y aclare las lentillas con la solución recomendada antes y después de guardarlas.
- Instruir al paciente sobre la relevancia de monitorizar e interrumpir el uso de productos retirados del mercado para el cuidado de las lentillas.
- 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 para que evite la exposición de los ojos al agua del grifo, de piscinas o de balnearios cuando lleve lentillas.
- Instruir al paciente para que guarde las lentillas en recipientes específicos con la solución recomendada.
- 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 cómo se deben evaluar las lentillas en busca de daños.
- Instruir al paciente que use cosméticos oculares para que tenga cuidado a la hora de escogerlos y aplicarlos (es decir, escoger cosméticos sin propiedades irritantes y aplicarlos antes de la inserción de las lentillas).
- 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.
- Realizar los cuidados de las lentillas en lugar de los pacientes que no puedan hacerlo por sí mismos (p. ej., extracción, limpieza, almacenamiento e inserción).
- Remitir a un oftalmólogo, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2009). Self-care and hygiene. In *Fundamentals of nursing, Human health, function* (6th ed., pp. 703-755). Philadelphia, PA: Lippincott Williams, Wilkins.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2009). Sensory perception. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed., pp. 1216-1236). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2008). Personal hygiene. In *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (7th ed., pp. 208-248). Upper Saddle River, N J: Pearson Prentice Hall.

Sweeney, D., Holden, B., Evans, K., Ng, V., & Cho, P. (2009). Best practice contact lens care: A review of the Asia Pacific Contact Lens Care Summit. *Clinical & Experimental Optometry, 92*(2), 78-89.

Workman, M. L. (2010). Care of patients with eye and vision problems. In D. D. Ignatavicius, & M. L. Workman (Eds.), *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care* (6th ed., pp. 1084-1108). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Cuidados cardíacos 4040

Definición: Limitación de las complicaciones derivadas de un desequilibrio entre el aporte y la demanda miocárdico de oxígeno en pacientes con síntomas de insuficiencia cardíaca.

Actividades:

- Monitorizar al paciente desde los puntos de vista físico y psicológico según las normas del centro.
- Garantizar un nivel de actividad que no comprometa el gasto cardíaco y que no provoque crisis cardíacas.
- Alentar un incremento gradual de la actividad cuando la afección esté estabilizada (es decir, alentar unas actividades a un ritmo más lento o períodos más cortos de actividad con intervalos de descanso frecuentes tras el ejercicio).
- Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica.
- Evaluar cualquier episodio de dolor torácico (intensidad, localización, irradiación, duración y factores precipitantes y calmantes).
- Monitorizar la aparición de cambios del segmento ST en el ECG, según corresponda.
- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades), según protocolo de la institución.
- Monitorizar los signos vitales con frecuencia.
- Monitorizar el estado cardiovascular.
- Monitorizar la aparición de arritmias cardíacas, incluidos los trastornos tanto de ritmo como de conducción.
- Documentar las arritmias cardíacas.
- Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.
- Monitorizar el estado respiratorio por si aparecen síntomas de insuficiencia cardíaca.
- Monitorizar el abdomen en busca de signos de una disminución de la perfusión.
- Monitorizar el equilibrio hídrico (entradas/salidas y peso diario).
- Monitorizar si los valores de laboratorio son correctos (enzimas cardíacas, niveles de electrólitos).
- Monitorizar el funcionamiento del marcapasos, si correspondiera.
- Evaluar las alteraciones de la presión arterial.
- Evaluar la respuesta del paciente a la ectopia o a las arritmias.
- Proporcionar terapia antiarrítmica según la política del centro (medicamentos antiarrítmicos, cardioversión o desfibrilación), según corresponda.
- Monitorizar la respuesta del paciente a los medicamentos antiarrítmicos.
- Instruir al paciente y a la familia sobre las modalidades de tratamiento, la limitación de las actividades y los progresos.
- Organizar los períodos de ejercicio y descanso para evitar la fatiga.
- Restringir el consumo de tabaco.
- Monitorizar la tolerancia del paciente a la actividad.
- Monitorizar la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.
- Establecer una relación de apoyo con el paciente y la familia.
- Identificar los métodos del paciente para manejar el estrés.
- Fomentar las técnicas eficaces de reducción del estrés.
- Emplear terapia de relajación, si procede.
- Identificar los efectos psicológicos que subyacen en la afección.
- Evaluar a los pacientes para detectar la presencia de ansiedad y depresión, recomendando un tratamiento con antidepresivos adecuados, según esté indicado.
- Fomentar la realización de actividades no competitivas a los pacientes con riesgo de insuficiencia cardíaca.
- Comentar las modificaciones de la actividad sexual con el paciente y su pareja, si es adecuado.
- Instruir al paciente y a la familia sobre la finalidad del cuidado y el modo en el que se medirán los progresos.
- Asegurarse de que todo el personal es consciente de estos objetivos y trabaja de forma conjunta para proporcionar unos cuidados homogéneos.
- Remitir al paciente a un programa de insuficiencia cardíaca o de rehabilitación cardíaca para instruirle, evaluarle y proporcionar un apoyo guiado, destinado a aumentar la actividad y reconstruir su vida, según corresponda.
- Ofrecer apoyo espiritual al paciente y a la familia (p. ej., contactar con un miembro del clero), según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2013

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Chummun, H., Gopaul, K., & Lutchman, A. (2009). Current guidance on the management of acute coronary syndrome. *British Journal of Nursing, 18*(21), 1292-1298.

Clancy, J., McVicar, A., & Hubbard, J. (2011). Homeostasis 4: Nurses as agents of control in myocardial infarction. *British Journal of Nursing, 20*(6), 373-378.

LeMone, P., Burke, K., & Bauldoff, G. (2011). Nursing care of patient with coronary heart disease. In *Medical-surgical nursing: Critical thinking in patient care* (5th ed., pp. 908-969). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Marshall, K. (2011). Acute coronary syndrome: Diagnosis, risk assessment, and management. *Nursing Standard, 25*(23), 47-57.

Smith, S., Jr., Allen, J., Blair, S., Bonow, R., Brass, L., Fonarow, G., ..., Taubert, K. (2006). AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 Update. *Circulation, 113*(19), 2363-2372.

Thomas, S. A., Chapa, D. W., Friedmann, E., Durden, C., Ross, A., Lee, M. C., & Lee, H. (2008). Depression in patients with heart failure: Prevalence, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Critical Care Nurse, 28*(2), 40-55.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuidados cardíacos: agudos 4044

C

Definición: Limitación de las complicaciones en un paciente que ha experimentado recientemente un episodio de desequilibrio entre el aporte y la demanda miocárdicos de oxígeno, con la consiguiente aparición de insuficiencia cardíaca.

Actividades:

- Evaluar el dolor torácico (p. ej., intensidad, localización, irradiación, duración y factores precipitantes y calmantes).
- Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica.
- Ofrecer medios inmediatos y continuos para llamar a la enfermera e informar al paciente y a la familia de que se responderá de inmediato.
- Monitorizar el ECG para detectar cambios del segmento ST, según corresponda.
- Realizar una evaluación exhaustiva del estatus cardíaco, incluida la circulación periférica.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.
- Auscultar los sonidos cardíacos.
- Reconocer la frustración y el miedo causados por la incapacidad de comunicación y la exposición a unos aparatos y entorno extraños.
- Auscultar los pulmones para ver si hay sonidos crepitantes o adventicios.
- Monitorizar la eficacia de la oxigenoterapia, si es adecuado.
- Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno (p. ej., PaO_2, niveles de hemoglobina y gasto cardíaco), según corresponda.
- Monitorizar el estado neurológico.
- Monitorizar las entradas/salidas, la diuresis y el peso diario, si correspondiera.
- Seleccionar la mejor derivación de ECG para la monitorización continua, si correspondiera.
- Obtener un ECG de 12 derivaciones, según corresponda.
- Extraer muestras sanguíneas para controlar los niveles de CPK, LDH y AST, según corresponda.
- Monitorizar la función renal (niveles de BUN y Cr), si correspondiera.
- Monitorizar las pruebas de función hepática, si procediera.
- Controlar los valores de laboratorio de electrólitos que pueden aumentar el riesgo de arritmias (potasio y magnesio séricos), según corresponda.
- Realizar una radiografía de tórax, si procediera.
- Vigilar las tendencias de la presión arterial y los parámetros hemodinámicos, si están disponibles (presión venosa central y presión capilar pulmonar/de enclavamiento de la arteria pulmonar).
- Proporcionar comidas pequeñas y frecuentes.
- Proporcionar una dieta adecuada para pacientes cardíacos (es decir, limitar la ingesta de cafeína, sodio, colesterol y alimentos ricos en grasas).
- No administrar estimulantes por vía oral.
- Proporcionar un sustituto artificial de la sal, si es adecuado.
- Limitar los estímulos ambientales.
- Mantener un entorno inductor del reposo y la curación.
- Evitar la inducción de situaciones de gran intensidad emocional.
- Identificar los métodos del paciente de manejar el estrés.
- Fomentar las técnicas eficaces de reducción del estrés.
- Realizar una terapia de relajación, si es adecuado.
- Evitar las discusiones.
- Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente está sometido a un estrés intenso.
- Evitar calentar o enfriar en exceso al paciente.
- Evitar la inserción de una sonda rectal.
- Evitar la toma de la temperatura rectal.
- Evitar la realización de una exploración rectal o vaginal.
- Aplazar el baño, si es adecuado.
- Enseñar al paciente a que evite actividades que produzcan la maniobra de Valsalva (p. ej., esfuerzo durante la defecación).
- Administrar fármacos que impidan episodios de la maniobra de Valsalva (p. ej., laxantes, antieméticos), según corresponda.
- Evitar la formación de trombos periféricos (es decir, cambios posturales cada 2 horas y administración de anticoagulantes en dosis bajas).
- Administrar medicamentos que alivien/eviten el dolor y la isquemia, a demanda.
- Monitorizar la eficacia de la medicación.
- Instruir al paciente y a la familia sobre la finalidad del tratamiento y el modo en el que se medirán los progresos.
- Asegurarse de que todo el personal es consciente de estos objetivos y trabaja de forma conjunta para proporcionar unos cuidados continuos.
- Ofrecer apoyo espiritual al paciente y a la familia (contactar con un miembro del clero), según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2013

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Chummun, H., Gopaul, K., & Lutchman, A. (2009). Current guidance on the management of acute coronary syndrome. *British Journal of Nursing, 18*(21), 1292-1298.

Clancy, J., McVicar, A., & Hubbard, J. (2011). Homeostasis 4: Nurses as agents of control in myocardial infarction. *British Journal of Nursing, 20*(6), 373-378.

Kushner, F., Hand, M., Smith, S., Jr., King, S., III, Anderson, J., Antman, E., ..., Williams, D. (2009). 2009 focused updates: ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (updating the 2004 guideline and 2007 focused update) and ACC/AHA/SCAI guidelines on percutaneous coronary intervention (updating the 2005 guideline and 2007 focused update). *Journal of the American College of Cardiology, 54*(23), 2205-2241.

LeMone, P., Burke, K., & Bauldoff, G. (2011). Nursing care of patient with coronary heart disease. In *Medical-surgical nursing: Critical thinking in patient care* (5th ed., pp. 908-969). Boston, MA: Pearson.

Marshall, K. (2011). Acute coronary syndrome: Diagnosis, risk assessment, and management. *Nursing Standard, 25*(23), 47-57.

Wright, R., Anderson, J., Adams, C., Bridges, C., Casey, D., Jr., Ettinger, S., & ... Zidar, J. (2011). 2011 ACCF/AHA focused update of the guidelines for the management of patients with unstable angina/non–ST-elevation myocardial infarction (updating the 2007 guideline). *Journal of the American College of Cardiology, 57*(19), 1920-1959.

Cuidados cardíacos: rehabilitación 4046

Definición: Fomento de un máximo nivel de actividad funcional en un paciente que ha sufrido un episodio de insuficiencia cardíaca derivado de un desequilibrio entre el aporte y la demanda miocárdicos de oxígeno.

Actividades:

- Monitorizar la tolerancia del paciente a la actividad.
- Mantener el programa de deambulación, según se tolere.
- Presentar expectativas realistas al paciente y a la familia.
- Instruir al paciente y a la familia sobre los fármacos adecuados, tanto prescritos como sin receta.
- Instruir al paciente y a la familia sobre la modificación de los factores de riesgo cardíacos (dejar de fumar, dieta y ejercicio), según corresponda.
- Instruir al paciente sobre el autocuidado del dolor torácico (tomar nitroglicerina sublingual cada 5 minutos tres veces; si el dolor no remite, solicitar asistencia médica de urgencia).
- Instruir al paciente y a la familia sobre el régimen de ejercicios, incluidos el calentamiento, la resistencia y la relajación, según corresponda.
- Instruir al paciente y a la familia sobre las limitaciones para levantar/empujar peso, según corresponda.
- Instruir al paciente y a la familia sobre todas las consideraciones especiales correspondientes a las actividades de la vida diaria (individualizar las actividades y permitir periodos de reposo), según corresponda.
- Instruir al paciente y a la familia sobre el cuidado de las heridas y las debidas precauciones (p. ej., sitio de incisión esternal o de cateterismo), según corresponda.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los cuidados de seguimiento.
- Coordinar la derivación del paciente a especialistas (dietista, servicios sociales y fisioterapia).
- Instruir al paciente y a la familia acerca del acceso a los servicios de urgencia disponibles en su comunidad, cuando proceda.
- Evaluar al paciente para detectar la presencia de ansiedad y depresión, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2013

Bibliografía:

LeMone, P., Burke, K., & Bauldoff, G. (2011). Nursing care of patient with coronary heart disease. In *Medical-surgical nursing: Critical thinking in patient care* (5th ed., pp. 908-969). Boston, MA: Pearson.

Nazarko, L. (2008). Cardiology: Cardiac rehabilitation. *Nursing & Residential Care, 10*(9), 439-442.

Smith, S., Jr., Allen, J., Blair, S., Bonow, R., Brass, L., Fonarow, G., ..., Taubert, K. (2006). AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 Update. *Circulation, 113*(19), 2363-2372.

Thomas, S., Chapa, D., Friedmann, E., Durden, C., Ross, A., Lee, M., & Lee, H. (2008). Depression in patients with heart failure: Prevalence, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Critical Care Nurse, 28*(2), 40-55.

Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico 4064

Definición: Soporte temporal de la circulación por medio del uso de dispositivos mecánicos o bombas.

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edemas, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad).
- Controlar el nivel de consciencia y las capacidades cognitivas.
- Vigilar el grado de molestias o dolor torácico.
- Evaluar las presiones arteriales pulmonares, las presiones sistémicas, el gasto cardíaco y la resistencia vascular sistémica, si está indicado.
- Ayudar en la inserción e implantación del dispositivo.
- Observar si hay hemólisis, según lo indique la presencia de sangre en orina, las muestras de sangre hemolizadas, el aumento de la hemoglobina sérica diaria, las hemorragias francas y la hiperpotasemia.
- Comprobar que las cánulas no estén acodadas o desconectadas.
- Determinar los tiempos de coagulación activada cada hora, según corresponda.
- Administrar anticoagulantes o antitrombolíticos, según prescripción.
- Comprobar el dispositivo regularmente para asegurar un funcionamiento correcto.
- Disponer de un equipo de reserva en todo momento.
- Administrar agentes inotrópicos positivos, según corresponda.
- Controlar los perfiles de coagulación cada 6 horas, según corresponda.
- Administrar hemoderivados, según corresponda.
- Controlar la diuresis horaria.
- Monitorizar los electrólitos, BUN y niveles de creatinina a diario.
- Controlar el peso a diario.
- Controlar las entradas y salidas.
- Realizar una radiografía de tórax diaria.
- Emplear una técnica aséptica estricta en el cambio de vendajes.
- Administrar antibióticos profilácticos.
- Observar la aparición de fiebre y leucocitosis.
- Recoger muestras para realizar cultivos de sangre, orina, esputos y de heridas cuando la temperatura sea superior a 38 °C, según corresponda.
- Administrar soluciones orales antifúngicas.
- Administrar nutrición parenteral total, si es preciso.
- Administrar analgésicos, si es necesario.
- Enseñar al paciente y a la familia el funcionamiento del dispositivo.
- Proporcionar apoyo emocional al paciente y a la familia.

2.ª edición 1996; revisada en 2000

Bibliografía:

LeMone, P., & Burke, K. M. (2000). *Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall pp. 1110–1112.

Ruzevich, S. (1993). Cardiac assist devices. In J. M. Clochesy, C. Breu, S. Cardin, E. B. Rudy, & A. A. Whittaker (Eds.), *Critical care nursing* (pp. 183-192). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial 4062

Definición: Mejora de la circulación arterial.

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos periféricos, edemas, relleno capilar, color y temperatura).
- Determinar el índice tobillo-brazo, según corresponda.
- Evaluar los edemas y los pulsos periféricos.
- Inspeccionar la piel en busca de úlceras arteriales o de solución de continuidad tisular.
- Observar el grado de incomodidad o de dolor durante el ejercicio, por la noche o al descansar.
- Colocar la extremidad en posición declive, según sea conveniente.
- Administrar antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes, según sea conveniente.
- Realizar cambios posturales del paciente como mínimo cada 2 horas, según sea conveniente.
- Animar al paciente a realizar ejercicio según su tolerancia.
- Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., badana debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas, estribo/soporte en los pies de la cama; zapatos a medida).
- Proporcionar calor (p. ej., ropa de cama adicional, aumento de la temperatura de la habitación), según sea conveniente.
- Enseñar al paciente los factores que afectan a la circulación (p. ej., fumar, utilizar ropas ceñidas, exposición a temperaturas frías y cruzar las piernas y los pies).
- Enseñar al paciente a cuidarse los pies adecuadamente.
- Evitar la aplicación directa de calor en la extremidad.
- Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.
- Monitorizar el estado hídrico, incluyendo las entradas y salidas.
- Curar las heridas, según sea conveniente.

3.ª edición 2000; revisada en 2004

Bibliografía:

Anonymous. (2001). Arterial vs. venous ulcers: Diagnosis and treatment. *Advances in Skin & Wound Care, 14*(3), 146-147.

Hayward, L. (2002). Wound care. Patient-centered leg ulcer care. *Nursing Times, 98*(2), 59 61.

Hiatt, W. R., & Regensteiner, J. G. (1993). Nonsurgical management of peripheral arterial disease. *Hospital Practice, 28*(2), 59-70.

Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa 4066

Definición: Mejora de la circulación venosa.

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos periféricos, edemas, relleno capilar, color y temperatura).
- Evaluar los edemas y los pulsos periféricos.
- Inspeccionar la piel en busca de úlceras arteriales o de solución de continuidad tisular.
- Realizar los cuidados de la herida (desbridamiento, antibióticos), si es necesario.
- Aplicar apósitos adecuados al tamaño y al tipo de la herida, según sea conveniente.
- Observar el grado de molestias o dolor.
- Enseñar al paciente la importancia de la terapia compresiva.
- Aplicar modalidades de terapia compresiva (vendajes de larga/corta extensión), según sea conveniente.
- Elevar la pierna afectada 20° o más por encima del nivel del corazón, según sea conveniente.
- 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.
- Administrar antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes, según sea conveniente.
- Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., badana debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas, estribo/soporte en los pies de la cama; zapatos a medida).
- Enseñar al paciente a cuidarse los pies adecuadamente.
- Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.
- Controlar el estado hídrico, incluidas las entradas y salidas.

3.ª edición 2000; revisada en 2004

Bibliografía:

Anonymous. (2001). Arterial vs. venous ulcers: Diagnosis and treatment. *Advances in Skin & Wound Care, 14*(3), 146-147.

Hayward, L. (2002). Wound care. Patient-centered leg ulcer care. *Nursing Times, 98*(2), 59 61.

Hess, C. T. (2001). Management of a venous ulcer: A case study approach. *Advances in Skin & Wound Care, 14*(3), 148-149.

Kunimoto, B. T. (2001). Management and prevention of venous leg ulcers: A literature-guided approach. *Ostomy/Wound Management, 47*(6), 36-49.

Cuidados de canguro (del niño prematuro) 6840

Definición: Fomentar el contacto piel con piel entre el progenitor u otro cuidador y el bebé prematuro fisiológicamente estable.

Actividades:

- Explicar las ventajas e implicaciones de proporcionar un contacto piel con piel al bebé.
- Vigilar los factores que influyen en la participación de los padres en el cuidado (p. ej., disposición, salud, disponibilidad y presencia de sistema de apoyo).
- Asegurar que el estado fisiológico del bebé cumple con las directrices de participación en los cuidados.
- Preparar un ambiente tranquilo, privado y cálido.
- Proporcionar al progenitor un sillón reclinable o una mecedora.
- Indicar al progenitor que lleve ropa cómoda que se abra por delante.
- Instruir al progenitor acerca del traslado del bebé desde la incubadora, cama calentadora o cuna y el manejo del equipo y tubos.
- Colocar al bebé con pañales, erguido en posición de prono, sobre el tórax del progenitor.
- Girar la cabeza del bebé hacia un lado en una posición ligeramente extendida para facilitar el contacto ocular con el progenitor y mantener la vía aérea abierta.
- Evitar la flexión hacia delante y la hiperextensión de la cabeza del bebé.
- Las caderas y brazos del bebé deben estar flexionados.
- Afianzar la postura del bebé y del progenitor (p. ej., atar una prenda alrededor del conjunto bebé-progenitor, arropar al bebé con la ropa del progenitor y colocar una manta por encima de ambos).
- Instruir al progenitor como introducir y sacar al bebé de entre la ropa de unión.
- Animar al progenitor a que se centre en el bebé en vez de en los ajustes y equipos de tecnología avanzada.
- Animar al progenitor a que acaricie suavemente al bebé en la posición erguida en prono.
- Animar al progenitor a que acune suavemente al bebé en la posición erguida en prono.
- Fomentar la estimulación auditiva del bebé.
- Apoyar al progenitor en la alimentación y en los cuidados del bebé.
- Instruir al progenitor que sujete al bebé abarcándole con ambas manos.
- Animar al progenitor a que identifique las claves de conducta del bebé.
- Indicar al progenitor los cambios de estado del bebé.
- Animar al progenitor a que se siente, se ponga de pie, camine y realice otras actividades de interés mientras mantiene el contacto piel con piel.
- Animar a las madres durante el posparto a deambular cada 90 minutos mientras mantienen el contacto piel con piel, para evitar la enfermedad trombótica.
- Aconsejar al progenitor que disminuya la actividad cuando el bebé muestre signos de estimulación excesiva, molestia o rechazo.
- Aconsejar a la madre/padre que deje dormir al bebé durante los cuidados de canguro.
- Fomentar la lactancia materna durante los cuidados de canguro si es apropiado.
- Animar al progenitor a que realice los cuidados de canguro al menos 60 minutos, para evitar cambios frecuentes y potencialmente estresantes, si es posible.
- Instruir al progenitor para que aumente de forma gradual el tiempo de cada contacto piel con piel, de modo que el período sea al final lo más continuo posible.
- Monitorizar la reacción emocional y las preocupaciones del progenitor en relación con los cuidados de canguro.
- Monitorizar el estado fisiológico del bebé (color, temperatura, frecuencia cardíaca y apnea).
- Instruir al progenitor sobre el modo de monitorizar el estado fisiológico del bebé.
- Apoyar al progenitor para que continúe el contacto piel con piel en el domicilio.
- Interrumpir el cuidado si el bebé desarrolla un compromiso fisiológico o agitación.

2.ª edición 1996; revisada en 2013

Bibliografía:

Askin, D. F., & Wilson, D. (2007). The high risk newborn and family. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (8th ed., pp. 344-421). St. Louis: Mosby Elsevier.

Breitbach, K. M. (2001). Kangaroo care. In M. Craft-Rosenberg, & J. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants, children, and families* (pp. 151-162). Thousand Oaks, CA: Sage.

Johnston, C., Filion, F., Campbell-Yeo, M., Goulet, C., Bell, L., McNaughton, K., Byron, J., Aita, M., Finley, G., & Walker, C. (2008). Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: A crossover trial. *BMC Pediatrics, 8*(13). doi: 10.1186/1471-2431-8-13.

Renfrew, M., Craig, D., Dyson, L., McCormick, F., Rice, S., King, S., ..., Williams, A. (2009). Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: A systematic review and economic analysis. *Health Technology Assessment, 13*(40), 1-146.

Smith, K. M. (2007). Sleep and kangaroo care: Clinical practice in the newborn intensive care unit where the baby sleeps. *Journal of Perinatology and Neonatal Nursing, 21*(2), 151-157.

Suman, R. P., Udani, R., & Nanavati, R. (2008). Kangaroo mother care for low birth weight infants: A randomized controlled trial. *Indian Pediatrics, 45*(1), 17-23.

World Health Organization Department of Reproductive Health and Research. (2003). *Kangaroo mother care: A practical guide*. Geneva, Switzerland: Author.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

Cuidados de enfermería al ingreso 7310

Definición: Facilitar el ingreso del paciente en un centro sanitario.

Actividades:

- Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados.
- Orientar al paciente/familia/allegados sobre las expectativas de los cuidados.
- Ofrecer una intimidad adecuada para el paciente/familia/allegados.
- Orientar al paciente/familia/allegados en el entorno inmediato.
- Orientar al paciente/familia/allegados en las instalaciones del centro.
- Obtener la historia al ingresar, incluyendo información sobre enfermedades médicas anteriores, medicaciones y alergias.
- Realizar la valoración física en el momento del ingreso, según corresponda.
- Realizar la valoración económica en el momento del ingreso, según corresponda.
- Realizar la valoración psicosocial en el momento del ingreso, según corresponda.
- Realizar la valoración religiosa en el momento del ingreso, según corresponda.
- Realizar la valoración de riesgo al ingresar (p. ej., riesgo de caídas, detección de tuberculosis, valoración cutánea).
- Proporcionar al paciente el «Documento de Derechos del Paciente».
- Obtener información de instrucciones de cuidados avanzados (es decir, testamento vital o similar).
- Documentar la información pertinente.
- Mantener la confidencialidad de los datos del paciente.
- Identificar al paciente con riesgo de reingreso.
- Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos de cuidados de enfermería, resultados e intervenciones.
- Comenzar la planificación del alta.
- Poner en práctica precauciones de seguridad, si es el caso.
- Etiquetar el gráfico del paciente, la puerta de la habitación y/o la cabecera de la cama, según corresponda.
- Notificar al médico el ingreso y estado del paciente.
- Obtener las órdenes del médico sobre los cuidados que hay que efectuar al paciente.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Cuidados de la circuncisión 3000

Definición: Apoyo antes y después del procedimiento en los pacientes sometidos a una circuncisión.

Actividades:

- Verificar que el formulario de consentimiento quirúrgico está correctamente firmado.
- Verificar la identificación correcta del paciente.
- Administrar analgesia previa al procedimiento alrededor de 1 hora antes del mismo (p. ej., paracetamol).
- Durante el procedimiento, colocar al paciente en una posición cómoda.
- Utilizar un asiento de circuncisión acolchado para los lactantes.
- Durante el procedimiento, utilizar un calentador radiante para mantener la temperatura corporal.
- Proteger los ojos del niño de la luz directa.
- Durante el procedimiento y hasta la siguiente ingesta de comida, utilizar un chupete empapado con sacarosa, con el permiso de los padres/tutores.
- Durante la circuncisión, envolver la parte superior del cuerpo del niño.
- Durante el procedimiento, poner música suave apropiada.
- Monitorizar los signos vitales.
- Administrar un anestésico local tópico (p. ej., EMLA), según la prescripción.
- Ayudar al médico en el bloqueo del nervio dorsal del pene, según corresponda.
- Aplicar vaselina blanca y/o un apósito, según corresponda.
- Controlar si hay hemorragia cada 30 minutos como mínimo durante las 2 horas posteriores al procedimiento.
- Proporcionar analgesia tras el procedimiento cada 4-6 horas durante 24 horas (p. ej., paracetamol).
- Enseñar al paciente/progenitores los signos y síntomas que deben notificarse al médico (p. ej., aumento de la temperatura, hemorragia, tumefacción, incapacidad para orinar).
- Disponer las adaptaciones culturales.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

Alkalay, A. L., & Sola, A. (2000). Analgesia and local anesthesia for nonritual circumcision in stable healthy newborns. *Neonatal Intensive Care, 13*(2), 19-22.

Joyce, B. A., Keck, J. F., & Gerkensmeyer, J. (2001). Evaluation of pain management interventions for neonatal circumcision pain. *Journal of Pediatric Health Care, 15*(3), 105-114.

University of Iowa Hospital and Clinics, Children's and Women's Services, Department of Nursing. (2000). *Circumcision standard of practice*. Iowa City, IA: Author.

Williamson, M. L. (1997). Circumcision anesthesia: A study of nursing implications for dorsal penile nerve block. *Pediatric Nursing, 23*(1), 59-63.

Cuidados de la incontinencia intestinal 0410

Definición: Estimulación de la continencia intestinal y mantenimiento de la integridad de la piel perianal.

Actividades:

- Determinar la causa física o fisiológica de la incontinencia fecal.
- Determinar el inicio y tipo de la incontinencia intestinal, la frecuencia de los episodios y cualquier cambio relacionado de la función intestinal o de la consistencia de las deposiciones.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Eliminar la causa de la incontinencia (p. ej., fármaco, infección, impactación fecal), si es posible.
- Determinar los objetivos del programa de control intestinal con el paciente/familia.
- Comentar los procedimientos y resultados esperados con el paciente.
- Instruir al paciente/familia a que lleve un registro de las defecaciones, si es preciso.
- Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición.
- Utilizar detergentes no iónicos para la limpieza, si es el caso.
- Proteger la piel del exceso de humedad de la orina, heces o sudor mediante una crema antihumedad (p. ej., vaselina, lanolina, dimeticona), según se precise.
- Utilizar polvos y cremas en la zona perianal con precaución.
- Vigilar la piel perianal por si se desarrollan úlceras por presión o infecciones.
- Mantener la cama y la ropa limpias.
- Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal, según corresponda.
- Programar las defecaciones con un inodoro portátil a la cabecera de la cama o una cuña, según corresponda.
- Monitorizar que se produzca una evacuación intestinal adecuada.
- Controlar las necesidades dietéticas y de líquidos.
- Evitar alimentos que causen diarrea.
- Administrar la medicación antidiarreica prescrita (p. ej., loperamida, atropina).
- Monitorizar los efectos secundarios de la administración de medicamentos.
- Utilizar una sonda rectal, un dispositivo de taponamiento anal o un dispositivo de recogida fecal en las personas que tengan la piel intacta, según se precise.
- Vaciar el dispositivo rectal, según se precise.
- Cambiar el dispositivo externo con frecuencia.
- Proporcionar pañales de incontinencia, según se precise.
- Proporcionar ropa interior de protección, según se precise.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Leung, F. W., Schnelle, J., & Rao, S. S. (2008). Fecal incontinence. In E. A. Capezuti, E. L. Siegler, & M. D. Mezey (Eds.), *Encyclopedia of elder care* (2nd ed., pp. 303-305). New York, NY: Springer.

Padmanabhan, A., Stern, M., Wishin, J., Mangino, M., Richey, K., & DeSane, M. (2007). Clinical evaluation of a flexible fecal incontinence management system. *American Journal of Critical Care, 16*(4), 384-393.

Rao, S. S. (2004). Diagnosis and management of fecal incontinence. *American Journal of Gastroenterology, 99*(8), 1584-1604.

Slater, W. (2003). Management of faecal incontinence of a patient with spinal cord injury. *British Journal of Nursing, 12*(12), 727-734.

Wishin, J., Gallagher, T. J., & McCann, E. (2008). Emerging options for the management of fecal incontinence in hospitalized patients. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing, 35*(1), 104-110.

Cuidados de la incontinencia intestinal: encopresis 0412

Definición: Fomento de la continencia intestinal en niños.

Actividades:

- Obtener información sobre el historial de entrenamiento para el control de esfínteres, duración de la encopresis e intentos realizados para eliminar el problema.
- Determinar la causa del problema (p. ej., estreñimiento e impactación fecal), según corresponda.
- Solicitar pruebas para detectar causas físicas (p. ej., endoscopia, procedimientos radiográficos y análisis de heces).
- Preparar al niño y a la familia para las pruebas diagnósticas.
- Realizar una exploración rectal, si resulta oportuno.
- Enseñar a la familia la fisiología de la defecación normal y la educación sobre el control de esfínteres.
- Formular un plan de reentrenamiento intestinal con la familia (p. ej., aceite mineral, dieta alta en fibra, rutina regular para ir al baño).
- Anime al niño a sentarse en el inodoro de 10 a 15 minutos después de las comidas durante intervalos de 10 minutos.
- Coloque un taburete debajo de los pies para relajar el abdomen.
- Proporcionar refuerzos positivos (p. ej., pegatinas, elogios, actividades especiales) para animar al niño a participar en el régimen intestinal.
- Llevar a cabo una evaluación psicosocial de la familia, que incluya las respuestas de los cuidadores y la autoestima del niño.
- Comentar la dinámica psicosocial de la encopresis con los progenitores (p. ej., patrones familiares, separación familiar, cuestiones de autoestima y características de autolimitación).
- Usar terapia lúdica para ayudar al niño a superar sus sentimientos.
- Explorar los patrones de comunicación familiar, fortalezas y habilidades para sobrellevar la situación.
- Animar a los padres a fomentar la seguridad eliminando la ansiedad asociada con el uso del baño.
- Animar a los padres a demostrar amor y aceptación en casa para contrarrestar el ridículo de sus compañeros.
- Remitir a terapia familiar, según corresponda.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Bibliografía:

American Academy of Pediatrics. (2015). *Soiling (encopresis).* Obtenido de http://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/emotional-problems/Pages/Soiling-Encopresis.aspx.

Coughlin, E. C. (2003). Assessment and management of pediatric constipation in primary care. *Pediatric Nursing, 29*(4), 296-301.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). *Wong's nursing care of infants and children* (9th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby pp. 722–723.

Montgomery, D. F., & Navarro, F. (2008). Management of constipation and encopresis in children. *Journal of Pediatric Health Care, 22*(3), 199-204.

C

Cuidados de la incontinencia urinaria 0610

Definición: Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.

Actividades:

- Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo posmiccional y medicamentos).
- Use el acrónimo DIAPPERS *(Delirium, Infection, Atrophic urethritis or vaginitis, Pharmacology, Psychological disorders, Endocrine disorders, Restricted mobility, Stool impaction)* para identificar las posibles causas de la incontinencia transitoria.
- 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.
- Proporcionar prendas protectoras o compresas, si es necesario.
- 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.
- Programar la administración de diuréticos para que tenga menos impacto en el estilo de vida.
- Enseñar al paciente y la familia a registrar la diuresis y el patrón miccional, según corresponda.
- Poner en práctica programas de vaciado cronometrado (es decir, ofrecer ayuda para usar el inodoro cada 2 horas mientras está despierto) o vaciado provocado (es decir, animar al paciente a que solicite ayuda cuando sienta ganas de vaciar), según corresponda.
- Instruir al paciente sobre beber un mínimo de 1,5 l de líquido al día.
- Enseñar las maneras de evitar el estreñimiento o la impactación fecal.
- Aconsejar que incluso del 5% al 10% de pérdida de peso corporal le puede ayudar con los síntomas.
- Instruir sobre cómo realizar los ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos del piso pélvico.
- 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, médico, farmacológico y autoprescrito.
- Monitorizar los hábitos intestinales.
- Determinar la necesidad de colocación de un catéter permanente, ya que las complicaciones aumentan cuanto más tiempo esté colocado el catéter.
- Remitir al especialista en continencia urinaria, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Blanchette, K. (2012). Exploration of nursing care strategies for the management of urinary incontinence in hospitalized women. *Urologic Nursing, 32*(5), 256-259.

Hersh, L., & Salzman, B. (2013). Clinical management of urinary incontinence in women. *American Family Physician, 87*(9), 634-640.

Knott, L. (2013). *Urge incontinence.* Obtenido de http://www.patient.co.uk/health/urge-incontinence.

Roe, B., Flanagan, I., Jack, B., Barrett, J., Chung, A., Shaw, C., & Williams, K. (2011). Systematic review of the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes: Descriptive studies with urinary incontinence as primary focus. *Journal of Advanced Nursing, 67*(2), 228-250.

Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis 0612

Definición: Estimulación de la continencia urinaria en niños que se orinan en la cama después de la edad normal de control.

Actividades:

- Entrevistar a los progenitores para obtener datos acerca del historial del control de esfínteres, patrón de eliminación urinaria, infecciones del tracto urinario, sensibilidad a ciertos alimentos y estreñimiento.
- Determinar la frecuencia, duración y circunstancias de la enuresis.
- Comentar los métodos eficaces e ineficaces del tratamiento anterior.
- Observar periódicamente el nivel de frustración y estrés de la familia y del niño.
- Ayudar con la valoración (p. ej., examen físico, cistograma, cistoscopia y pruebas de laboratorio) para descartar una causa física.
- Comentar las técnicas que se deben usar para reducir la enuresis (p. ej., luz nocturna, ingesta restringida de líquidos 3 horas antes de acostarse, horario, programación de las salidas nocturnas al baño y uso del sistema de alarma).
- Comentar maneras prácticas de reducir el impacto de la enuresis nocturna (p. ej., protecciones para camas, productos lavables y desechables).
- Promover una dieta rica en fibra con frutas y verduras crudas.
- Animar al niño a verbalizar los sentimientos.
- Enfatizar las virtudes del niño.
- Animar a los progenitores a que muestren amor y aceptación en casa para contrarrestar la ridiculización por parte de los compañeros.
- Informar a los niños y a los jóvenes, así como a sus padres y cuidadores, de que mojar la cama no es su culpa y de que no se deben utilizar medidas de castigo.
- Asegurar a los padres y cuidadores que muchos niños menores de 5 años mojan la cama una vez a la semana.
- Sugerir una prueba de al menos 2 noches seguidas sin pañales o braga-pañales para un niño con enuresis menor de 5 años que ha sido entrenado para ir al baño durante el día durante más de 6 meses.
- Usar recompensas positivas por las conductas acordadas (p. ej., usar el baño antes de dormir, tomar medicamentos) en lugar de premiar las noches secas.
- Considere el uso de un sistema de alarma cuando la enuresis nocturna no haya respondido a las recomendaciones sobre líquidos, uso del inodoro o recompensas.
- Informar a los usuarios y cuidadores acerca de los beneficios de las alarmas combinadas con sistemas de recompensa (p. ej., despertarse cuando la alarma se dispara, ir al baño después de que la alarma se dispara, regresar a la cama y restablecer la alarma).
- Continuar el tratamiento de alarma hasta que se haya logrado un mínimo de 3 semanas de noches secas ininterrumpidas.
- Analizar la dinámica psicosocial de la enuresis con los progenitores (patrones familiares, ruptura familiar, cuestiones de autoestima y características de autolimitación).
- Administrar medicamentos según corresponda para el control a corto plazo, según corresponda.
- Derivar a los que no han respondido a los tratamientos con una alarma o medicamento a un especialista.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

American Society of Registered Nurses. (2010). Increase in bedwetting year-round. *The Journal of Advanced Nursing Practice* Obtenido de https://www.asrn.org/journal-advanced-practice-nursing/812-increase-in-bedwetting-year-round.html.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). *Nocturnal enuresis: The management of bedwetting in children and young people*. London, England: National Clinical Guideline Centre.

Wootton, J., & Norfolk, S. (2010). Nocturnal enuresis: assessing and treating children and young people. *Community Practitioner, 83*(12), 37-39.

Cuidados de la ostomía 0480

Definición: Asegurar la evacuación a través de un estoma y los cuidados del tejido circundante.

Actividades:

- Instruir al paciente/allegados en la utilización del equipo/cuidados de la ostomía.
- Hacer que el paciente/allegados muestren el uso del equipo.
- Ayudar al paciente a obtener el equipo necesario.
- Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente, si es necesario.
- Observar la curación de la incisión/estoma.
- Vigilar posibles complicaciones postoperatorias, como obstrucción intestinal, íleo paralítico, fístula de la anastomosis o separación mucocutánea.
- Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía.
- Cambiar/vaciar la bolsa de ostomía, según corresponda.
- Irrigar la ostomía, según corresponda.
- Ayudar al paciente a practicar los autocuidados.
- Animar al paciente/allegado a expresar los sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen corporal.
- Evaluar los cuidados de la ostomía por parte del paciente.
- Explicar al paciente lo que representarán los cuidados de la ostomía en su rutina diaria.
- Ayudar al paciente a planificar en el tiempo la rutina de los cuidados.
- Instruir al paciente cómo monitorizar la presencia de posibles complicaciones (lesión mecánica, lesión química, exantema, fugas, deshidratación, infección).
- Instruir al paciente acerca de los mecanismos para disminuir el olor.
- Controlar las pautas de evacuación.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- Ayudar al paciente a identificar los factores que afectan a la pauta de evacuación.
- Instruir al paciente/allegados acerca de la dieta adecuada y los cambios esperados en la función de evacuación.
- Proporcionar apoyo y ayuda mientras el paciente desarrolla la técnica para el cuidado del estoma/tejido circundante.
- Enseñar al paciente a masticar concienzudamente, a evitar alimentos que antes le hubiesen causado trastornos digestivos, a añadir los alimentos nuevos de uno en uno y a beber líquidos en abundancia.
- Enseñar los ejercicios de Kegel si el paciente tiene un reservorio ileoanal.
- Enseñar al paciente a intubar y drenar la bolsa Indiana siempre que la note llena (cada 4-6 horas).
- Comentar sus preocupaciones acerca del funcionamiento sexual, según corresponda.
- Fomentar las visitas al paciente por parte de personas de grupos de apoyo con el mismo problema.
- Expresar confianza respecto a que el paciente puede continuar haciendo vida normal con la ostomía.
- Fomentar la participación en grupos de apoyo para pacientes con ostomía después del alta hospitalaria.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

Bradley, M., & Pupiales, M. (1997). Essential elements of ostomy care. *American Journal of Nursing, 97*(7), 38-46.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2000). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins pp. 1109–1112.

Innes, B. S. (1986). Meeting bowel elimination needs. In K. C. Sorenson, & J. Luckmann (Eds.), *Basic nursing* (pp. 827-851). Philadelphia: W. B. Saunders.

O'Shea, H. S. (2001). Teaching the adult ostomy patient. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing, 28*(1), 47-54.

Cuidados de la piel: tratamiento tópico 3584

Definición: Aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.

Actividades:

- Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera.
- Realizar la limpieza con jabón antibacteriano, si resulta oportuno.
- Vestir al paciente con ropas no restrictivas.
- Espolvorear la piel con polvos medicinales, según corresponda.
- Retirar el esparadrapo y los restos.
- Proporcionar soporte a las zonas edematosas (almohada debajo de los brazos y soporte para escroto), según corresponda.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal, si es necesario.
- Administrar fricciones en la espalda o el cuello, según corresponda.
- Cambiar el preservativo colector de orina, según corresponda.
- Aplicar los pañales sin comprimir, según corresponda.
- Colocar empapadores para la incontinencia, si es el caso.
- Dar masaje alrededor de la zona afectada.
- Aplicar un dispositivo de ostomía que encaje adecuadamente, cuando se precise.
- Cubrir las manos con guantes, cuando resulte oportuno.
- Proporcionar higiene antes y después de orinar/defecar, si es necesario.
- Abstenerse de administrar aplicaciones de calor local.
- Abstenerse de utilizar jabones alcalinos en la piel.
- Mojar en baño coloidal, según corresponda.
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con el programa específico.
- Utilizar dispositivos en la cama (badana) que protejan la piel del paciente.
- Aplicar protectores para los talones, si es el caso.
- Aplicar polvos secantes en los pliegues de piel profundos.
- Poner en marcha los servicios de consulta con la enfermera estomaterapeuta, si se requiere.
- Aplicar un apósito oclusivo transparente, si es necesario.
- Aplicar antibióticos tópicos a la zona afectada, según corresponda.
- Aplicar un agente antiinflamatorio tópico a la zona afectada, si está indicado.
- Aplicar emolientes a la zona afectada.
- Aplicar un antifúngico tópico en la zona afectada, si es preciso.
- Aplicar un desbridante tópico en la zona afectada, cuando se requiera.
- Pincelar o pulverizar las verrugas de la piel con nitrógeno líquido, según corresponda.
- Inspeccionar diariamente la piel en personas con riesgo de pérdida de integridad de la misma.
- Registrar el grado de afectación de la piel.
- Añadir humedad al ambiente con un humidificador, si es necesario.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2000

Bibliografía:

Frantz, R. A., & Gardner, S. (1994). Management of dry skin. *Journal of Gerontological Nursing, 20*(9), 15-18.

Hardy, M. A. (1992). Dry skin care. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (2nd ed., pp. 34-47). Philadelphia: W. B. Saunders.

Kemp, M. G. (1994). Protecting the skin from moisture and associated irritants. *Journal of Gerontological Nursing, 20*(9), 8-14.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Skin integrity and wound care. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 855-895). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Titler, M., Pettit, D., Bulechek, G., McCloskey, J., Craft, M., Cohen, M., ..., Tripp-Reimer, T. (1991). Classification of nursing interventions for care of the integument. *Nursing Diagnosis, 2*(2), 45-56.

Cuidados de la piel: zona del injerto 3583

Definición: Prevención de complicaciones en la herida y fomento de la curación de la zona del injerto.

Actividades:

- Verificar que se ha realizado una anamnesis y una exploración física completas antes de la cirugía del injerto cutáneo.
- Aplicar apósitos de algodón o gasa para mantener la tensión adecuada en la zona del injerto, según el protocolo del centro.
- Proporcionar el control adecuado del dolor (p. ej., medicación, musicoterapia, distracción, masaje).
- Elevar la zona del injerto hasta que la circulación entre el injerto y el receptor se desarrolle (alrededor de 1 semana), después permitir que la zona del injerto esté en posición declive durante períodos de tiempo cada vez más prolongados, según protocolo del centro.
- Utilizar aspiración con aguja para evacuar fluidos debajo del injerto y mantener en contacto estrecho el lecho receptor y el injerto durante el período de revascularización postoperatoria.
- Evitar «desplazar» las ampollas de líquido al borde del injerto durante el período de revascularización postoperatoria.
- Evitar la fricción y el cizallamiento en la zona del injerto.
- Limitar la actividad del paciente a un reposo en cama hasta que el injerto se adhiera.
- Enseñar al paciente a mantener la parte afectada tan inmovilizada como sea posible durante la curación.
- Examinar diariamente los apósitos, según protocolo del centro.
- Monitorizar el color, la temperatura, el relleno capilar y la turgencia del injerto, si la zona no está cubierta con un apósito.
- Controlar si hay signos de infección (p. ej., fiebre, dolor) y otras complicaciones postoperatorias.
- Incorporar medidas agresivas para evitar el desarrollo de neumonía, embolia pulmonar y úlceras por presión durante el período de inmovilización.
- Proporcionar apoyo emocional, comprensión y consideración al paciente y a los miembros de la familia cuando el injerto no prenda.
- Dar apoyo al paciente para expresar de manera adecuada la ira, la hostilidad y la frustración si el injerto no prende.
- Enseñar al paciente métodos para proteger la zona de injerto de agresiones mecánicas y térmicas (p. ej., exposición al sol, uso de almohadillas calientes).
- Enseñar al paciente a utilizar medias de compresión, almohadillas o fajas para proteger la zona del injerto.
- Enseñar al paciente a aplicarse regularmente lubricación artificial en la zona del injerto, si es necesario.
- Enseñar al paciente que puede ser necesario proteger la zona del injerto durante años después del injerto.
- Enseñar al paciente que fumar disminuye el aporte sanguíneo a la interfase entre el injerto y el lecho receptor e incrementa las posibilidades de que no prenda, por lo que debe dejar de fumar.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

Donato, M. C., Novicki, D. C., & Blume, P. A. (2000). Skin grafting: Historic and practical approaches. *Clinics in Podiatric Medicine and Surgery, 17*(4), 561-598.

Lewis, S. M., Heitkemper, M. M., & Dirksen, S. R. (2000). *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (5th ed.). St. Louis: Mosby pp. 515–516, 543–544.

Mendez-Eastman, S. K. (2001). Skin grafting: Preoperative, intraoperative, and postoperative care. *Plastic Surgical Nursing, 21*(1), 49-51.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (1996). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (8th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott pp. 1534–1536, 1567.

Waymack, P., Duff, R. G., & Sabolinski, M. (2000). The effect of a tissue engineered bilayered living skin analog, over meshed split-thickness autografts on the healing of excised burn wounds. *Burns, 26*, 609-619.

White, L., & Duncan, G. (2002). *Medical-surgical nursing: An integrated approach* (2nd ed.). Albany, NY: Delmar p. 522.

Cuidados de la piel: zona donante 3582

Definición: Prevención de complicaciones en la herida y fomento de la curación de la zona donante.

Actividades:

- Verificar que se ha realizado una anamnesis y una exploración física completas antes de la cirugía del injerto cutáneo.
- Proporcionar el control adecuado del dolor (p. ej., medicación, musicoterapia, distracción, masaje).
- Incorporar técnicas de cura húmeda para autoinjertos cutáneos.
- Después de la cirugía, tapar la zona donante de autoinjertos cutáneos con alginato y un apósito transparente semioclusivo, según el protocolo del centro.
- Inspeccionar diariamente el apósito, según el protocolo del centro.
- Controlar si hay signos de infección (p. ej., fiebre, dolor) y otras complicaciones postoperatorias.
- Mantener limpia y libre de presión la zona donante.
- Enseñar al paciente a mantener la zona donante suave y flexible con crema (p. ej., lanolina, aceite de oliva).
- Enseñar al paciente a evitar la exposición de la zona donante a temperaturas extremas, traumatismos externos y luz solar.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

Mendez-Eastman, S. K. (2001). Skin grafting: Preoperative, intraoperative, and postoperative care. *Plastic Surgical Nursing, 21*(1), 49-51.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (1996) *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (Vol. I & II). (8th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott pp. 805, 1535–1536, 1567.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

Cuidados de la retención urinaria 0620

Definición: Ayudar a aliviar la distensión de la vejiga.

Actividades:

- Determinar 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.
- Estimular el reflejo de la vejiga aplicando frío en el abdomen, frotando la parte interior del muslo o haciendo correr agua.
- Proporcionar tiempo suficiente para el vaciado de la vejiga (10 minutos).
- Utilizar alcohol de gaulteria en la cuña u orinal.
- 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 la 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.
- Insertar y vigilar el uso de un catéter uretral permanente, según sea necesario.
- Determinar la necesidad del uso de un catéter permanente, ya que las complicaciones aumentan cuanto más tiempo esté colocado.
- Esté atento a las complicaciones del cateterismo (p. ej., infección, obstrucción, efectos psicológicos).
- Remitir al especialista en continencia urinaria, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Agency for Healthcare Research and Quality. (2013). *Chronic urinary retention (CUR) treatment.* Obtenido de http://effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/search-for-guides-reviews-and-reports/?productid=1539&pageaction=displayproduct.

Blanchette, K. (2012). Exploration of nursing care strategies for the management of urinary incontinence in hospitalized women. *Urologic Nursing, 32*(5), 256-259.

Herter, R., & Kazer, M. W. (2010). Best practices in urinary catheter care. *Home Healthcare Nurse, 28*(6), 342-349.

Johansson, R. M., & Christensson, L. (2010). Urinary retention in older patients in connection with hip fracture surgery. *Journal of Clinical Nursing, 19*(15–16), 2110-2116.

Lewis, S., Dirkson, S., Heitkemper, M., Bucher, L., & Camera, I. (2011). *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby pp. 1150–1151.

Cuidados de la sonda gastrointestinal 1874

Definición: Actuación ante un paciente con una sonda gastrointestinal.

Actividades:

- Observar la correcta colocación de la sonda, siguiendo el protocolo del centro.
- Verificar la colocación mediante una radiografía, siguiendo el protocolo del centro.
- Conectar la sonda para que aspire, según corresponda.
- Fijar la sonda a la parte corporal correspondiente teniendo en cuenta la comodidad e integridad de la piel del paciente.
- Irrigar la sonda, según corresponda.
- Observar si hay sensaciones de plenitud, náuseas y vómitos.
- Auscultar periódicamente los ruidos intestinales.
- Observar si se produce diarrea.
- Vigilar periódicamente el estatus hidroelectrolítico.
- Monitorizar la cantidad, el color y la consistencia del contenido nasogástrico drenado.
- Reemplazar el líquido gastrointestinal drenado con la solución i.v. adecuada, según prescripción.
- Proporcionar cuidados de la nariz y la boca 3-4 veces al día o cuando sea necesario.
- Proporcionar caramelos duros o chicle para humedecer la boca, según corresponda.
- Iniciar y monitorizar el aporte de alimentación por la sonda enteral, según corresponda, siguiendo el protocolo del centro.
- Enseñar al paciente y a la familia los cuidados de la sonda, según corresponda.
- Proporcionar cuidados de la piel alrededor de la zona de inserción de la sonda.
- Extraer la sonda cuando esté indicado.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Bowers, S. (1996). Tubes: A nurses' guide to enteral feeding devices. *MedSurg Nursing, 5*(5), 313-326.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Nutrition. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 941-982). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (1998). *Clinical nursing skills and techniques* (4th ed.). St. Louis: Mosby.

Thompson, J. M., McFarland, G. K., Hirsch, J. E., & Tucker, S. M. (1998). *Mosby's clinical nursing* (4th ed.). St. Louis: Mosby.

Cuidados de las heridas

3660

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

Actividades:

- Despegar los apósitos y el esparadrapo.
- Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.
- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Medir el lecho de la herida, según corresponda.
- Extraer el material incrustado (astilla, garrapata, cristal, grava, metal), según sea necesario.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.
- Colocar la zona afectada en una bañera de hidromasaje, según corresponda.
- Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario.
- Administrar cuidados de la úlcera cutánea, si es necesario.
- Aplicar una crema adecuada en la piel/lesión, según corresponda.
- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida.
- Reforzar el apósito, si es necesario.
- Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
- 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.
- Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas, según corresponda.
- Fomentar la ingesta de líquidos, según corresponda.
- Remitir al médico especialista en ostomías, según corresponda.
- Remitir al dietista, según corresponda.
- Aplicar TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea) para favorecer la curación de la herida, según corresponda.
- Colocar mecanismos de alivio de presión (p. ej., colchones con baja pérdida de aire, de espuma o gel; almohadillas para el codo o el talón; cojín para la silla), según corresponda.
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener material.
- Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura.
- Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida.
- Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.
- Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

Bryant, R. A. (2000). *Acute and chronic wounds: Nursing management*. St. Louis: Mosby.

Dwyer, F. M., & Keeler, D. (1997). Protocols for wound management. *Nursing Management, 28*(7), 45-49.

Hall, P., & Schumann, L. (2001). Wound care: Meeting the challenge. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 13*(6), 258-266.

Thompson, J. (2000). A practical guide to wound care. *RN, 63*(1), 48-52.

Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización

3664

Definición: Cuidados paliativos y prevención de las complicaciones de una herida maligna o de otro tipo cuando no es previsible la cicatrización.

Actividades:

- Proporcionar un control adecuado del dolor (p. ej., relajación, distracción, administración de terapia analgésica antes y después de los cambios de vendaje).
- Acordar la realización de descansos mientras se realizan procedimientos en la úlcera.
- Humedecer los vendajes con solución salina antes de retirarlos, cuando proceda.
- Describir las características de la úlcera, observando el tamaño, ubicación, exudado, color, hemorragia, dolor, olor y edema.
- Registrar los cambios observados en la evolución de la úlcera.
- Observar los signos y síntomas de infección de la herida.
- Observar los signos de dermatitis en la piel periulcerosa, usando cremas de barrera, si procede.
- Irrigar la úlcera con agua o solución salina, evitando una presión excesiva.
- Evitar la fricción con gasa durante la limpieza.
- Evitar el uso de antisépticos.
- Limpiar la úlcera, comenzando con la zona más limpia y moviéndose hacia la más sucia.
- Limpiar suavemente la piel periulcerosa seca.
- Evitar la desbridación química o mecánica del tejido.
- Aplicar medicación tópica (p. ej., citostáticos, antibióticos, analgésicos), según sea necesario.
- Usar apósitos de carbón activado, si procede.
- Utilizar apósitos muy absorbentes cuando haya abundante secreción.
- Colocar un dispositivo de drenaje, según sea necesario.
- Aplicar presión manual sobre los puntos hemorrágicos o en las zonas que puedan sangrar.
- Establecer comunicación con el paciente sobre el aspecto que más le preocupa de la úlcera.
- Determinar el impacto que la úlcera está teniendo en la calidad de vida del paciente (p. ej., sueño, apetito, actividad, estado de ánimo, relaciones).
- Enseñar al paciente y/o a sus familiares el procedimiento para el cuidado de la úlcera, según corresponda.
- Instruir al paciente y a su familia acerca de los signos de infección.
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener los materiales necesarios para los cambios de vendaje.
- Enseñar al paciente y a la familia cómo deshacerse de los apósitos usados.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Enseñar los métodos para proteger la herida de golpes, presión y fricción (p. ej., uso de almohadas, cojines, almohadillas).
- Animar al paciente a participar en actividades sociales, ejercicio y relajación, si procede.
- Animar al paciente a que mire la parte del cuerpo que ha sufrido el cambio.
- Proporcionar apoyo emocional al paciente y al cuidador familiar.
- Identificar los métodos de reducir el impacto causado por cualquier desfiguración mediante el uso de prendas de vestir, si es apropiado.
- Ayudar al paciente a asumir una mayor responsabilidad con el autocuidado, en la medida posible.
- Animar al paciente y a la familia para que desempeñen un papel activo en el tratamiento y la rehabilitación, según corresponda.

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Carroll, M. C., Fleming, M., Chitambar, C. R., & Neuburg, M. (2002). Diagnosis workup and prognosis of cutaneous metastases of unknown primary origin. *Dermatologic Surgery, 28*(6), 533-535.

Cormio, G., Capotorto, M., Vagno, G., Cazzolla, A., Carriero, C., & Selvaggi, L. (2003). Skin metastases in ovarian carcinoma: A report of nine cases and a review of the literature. *Gynecologic Oncology, 90*(3), 682-685.

Emmons, K. R., & Lachman, V. D. (2010). Palliative wound care: A concept analysis. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing, 37*(6), 639-644.

Ferris, F. D., Al Khateib, A., Fromantin, I., Hoplamazian, L., Hurd, T., Krasner, D., ..., Rich-Vanderbij, L. (2007). Palliative wound care: Managing chronic wounds across life's continuum: A consensus statement from the International Palliative Wound Care Initiative. *Journal of Palliative Medicine, 10*(1), 37-39.

Langemo, D., Anderson, J., Hanson, D., Thompson, P., & Hunter, S. (2007). Understanding palliative wound care. *Nursing, 37*(1), 65-66.

Lookingbill, D. P., Spangler, N., & Helm, K. F. (1993). Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: A retrospective study of 4020 patients. *Journal of the American Academy of Dermatology, 29*(2 Pt 1), 228-236.

Lund-Nielsen, B., Müller, K., & Adamsen, L. (2005). Malignant wounds in women with breast cancer: Feminine and sexual perspectives. *Journal of Clinical Nursing, 14*(1), 56-64.

Seaman, S. (2006). Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. *Seminars in Oncology Nursing, 22*(3), 185-193.

Cuidados de las heridas: drenaje cerrado 3662

Definición: Mantenimiento de un sistema de drenaje presurizado en una herida.

Actividades:

- Reunir el equipo y suministros necesarios a la cabecera de la cama del paciente (p. ej., frasco de muestras calibrado, empapador y guantes).
- Ayudar al paciente a ponerse en una posición cómoda.
- Evitar la transferencia de microorganismos (es decir, lavarse las manos y utilizar guantes limpios desechables).
- Exponer el sitio de inserción del catéter y del tubo, colocando el sistema de drenaje sobre un empapador.
- Comprobar la permeabilidad, hermeticidad y estabilidad de la bomba y del catéter, teniendo cuidado de no retirar suturas de forma involuntaria, si están presentes.
- Monitorizar la presencia de signos de infección, inflamación y molestias alrededor del drenaje.
- Notificar al profesional sanitario adecuado la oclusión del catéter, los signos de infección o molestias, el desplazamiento de los tubos y los sistemas de drenaje que estén llenos.
- Retirar el tapón o desconectar el tubo, dependiendo del sistema de drenaje (p. ej., Hemovac o Jackson-Pratt).
- Vaciar el drenaje en un frasco para muestras, evitando la contaminación de la boquilla del drenaje.
- Limpiar la boquilla del drenaje con una gasa empapada en antiséptico.
- Comprimir el sistema de drenaje y sujetarlo con fuerza mientras se reinserta el tapón o se conecta el tubo.
- Colocar el sistema de forma adecuada (es decir, evitar el acodamiento del tubo y fijarlo a la ropa del paciente o de la cama, según corresponda).
- Registrar el volumen y las características del drenaje (p. ej., color, consistencia y olor).
- Comprimir el sistema para aplicar aspiración a intervalos regulares, según la política del centro.
- Numerar los dispositivos de recogida, si hubiera más de uno.
- Eliminar los elementos sucios de manera adecuada.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2009). Skin integrity and wound healing. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed., pp. 989-1032). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2008). Wound care and dressings. In *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (7th ed., pp. 874-938). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Cuidados de las heridas: quemaduras 3661

Definición: Prevención de complicaciones de las heridas debidas a quemaduras y estimulación de su curación.

Actividades:

- Enfriar la herida con agua templada (20 °C) o solución salina en el momento de la lesión, si es posible.
- Lavar las heridas químicas continuamente durante 30 minutos o más para garantizar la eliminación de todo el producto cáustico.
- Determinar el área de entrada y salida de quemaduras eléctricas para evaluar qué órganos pueden estar afectados.
- Obtener un electrocardiograma (ECG) en todas las quemaduras eléctricas.
- Elevar la temperatura en el paciente con quemaduras por frío.
- Mantener permeables las vías aéreas para asegurar la ventilación.
- 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.
- Administrar toxoide tetánico, según corresponda.
- Utilizar medidas de aislamiento físico para prevenir la infección (p. ej., mascarilla, bata, guantes estériles, gorro y calzas).
- Informar al paciente del procedimiento que se va a seguir para vendar la herida.
- Proporcionar medidas de confort antes de cambiar los vendajes.
- Preparar un campo estéril y mantener una asepsia máxima durante todo el proceso.
- Retirar el vendaje/apósito exterior cortándolo y mojándolo con solución salina o agua.
- Realizar el desbridamiento de la herida, según corresponda.
- Aplicar agentes tópicos a la herida, según corresponda.
- Colocar un apósito oclusivo sin comprimir.
- Colocar en una postura correcta para preservar la funcionalidad de las extremidades y articulaciones para evitar la retracción.
- Proporcionar un control adecuado del dolor con medidas farmacológicas y no farmacológicas.
- Proporcionar cuidados cutáneos en los sitios donante e injerto.
- Asegurar la ingesta adecuada de nutrientes y líquidos.
- Administrar gammaglobulina para evitar desplazamientos de fluidos, según corresponda.
- Ayudar al paciente a determinar el grado real de cambios físicos y funcionales.
- Ofrecer al paciente opciones de reparación estética.
- Recomendar métodos para proteger la parte afectada.
- Ayudar al paciente a aceptar los cambios físicos y adaptarse a su estilo de vida (p. ej., relaciones sexuales, familiares, laborales y sociales).
- Proporcionar aceptación y soporte emocional durante los cuidados.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Badger, J. M. (2001). Burns: the psychological aspects. *American Journal of Nursing, 101*(11), 38-42.

DeSanti, L. (2005). Pathophysiology and current management of burn injury. *Advances in Skin and Wound Care, 18*(6), 323-332.

Flynn, M. B. (2004). Nutritional support for the burn-injured patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 16*(1), 139-144.

Kavanagh, S., & de Jong, A. (2004). Care of burn patients in the hospital. *Burns, 30*(Suppl. 8), A2-A6.

Pérez, M., Lara, J., Ibáñez, J., Cagigal, L., & León, C. M. (2006). *Guía de Actuación ante el paciente quemado. Málaga, España: Complejo Hospitalario Carlos Haya, Unidad de Enfermería de Quemados, Dirección de Enfermería* (in Spanish).

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Thompson, J. T., Meredith, J. W., & Molnar, J. A. (2002). The effect of burn nursing units on burn wound infections. *Journal of Burn Care & Rehabilitation, 23*(4), 281-286.

Weddell, R. (2004). Improving pain management for patients in a hospital burns unit. *Nursing Times, 100*(11), 38-40.

Cuidados de las úlceras por presión 3520

Definición: Facilitar la curación de úlceras por presión.

Actividades:

- Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud × anchura × profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.
- Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante.
- Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación.
- Aplicar calor húmedo a la úlcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona.
- Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.
- Desbridar la úlcera, si es necesario.
- Limpiar la úlcera con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro.
- Utilizar una aguja del calibre 19 y una jeringa de 35 ml para limpiar las úlceras profundas.
- Anotar las características del drenaje.
- Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda.
- Remojar con solución salina, según corresponda.
- Aplicar pomadas, según corresponda.
- Aplicar vendajes, si está indicado.
- Administrar medicaciones orales, según corresponda.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.
- Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada.
- Utilizar camas y colchones especiales, según corresponda.
- Utilizar dispositivos en la cama (badana) para proteger al paciente.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Asegurar una ingesta dietética adecuada.
- Controlar el estado nutricional.
- Verificar la ingesta adecuada de calorías y proteínas de alta calidad.
- Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda.
- Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.
- Iniciar los servicios de consulta con la enfermera estomaterapeuta, según sea necesario.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

Frantz, R. A., & Gardner, S. (1999). Pressure ulcer care. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 211-223). Philadelphia: W.B. Saunders.

Frantz, R. A., Gardner, S., Specht, J. K., & McIntire, G. (2001). Integration of pressure ulcer treatment protocol into practice: Clinical outcomes and care environment attributes. *Outcomes Management for Nursing Practice, 5*(3), 112-120.

Hirshberg, J., Coleman, J., Marchant, B., & Rees, R. S. (2001). TGF-[beta]3 in the treatment of pressure ulcers: A preliminary report. *Advances in Skin & Wound Care, 14*(2), 91-95.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis: Mosby pp. 175-191.

Spungen, A. M., Koehler, K. M., Modeste-Duncan, R., Rasul, M., Cytryn, A. S., & Bauman, W. A. (2001). 9 clinical cases of nonhealing pressure ulcers in patients with spinal cord injury treated with an anabolic agent: A therapeutic trial. *Advances in Skin & Wound Care, 14*(3), 139-144.

Whitney, J. D., Salvadalena, G., Higa, L., & Mich, M. (2001). Treatment of pressure ulcers with noncontact normothermic wound therapy: Healing and warming effects. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing, 28*(5), 244-252.

Cuidados de las uñas 1680

Definición: Fomentar un aspecto limpio, bien cuidado y atractivo de las uñas y prevenir la aparición de lesiones en la piel relacionadas con un cuidado ungueal inadecuado.

Actividades:

- Controlar o ayudar en la limpieza de las uñas, de acuerdo con la capacidad de autocuidado del individuo.
- Controlar o ayudar a cortar las uñas, de acuerdo con la capacidad de autocuidado del individuo.
- Mojar las uñas con agua caliente, limpiar debajo de las uñas con un palito de naranjo y retraer las cutículas con un empujapieles.
- Humedecer la zona alrededor de las uñas para evitar la sequedad.
- Observar si se produce algún cambio en las uñas.
- Quitar el esmalte de uñas antes de llevar al paciente al quirófano, según corresponda.
- Ayudar al paciente a aplicarse el esmalte, si resulta oportuno.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills & techniques* (5th ed.). St. Louis: Mosby pp. 145-150.

Titler, M., Pettit, D., Bulechek, G., McCloskey, J., Craft, M., Cohen, M., ..., Tripp-Reimer, T. (1991). Classification of nursing interventions for care of the integument. *Nursing Diagnosis, 2*(2), 45-56.

Cuidados de los oídos 1640

Definición: Prevenir o minimizar las amenazas al oído o la audición.

Actividades:

- Monitorizar la función auditiva.
- Monitorizar las estructuras anatómicas en busca de signos y síntomas de infección (p. ej., inflamación tisular y drenaje).
- Instruir al paciente sobre las estructuras anatómicas del oído y su función.
- Monitorizar los signos y síntomas de disfunción referidos por el paciente (p. ej., dolor, hipersensibilidad dolorosa, prurito, alteraciones auditivas, acúfenos y vértigo).
- Monitorizar los episodios de otitis media crónica (es decir, asegurar que se aplican las medidas preventivas y tratamientos apropiados).
- Instruir a los progenitores sobre el modo de observar los signos y síntomas de disfunción auditiva o infección en un niño.
- Realizar pruebas auditivas, según corresponda.
- Instruir a los pacientes sobre la relevancia de las pruebas auditivas anuales.
- Instruir a las mujeres en edad gestacional sobre la relevancia de los cuidados prenatales (p. ej., evitación de fármacos ototóxicos, ingesta dietética adecuada y control estricto del alcoholismo).
- Informar a los progenitores sobre las vacunaciones que evitan la posibilidad de una hipoacusia neurosensorial (p. ej., vacunación contra la rubéola, el sarampión y la parotiditis).
- Limpiar el oído externo con un dedo envuelto en una gasa.
- Instruir al paciente sobre el modo de limpiar los oídos.
- Controlar 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).
- Extraer el exceso de cerumen con el extremo retorcido de un paño mientras se tira de la oreja hacia abajo.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Considerar la irrigación del oído para la extracción del exceso de cerumen si la actitud expectante, la extracción manual y los agentes ceruminolíticos son ineficaces.
- Instruir a los progenitores para que se aseguren de que los niños no se introducen objetos extraños en el oído.
- Administrar gotas óticas, según corresponda.
- Instruir a los pacientes sobre el modo correcto de administrar gotas óticas.
- Instruir al paciente sobre el modo de controlar la exposición persistente a ruidos intensos.
- Instruir al paciente sobre la relevancia de la protección auditiva durante la exposición persistente a ruidos intensos.
- Instruir a los progenitores para que eviten la alimentación con biberón o que el lactante tome biberón mientras está en decúbito supino.
- Instruir al paciente que se realiza perforaciones en los oídos sobre el modo de evitar la infección en el sitio de inserción.
- Recomendar el uso de tapones para los oídos al nadar si el paciente es susceptible a las infecciones de oído.
- Instruir al paciente sobre el uso correcto y el modo de cuidar los dispositivos de ayuda o de realizar los tratamientos (p. ej., audioprótesis, pauta de medicación y tubos de drenaje transtimpánico).
- Instruir al paciente sobre los signos y síntomas que requieren ser notificados al profesional sanitario.
- Remitir al paciente a un otorrinolaringólogo, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Bryant, R. (2007). The child with cognitive, sensory, or communication impairment. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (8th ed., pp. 989-1027). St. Louis: Mosby Elsevier.

Craven, R., & Hirnle, C. (2009). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Russek, J. A. (2010). Care of patients with ear and hearing problems. In D. D. Ignatavicius, & M. L. Workman (Eds.), *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care* (6th ed., pp. 1120-1137). St. Louis: Elsevier Saunders.

Cuidados de los ojos 1650

Definición: Prevenir o minimizar las posibles agresiones a los ojos o a la integridad visual.

Actividades:

- Observar si hay enrojecimiento, exudación o ulceración.
- Indicar al paciente que no se toque los ojos.
- Observar el reflejo corneal.
- Retirar las lentes de contacto, según corresponda.
- Aplicar protección ocular, según corresponda.
- Tapar los ojos con parches, si es necesario.
- Alternar el parche ocular para la diplopía.
- Aplicar un colirio lubricante, según corresponda.
- Aplicar una pomada lubricante, si corresponde.
- Mantener el párpado cerrado con esparadrapo, cuando esté indicado.
- Aplicar una cámara de humedad, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Ackerman, L. L. (1992). Interventions related to neurologic care. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 325-346.

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Self-care and hygiene. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 703-752). Philadelphia, PA: Lippincott Williams, & Wilkins.

Hickey, J. (1992). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (3rd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.

Wincek, J., & Ruttum, M. S. (1989). Exposure keratitis in comatose children. *Journal of Neuroscience Nursing, 21*(4), 241-244.

Cuidados de los pies 1660

Definición: Limpieza e inspección de los pies con el objeto de conseguir una piel relajada, limpia y saludable.

Actividades:

- Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edema en los pies.
- Inspeccionar los zapatos del paciente para ver si calzan correctamente.
- Poner los pies en remojo, si es necesario.
- Secar cuidadosamente los espacios interdigitales.
- Aplicar loción.
- Limpiar las uñas.
- Aplicar polvos absorbentes de la humedad, si está indicado.
- Comentar con el paciente la rutina habitual de cuidado de los pies.
- Instruir al paciente/familia sobre la importancia del cuidado de los pies.
- Ofrecer una retroalimentación positiva respecto de las actividades de autocuidado de los pies.
- Observar la marcha del paciente y la distribución de peso sobre los pies.
- Controlar la limpieza y estado general de los zapatos y calcetines.
- Enseñar al paciente a que inspeccione el interior de los zapatos por si hay zonas ásperas.
- Comprobar el nivel de hidratación de los pies.
- Observar si hay insuficiencia arterial en la parte inferior de las piernas.
- Observar si hay edema en las piernas y los pies.
- Enseñar al paciente a vigilar la temperatura de los pies con el dorso de la mano.
- Instruir al paciente acerca de la importancia de la inspección, especialmente cuando disminuya la sensibilidad.
- Cortar las uñas de los pies de grosor normal cuando estén blandas, con un cortaúñas y utilizando la curva del dedo como guía.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Remitir al podólogo para el corte de las uñas gruesas, según corresponda.
- Examinar el grosor o decoloración de las uñas.
- Enseñar al paciente a preparar y recortar las uñas.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Christensen, M. H., Funnell, M. M., Ehrlich, M. R., Fellows, E. P., & Floyd, J. C. (1991). How to care for the diabetic foot. *American Journal of Nursing, 91*(3), 50-56.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Self-care and hygiene. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 703-752). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Evanski, P. M., & Peinherz, R. P. (1991). Easing the pain of common foot problems. *Patient Care, 25*(2), 38-44 47–50, 52–54.

Harley, J. R. (1993). Preventing diabetic foot disease. *Nurse Practitioner, 18*(10), 37-44.

Maier, T. (1991). The foot and foot wear. *Nursing Clinics of North America, 26*(1), 223-231.

Smith, S. F., & Duell, D. J. (1992). *Clinical nursing skills: Nursing process model, basics to advanced skills* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Cuidados de tracción/inmovilización 0940

Definición: Actuación ante un paciente que tiene un dispositivo de tracción y/o inmovilización para inmovilizar y estabilizar una parte del cuerpo.

Actividades:

- Colocar al paciente con una alineación corporal correcta.
- Mantener la alineación corporal en la cama para fomentar la tracción.
- Asegurarse de que se han colocado las pesas adecuadas (p. ej., medidas de tracción distal y proximal)
- Asegurarse de que las cuerdas de tracción y las poleas cuelgan libremente.
- Asegurarse de que la polea de las cuerdas y de las pesas permanece a lo largo del eje del hueso fracturado.
- Sujetar las pesas de tracción mientras se mueve al paciente.
- Mantener la tracción en todo momento.
- Supervisar el sistema de tracción al menos una vez por turno.
- Investigar la capacidad de autocuidados durante la tracción.
- Vigilar el dispositivo de fijación externo.
- Controlar los sitios de inserción de los clavos.
- Retire los dispositivos de tracción de la piel al menos una vez al día para inspección y limpieza de la piel.
- Vigilar la piel y las prominencias óseas para ver si hay signos de úlceras por decúbito.
- Vigilar la circulación, movimientos y sensibilidad de la extremidad afectada.
- Observar si se producen complicaciones por la inmovilidad (p. ej., trombosis venosa profunda, infección torácica, desgaste muscular, caída del pie).
- Proporcionar medidas adecuadas para aliviar el dolor.
- Realizar los cuidados del sitio de inserción de los clavos diariamente.
- Administrar cuidados adecuados a la piel en los puntos de fricción.
- Proporcionar un trapecio para el movimiento en la cama, según corresponda.
- Instruir acerca del cuidado del dispositivo de sujeción, si es necesario.
- Instruir acerca del cuidado del dispositivo de fijación externo, si es necesario.
- Instruir acerca de los cuidados de los puntos de inserción de los clavos.
- Enseñar la importancia de una correcta alimentación para la cicatrización ósea.
- Vigilar las alteraciones de la imagen corporal y la necesidad de asesoramiento.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Clarke, S., & Santy-Tomlinson, J. (2014). *Orthopaedic and trauma nursing: An evidence-based approach to musculoskeletal care*. West Sussex, United Kingdom: John Wiley and Sons.

Halstead, J., & Stoten, S. (2010). *Orthopedic nursing: Caring for patients with musculoskeletal disorders* (2nd ed.). Brockton, MA: Western Schools.

Harvey, C., David, J., Eckhouse, D., Kurkowski, T., Mains, C., & Roberts, D. (2013). The National Association of Orthopaedic Nurses (NAON) scope and standards of orthopaedic nursing practice,3rd edition. *Orthopedic Nursing, 32*(3), 139-152.

Whiteing, N. (2008). Fractures: Pathophysiology, treatment and nursing care. *Nursing Standard, 23*(2), 49-57.

Cuidados del cabello y del cuero cabelludo 1670

Definición: Promoción de un estado saludable, limpio y atractivo del pelo y del cuero cabelludo.

Actividades:

- Controlar el estado del pelo y del cuero cabelludo, incluidas las anomalías (p. ej., pelo seco, áspero o quebradizo, infestación por parásitos, caspa y deficiencias nutricionales).
- Aplicar tratamiento para las anomalías o notificarlas al profesional sanitario adecuado.
- Preparar los materiales para la limpieza del cabello (palangana, accesorio para enjabonar, paño impermeable, toalla, champú y acondicionador).
- Ayudar al paciente en una posición cómoda.
- Usar peróxido de hidrógeno o alcohol para disolver la sangre seca (si existe) antes de lavar el pelo.
- Colocar un gorro de limpieza desechable comercial en la cabeza del paciente y masajearla para extender la solución por el pelo y el cuero cabelludo, asegurándose de usar el gorro según las instrucciones del fabricante.
- Lavar y acondicionar el pelo, masajeando el champú y el acondicionador en el cuero cabelludo y el pelo.

- Evitar que el paciente se enfríe durante el lavado (ajustar la temperatura ambiente y proporcionar toallas calientes).
- Secar el cabello con secador a baja temperatura para no quemar el cuero cabelludo.
- Cepillar o peinar el pelo usando un peine o recogedor de púas anchas, según se precise.
- Aplicar una pequeña cantidad de aceite en las zonas de cuero cabelludo seco o descamativo.
- Realizar un peinado estético del pelo.
- Observar la respuesta del paciente a la pérdida de pelo, proporcionando apoyo (ayudar a elegir un sombrero, peluca o pañuelo, remitir a un centro comunitario o comentar los trasplantes capilares y los fármacos usados para estimular el crecimiento del pelo), si está indicado.
- Solicitar una cita con un barbero o peluquero para cortar el pelo.
- Preparar los accesorios para el afeitado (p. ej., crema de afeitar, toalla y afeitadora de seguridad o eléctrica).
- Rasurar el vello corporal, con una afeitadora eléctrica en los pacientes con riesgo de hemorragia excesiva, si se desea.
- Realizar procedimientos depilatorios con tijeras, pinzas del pelo o agentes depilatorios químicos antes del procedimiento quirúrgico, asegurándose de cumplir las normas del centro y las órdenes médicas.
- Instruir al paciente o a los progenitores sobre los cuidados capilares (p. ej., limpiar el cuero cabelludo y el pelo del lactante y prevenir la infestación por parásitos).
- Derivar al paciente según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2008 y 2013

Bibliografía:

Craven, R., & Hirnle, C. (2009). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2008). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Titler, M., Pettit, D., Bulechek, G., McCloskey, J., Craft, M., Cohen, M., ..., Tripp-Reimer, T. (1991). Classification of nursing interventions for care of the integument. *Nursing Diagnosis, 2*(2), 45-56.

Cuidados del catéter central de inserción periférica (PICC) 4220

Definición: Inserción y mantenimiento de un catéter central de inserción periférica para el acceso a la circulación central.

Actividades:

- Identificar el uso previsto del catéter para determinar el tipo necesario (p. ej., los fármacos vesicantes o potencialmente irritantes deberían administrarse por una vía de inserción central, en lugar de por una vía de inserción periférica).
- Explicar el propósito del catéter, sus beneficios y los riesgos asociados a su uso al paciente/familia.
- Obtener el consentimiento para el procedimiento de inserción.
- Seleccionar un tipo y tamaño adecuados de catéter que cumpla con las necesidades del paciente.
- Seleccionar la vena antecubital disponible más accesible y menos utilizada (normalmente, la vena basílica o cefálica del brazo dominante).
- Asegurarse de que el paciente es un candidato adecuado para la inserción (es decir, las venas deben ser visibles o palpables, el punto cutáneo no debe mostrar signos de infección ni hematomas, el paciente no debe tener una sepsis subyacente, hemorragias anómalas antecedentes de mala tolerancia a las vías previas y el consentimiento debe estar firmado).
- Determinar la colocación de la punta del catéter deseado (vena cava superior o venas braquiocefálica y axilar o subclavia).
- Explicar al paciente que el brazo dominante se utiliza cuando la colocación es en la vena cava superior para aumentar el flujo sanguíneo y evitar edemas.
- Colocar al paciente en decúbito supino para la inserción con el brazo en un ángulo de 90° con el cuerpo.
- Medir la circunferencia del brazo.
- Medir la distancia para la inserción del catéter.
- Realizar la preparación aséptica del sitio de inserción, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Indicar al paciente que gire la cabeza hacia el brazo que ha de canalizarse y que deje caer la barbilla sobre el tórax durante la inserción.
- Insertar el catéter utilizando una técnica estéril de acuerdo con las instrucciones del fabricante y el protocolo del centro.
- Conectar el tubo del sistema y aspirar para conseguir el retorno de sangre.
- Irrigar con una solución preparada de heparina y suero salino, según corresponda y siguiendo el protocolo del centro.
- Fijar el catéter y aplicar un apósito estéril transparente, según el protocolo del centro.
- Poner la fecha y la hora en el apósito.
- Verificar la colocación de la punta del catéter mediante una radiografía, si está indicado y según el protocolo del centro.
- Evitar el uso del brazo afectado para la medición de la presión arterial y la flebotomía.
- Observar si se producen complicaciones inmediatas, como hemorragias, lesión de tendones o nervios, descompensación cardíaca, dificultad respiratoria o embolia por el catéter.
- Observar si hay signos de flebitis (p. ej., dolor, enrojecimiento, piel caliente, edema).
- Utilizar una técnica estéril para cambiar el apósito del sitio de inserción, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Instruir al paciente y a la familia sobre la técnica de cambio de apósito, si resulta adecuado.
- Irrigar la vía después de cada uso con una solución adecuada, según el protocolo del centro.
- Eliminar los coágulos de la vía de acuerdo con el protocolo del centro, según corresponda.
- Instruir al paciente/familia en técnicas de heparinización y administración de medicamentos, si resulta oportuno.
- Extraer el catéter de acuerdo con las instrucciones del fabricante y el protocolo del centro.
- Documentar la razón de la retirada y el estado de la punta del catéter.
- Enseñar al paciente a informar si hay signos de infección (p. ej., fiebre, escalofríos, drenaje en el sitio de introducción).
- Obtener un cultivo cutáneo y un hemocultivo (muestra de la vía y del otro brazo), si se observa drenaje purulento.
- Realizar un cultivo de la punta del catéter, según corresponda.
- Mantener las precauciones universales.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2013

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Bibliografía:
Camara, D. (2001). Minimizing risks associated with peripherally inserted central catheters in the NICU. *MCN: American Journal of Maternal/Child Nursing, 26*(1), 17-22.
Infusion Nursing Society. (2011). *Infusion nursing standards of practice*. Norwood, MA: Author.
Mitchell, M. D., Anderson, B. J., Williams, K., & Umscheid, C. A. (2009). Heparin flushing and other interventions to maintain patency of central venous catheters: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 65*(10), 2007-2021.
Moureau, N. (2006). Vascular safety: It's all about PICCs. *Nursing Management, 37*(5), 22-27.
Schmid, M. W. (2000). Risks and complications of peripherally and centrally inserted intravenous catheters. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 12*(2), 165-174.
Visscher, M., deCastro, M. V., Combs, L., Perkins, L., Winer, J., Schwegman, N., ..., Bondurant, P. (2009). Effect of chlorhexidine gluconate on the skin integrity at PICC line sites. *Journal of Perinatology, 29*(12), 802-807.
Yap, Y., Karapetis, C., Lerose, S., Iyer, S., & Koczwara, B. (2006). Reducing the risk of peripherally inserted central catheter line complications in the oncology setting. *European Journal of Cancer Care, 15*(4), 342-347.

Cuidados del catéter de drenaje de ventriculostomía/lumbar 1878

Definición: Actuación ante un paciente con un sistema de drenaje externo del líquido cefalorraquídeo.

Actividades:
- Vigilar la evolución del drenaje.
- Controlar periódicamente la cantidad/frecuencia del drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR).
- Monitorizar las características del drenaje de LCR: color, claridad y consistencia.
- Registrar el drenaje de LCR.
- Cambiar o vaciar la bolsa de drenaje, si es necesario.
- Administrar antibióticos si es preciso.
- Observar si hay infección en el sitio de inserción.
- Reforzar el apósito del sitio de inserción, si es necesario.
- Sujetar al paciente, si es necesario.
- Explicar y reforzar las restricciones de la movilidad del paciente.
- Monitorizar si existe rinorrea/otorrea de LCR.
- Cambiar el sistema de drenaje si es preciso.

Bibliografía:
Arabi, Y., Memish, Z. A., Balkhy, H. H., Francis, C., Ferayanm, A., Shimemeri, A. A., & Almuneef, M. A. (2005). Ventriculostomy-associated infections: Incidence and risk factors. *American Journal of Infection Control, 33*(3), 137-143.
Arbour, R. (2004). Intracranial hypertension: Monitoring and nursing assessment. *Critical Care Nurse, 24*(5), 19-34.
Chi, H., Chang, K., Chang, H., Chiu, N., & Huang, F. (2010). Infections associated with indwelling ventriculostomy catheters in a teaching hospital. *International Journal of Infectious Diseases, 14*(3), e216-e219.
Overstreet, M. (2003). How do I manage a lumbar drain? *Nursing 2003, 33*(3), 74-75.
Robinet, K. (1985). Increased intracranial pressure: Management with an intraventricular catheter. *Journal of Neurosurgical Nursing, 17*(2), 95-104.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Cuidados del catéter umbilical 1875

Definición: Actuación ante un recién nacido con un catéter umbilical.

Actividades:
- Ayudar a la inserción del catéter umbilical o insertarlo en los recién nacidos, según órdenes o protocolo (p. ej., peso al nacer <1.500 g, shock).
- Comprobar la posición del catéter mediante examen radiográfico.
- Controlar y registrar la profundidad de inserción.
- Infundir la medicación y nutrición por la vía venosa umbilical, según órdenes o de acuerdo con el protocolo.
- Evitar la administración de cualquier medicamento en el catéter arterial.
- Medir las presiones venosa y arterial, según corresponda.
- Obtener muestras de sangre según corresponda, teniendo cuidado de aspirar y enjuagar lentamente (1 ml/30 segundos) para evitar fluctuaciones excesivas en la presión arterial.
- Irrigar el catéter con solución heparinizada, según corresponda.
- Cambiar el tubo y el transductor i.v. no más de cada 72 horas o según las recomendaciones de la institución.
- Cambiar el tubo por sangre o lípidos cada 24 horas.
- Usar un kit de mantenimiento de línea central para prevenir infecciones.
- Limpiar las conexiones con alcohol, si es necesario.
- Fijar el catéter al abdomen utilizando un vendaje oclusivo u otro dispositivo de fijación.
- Proporcionar apoyo calmante (p. ej., chupete, música, distracción, masaje) al paciente durante el procedimiento, según sea necesario.
- Evite el uso de inmovilizaciones físicas siempre que sea posible.
- Colocar al lactante de espaldas.
- Registrar el aspecto de la zona umbilical y de los cuidados aplicados.
- Observar si hay signos que requieran la retirada del catéter (p. ej., falta de pulso en la pierna, dedos de los pies oscurecidos, blanqueamiento de los pies o dedos de los pies, hipertensión, enrojecimiento alrededor del ombligo, coágulos visibles en el catéter).
- Extraer el catéter según las órdenes médicas o de acuerdo con el protocolo, retirándolo lentamente durante 5 minutos.
- Aplicar presión al ombligo o pinzar los vasos con una pinza hemostática, al menos 5 minutos.
- Dejar el ombligo al descubierto.
- Observar si hay hemorragia.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). *Guidelines for perinatal care* (7th ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

Karlsen, K. (2013). *The S.T.A.B.L.E. program instructor manual: Post-resuscitation/pre-transport stabilization care of sick infants—guidelines for neonatal healthcare providers* (6th ed.). Park City, UT: The S.T.A.B.L.E. Program.

The Joint Commission. (2012). *Preventing central line–associated bloodstream infections: A global challenge, a global perspective*. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources.

Verklan, M. T., & Walden, M. (Eds.). (2010). *Core curriculum for neonatal intensive care nursing* (4th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

C

Cuidados del catéter urinario 1876

Definición: Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario.

Actividades:

- Determinar la indicación del catéter urinario permanente.
- Usar órdenes de interrupción automática y recordatorios para solicitar una orden de retirar el dispositivo cuando la indicación se haya resuelto.
- Mantener una higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter.
- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones.
- Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga.
- Evitar inclinar las bolsas o sistemas de medición de orina para vaciar o medir la diuresis (es decir, medidas preventivas para evitar la contaminación ascendente).
- Utilizar bolsas o sistemas de medición de la orina con dispositivos de vaciado situados en el fondo del dispositivo.
- Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
- Irrigar el sistema del catéter urinario usando una técnica estéril adecuada.
- Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario.
- Limpiar la parte externa del catéter urinario a nivel del meato.
- Limpiar la zona cutánea circundante con regularidad.
- Cambiar el catéter urinario con regularidad, según lo indique el protocolo del centro.
- Cambiar el aparato de drenaje urinario con regularidad, según lo indique el protocolo del centro.
- Observar las características del líquido drenado.
- Pinzar el catéter suprapúbico o de retención, según prescripción.
- Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario (es decir, asegurar que la bolsa de drenaje está por debajo del nivel de la vejiga).
- Usar un sistema de fijación del catéter.
- Vaciar el dispositivo de drenaje urinario con regularidad a los intervalos especificados.
- Vaciar la bolsa de drenaje antes de cualquier traslado del paciente.
- No colocar la bolsa de drenaje entre las piernas del paciente durante el traslado.
- Desconectar la bolsa de pierna por la noche y conectar a la bolsa de drenaje de pie de la cama.
- Comprobar las correas de la bolsa de pierna a intervalos regulares para ver si hay constricciones.
- Mantener un cuidado de piel meticuloso en pacientes con bolsa de pierna.
- Limpiar el equipo del drenaje urinario siguiendo el protocolo del centro.
- Obtener una muestra de orina por el orificio del sistema de drenaje urinario cerrado.
- Observar si hay distensión vesical.
- Asegurare de retirar el catéter en cuanto esté indicado por el estado del paciente.
- Evaluar las opciones de eliminación para evitar la reinserción (p. ej., medición ecográfica del residuo urinario, urinario portátil, orinal, pañales, rondas de enfermería)
- Instruir al paciente y a la familia sobre los cuidados adecuados del catéter).

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2013

Bibliografía:

Foxley, S. (2011). Indwelling urinary catheters: accurate monitoring of urine output. *British Journal of Nursing, 20*(9), 564-569.

Herter, R., & Kazer, M. (2010). Best practices in urinary catheter care. *Home Healthcare Nurse, 28*(6), 342-349.

Hung, A., Giesbrecht, N., Pelingon, P., & Bissonnette, R. (2010). Sterile water versus antiseptic agents as a cleansing agent during periurethral catheterizations. *NENA Outlook, 33*(2), 18-21.

Makic, M. B., VonRueden, K. T., Rauen, C. A., & Chadwick, J. (2011). Evidence-based practice habits: Putting more sacred cows out to pasture. *Critical Care Nurse, 31*(2), 38-62.

Nazarko, L. (2010). Effective evidence-based catheter management: an update. *British Journal of Nursing, 19*(15), 948-953.

Newman, D. K., & Willson, M. M. (2011). Review of intermittent catheterization and current best practices. *Urologic Nursing, 31*(1), 28 48.

Cuidados del drenaje 1870

Definición: Actuación ante un paciente con un dispositivo de drenaje externo en el cuerpo.

Actividades:

- Determinar la indicación para el drenaje o catéter permanente.
- Usar órdenes de interrupción automática y recordatorios para solicitar una orden de retirar el dispositivo cuando la indicación se haya resuelto.
- Mantener una higiene correcta de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del drenaje.
- Mantener la permeabilidad del drenaje, según el tipo de drenaje y las indicaciones del fabricante.
- Mantener el recipiente de drenaje al nivel adecuado.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- Proporcionar un tubo lo suficientemente largo como para permitir libertad de movimiento, según corresponda.
- Fijar el tubo para evitar la presión y la extracción accidental.
- Monitorizar la permeabilidad del catéter y del dispositivo o sistema de drenaje, anotando cualquier dificultad de drenaje.
- Monitorizar la cantidad, el color y la consistencia del drenaje que sale por el tubo.
- Vaciar el dispositivo de recogida, según las normas del centro, la afección del paciente y las instrucciones del fabricante.
- Asegurar la correcta colocación del tubo.
- Asegurar el funcionamiento del tubo y del equipo correspondiente.
- Conectar el tubo a la aspiración, según corresponda.
- Comprobar la permeabilidad del tubo, según corresponda.
- Irrigar el tubo para garantizar su permeabilidad, según las normas del centro, la afección del paciente y las instrucciones del fabricante.
- Cambiar el tubo con frecuencia, según indicación del protocolo del centro.
- Inspeccionar la zona alrededor del sitio de inserción del tubo para ver si hay enrojecimiento y rotura de la piel, según corresponda.
- Administrar cuidados de la piel y cambios del apósito en el sitio de inserción del tubo, según corresponda.
- Ayudar al paciente a fijar el tubo y/o los dispositivos de drenaje al caminar, sentarse y estar de pie, según corresponda.
- Fomentar períodos de aumento de la actividad, según corresponda.
- Pinzar el tubo, para facilitar la deambulación, si procede.
- Controlar periódicamente la respuesta del paciente y la fami a la presencia de dispositivos de drenaje externos.
- Enseñar al paciente y a la familia el propósito del drenaje y cuidados que deben prestársele, según corresponda.
- Proporcionar apoyo emocional para enfrentarse al uso a lar plazo de los tubos y/o los dispositivos de drenaje externos, seg corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Best, C., & Hitchings, H. (2010). Enteral tube feeding—from hospital to hor *British Journal of Nursing, 19*(3), 174-179.

Briggs, D. (2010). Nursing care and management of patients with intraple drains. *Nursing Standard, 24*(21), 47-56.

Foxley, S. (2011). Indwelling urinary catheters: accurate monitoring of ur output. *British Journal of Nursing, 20*(9), 564-569.

Herter, R., & Kazer, M. (2010). Best practices in urinary catheter care. *Ho Healthcare Nurse, 28*(6), 342-349.

Mongardon, N., Tremey, B., & Marty, J. (2010). Thoracentesis and chest t management in critical care medicine: a multicenter survey of curr practice. *Chest, 138*(6), 1524-1525.

Nazarko, L. (2010). Effective evidence-based catheter management: an upd *British Journal of Nursing, 19*(15), 948-953.

Omorogieva, O. (2010). Managing patients on enteral feeding tubes in community. *British Journal of Community Nursing, 15*(Suppl. 11), S6-S

Cuidados del drenaje torácico 18

Definición: Actuación ante un paciente con un dispositivo externo de drenaje torácico.

Actividades:

- Determinar la indicación del tubo pleural permanente (p. ej., neumotórax frente a drenaje de líquidos).
- Mantener una higiene adecuada de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del tubo de tórax.
- Vigilar que no haya fugas de aire audibles después de la inserción; la inserción incorrecta del tubo requerirá suturas adicionales o su recolocación.
- Asegurar la familiaridad con el dispositivo de válvula torácica (p. ej., el drenaje sellado bajo agua, válvula de drenaje o válvula vibratoria) y drenaje.
- Siga las recomendaciones del fabricante para el cuidado del dispositivo de válvula de tórax y drenaje.
- Controlar el funcionamiento correcto de los dispositivos, la colocación adecuada en el espacio pleural, y la permeabilidad del tubo (es decir, fluctuación respiratoria u oscilación del líquido cuando el paciente respira, ya sea en el tubo o en el menisco de líquido).
- Observar la presencia de burbujeo continuo durante la inspiración y la espiración, lo que indica un posible empeoramiento del estado del paciente, o una discontinuidad en el sistema de drenaje cerrado.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de neumotórax.
- Vigilar los síntomas de la resolución del neumotórax (p. ej., disminución de burbujeo, fluctuación respiratoria, u oscilación en el dispositivo y los tubos del sello de agua del drenaje).
- Valorar a los pacientes que experimentan cambios bruscos de fluctuación, oscilación o de burbujeo para detectar situaciones urgentes.
- Asegurarse de que todas las conexiones de los tubos están firm mente fijadas con cinta.
- Confirmar el uso de un dispositivo de drenaje unidireccion normalmente una botella de drenaje con sello de agua.
- Respetar el nivel del sello de agua recomendado indicado su frasco de drenaje (es decir, demasiado poca agua produ neumotórax, demasiada agua produce un drenaje ineficaz o u resolución ineficaz del neumotórax).
- Mantener el recipiente externo del drenaje sellado por agua debajo del nivel del tórax.
- Pinzar los tubos de tórax siempre que el recipiente externo drenaje del sello de agua se coloque por encima de la altura tórax durante períodos prolongados, asegurándose que las pin se dejan colocadas el menor tiempo posible.
- Utilizar solo pinzas atraumáticas para el tubo de tórax.
- Asegurarse de disponer de pinzas atraumáticas para el tubo tórax para cualquier desconexión accidental o daño en el siste de drenaje o los tubos (p. ej., fijar con cinta adhesiva un juego repuesto de pinzas atraumáticas a la cabecera de la cama o en pared detrás del cabecero).
- Proporcionar un tubo lo suficientemente largo como para p mitir libertad de movimiento, según corresponda.
- Fijar el tubo firmemente.
- Verificar que se usan dispositivos de drenaje de sello bajo el ag de tipo multicámara que proporcionan cámaras separadas par drenaje, el sello de agua y la succión, cuando lo indica el esta del paciente.
- Monitorizar la posición del tubo mediante estudios radiográfic
- Documentar la oscilación del sello de agua del tubo de tórax drenaje recogido y las fugas de aire.

- Documentar el burbujeo de la cámara de aspiración del sistema de drenaje del tubo torácico y la de agua.
- Manipular y comprimir el tubo solo cuando esté indicado por el estado del paciente (p. ej., paciente sintomático y tubo ocluido) o según lo indique el médico.
- Monitorizar si hay crepitación alrededor de la zona de inserción del tubo torácico.
- Observar si hay signos de acumulación de líquido intrapleural.
- Observar y registrar el volumen, tono, color y la consistencia del drenaje del pulmón.
- Observar si hay signos de infección.
- Enviar el material recogido por el tubo de drenaje que sea sospechoso para realizar un cultivo y antibiograma (p. ej., el drenaje turbio o purulento o paciente con fiebre).
- Ayudar al paciente a toser y a respirar profundamente y girarlo cada 2 horas.
- Documentar la respuesta del paciente a la tos, la respiración profunda y los cambios posturales, incluida la fluctuación, oscilación de la columna del sello de agua y burbujeo en el tubo de tórax y sistema de drenaje.
- Limpiar la zona alrededor del sitio de inserción del tubo.
- Cambiar el vendaje alrededor del tubo torácico cada 48-72 horas, si es necesario.
- Utilizar un apósito de tul vaselinado para cambiar el vendaje.
- Asegurarse de que el dispositivo de drenaje del tubo torácico se mantiene en una posición vertical.
- Cambiar los frascos de drenaje del tubo de tórax o los dispositivos de drenaje multicámara, para evitar el sobrellenado o con fines de control de infecciones, según sea necesario.
- Evitar la oclusión del frasco o dispositivo de drenaje cuando todavía esté unido al paciente, al cambiar los frascos o dispositivos.
- Instruir al paciente y a su familia sobre el cuidado adecuado del tubo de tórax.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Briggs, D. (2010). Nursing care and management of patients with intrapleural drains. *Nursing Standard, 24*(21), 47-56.

Halm, M. A. (2007). To strip or not to strip? Physiological effects of chest tube manipulation. *American Journal of Critical Care, 16*(6), 609-612.

Mongardon, N., Tremey, B., & Marty, J. (2010). Thoracentesis and chest tube management in critical care medicine: a multicenter survey of current practice. *Chest, 138*(6), 1524-1525.

Taubert, J., Bungay, S., Banaglorioso, C., Adams, A., Mathew, J., & Magana, E. (2008). An evidence-based approach in education of nurses and their role in care of the oncology patient with a chest tube. *Oncology Nursing Forum, 35*(3), 531-532.

Cuidados del embarazo de alto riesgo 6800

Definición: Identificación y manejo de un embarazo de alto riesgo para fomentar los resultados de salud óptimos en la madre y el bebé.

Actividades:

- Determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultados del embarazo (p. ej., diabetes, enfermedades del tiroides, hipertensión, obesidad, trombofilia o antecedentes de TVP, afecciones autoinmunes, herpes, hepatitis, VIH, afecciones cardíacas o antecedentes de cirugía cardíaca, dolores crónicos tratados con analgésicos opiáceos, uso de terapias de sustitución de opiáceos, trastornos convulsivos).
- Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo (abortos frecuentes, prematuridad, posmadurez, preeclampsia, embarazo múltiple, crecimiento intrauterino retardado, desprendimiento de placenta, placenta previa, hiperemesis, sensibilización Rh, 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).
- Determinar la comprensión de la paciente de los factores de riesgo identificados.
- Fomentar la expresión de sentimientos y temores acerca de cambios del estilo de vida, durante el embarazo y la crianza de los hijos, bienestar fetal, cambios económicos, funcionamiento familiar y seguridad personal.
- Proporcionar materiales educativos que traten sobre los factores de riesgo y las pruebas y procedimientos habituales de vigilancia.
- Instruir a la paciente sobre técnicas de autocuidado para aumentar las posibilidades de un resultado saludable (hidratación, dieta, modificación de actividades, importancia de chequeos prenatales regulares, normalización de la glucemia y precauciones sexuales, incluida la abstinencia).
- Instruir sobre métodos alternativos de satisfacción e intimidad sexual.
- Remitir, según corresponda, a programas específicos (dejar de fumar, tratamiento de abuso de sustancias nocivas, educación sobre diabetes, educación para prevención de partos prematuros, casas de acogida para personas que sufren abusos, métodos de control del dolor, asesoramiento genético, clínica para enfermedades de transmisión sexual).
- Instruir a la paciente sobre el uso de fármacos prescritos (insulina, tocolíticos, antihipertensivos, antibióticos, anticoagulantes y anticomiciales).
- Instruir a la paciente sobre técnicas de automonitorización (signos vitales, prueba de glucemia, monitorización de la actividad uterina y administración de medicación subcutánea continua), según corresponda.
- Proporcionar guías escritas para identificar signos y síntomas que requieran atención médica inmediata (hemorragia vaginal roja brillante, pérdida de líquido amniótico, flujo vaginal inusual, disminución del movimiento fetal, cuatro o más contracciones por hora antes de las 37 semanas de gestación, cefaleas, trastornos visuales, dolor epigástrico y rápida ganancia de peso con edema facial).
- Explicar los riesgos fetales asociados con partos prematuros en las diversas edades de gestación.
- Remitir a la unidad de cuidados intensivos neonatales si se prevé un parto prematuro (embarazo múltiple).
- Realizar pruebas para evaluar el estado fetal y la función de la placenta (p. ej., prueba en reposo y prueba de estimulación con oxitocina, perfiles biofísicos y pruebas ecográficas).
- Obtener cultivos del cuello uterino, según corresponda.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito

C

- Ayudar en los procedimientos de diagnóstico fetal (p. ej., amniocentesis, biopsias de vellosidades coriónicas, muestras de sangre umbilical percutánea, estudios de flujo sanguíneo mediante Doppler).
- Ayudar con los procedimientos de terapia fetal (p. ej., extracciones de sangre, transfusiones fetales, cirugía fetal, reducción selectiva, aborto).
- Interpretar las explicaciones médicas de los resultados de las pruebas y procedimientos.
- Administrar inmunoglobulina Rho(D) para evitar la sensibilización Rh después de procedimientos invasivos, según corresponda.
- Establecer un plan de seguimiento clínico.
- Proporcionar orientación anticipatoria de las posibles intervenciones durante el proceso del parto.
- Fomentar la pronta asistencia a clases prenatales o proporcionar materiales de educación sobre el parto para las pacientes que guarden cama.
- Proporcionar orientación anticipatoria de experiencias comunes que sufren las madres de alto riesgo durante el período posparto (p. ej., agotamiento, depresión, estrés crónico, decepción con la crianza del bebé, pérdida de ingresos, distanciamiento de la pareja y disfunción sexual).
- Remitir a grupos de apoyo de madres de alto riesgo, si es necesario.
- Remitir a centros de cuidados en casa (servicios de cuidados perinatales especializados, manejo de casos perinatales y cuidados de salud pública).
- Monitorizar el estado físico y psicosocial muy atentamente durante el embarazo.
- Informar sobre desviaciones de la normalidad en el estado materno y/o fetal inmediatamente al médico o matrona.
- Documentar la educación de la paciente, resultados de laboratorio, resultados de pruebas fetales y respuestas de la paciente.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., & Tough, S. (2012). Advanced maternal age and risk perception: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 12*(1), 100.

Gilbert, E. S. (2011). *Manual of high risk pregnancy and delivery* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Kellogg, A., Rose, C. H., Harms, R. H., & Watson, W. J. (2011). Current trends in narcotic use in pregnancy and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 204*(3), 259.e1-259.e4.

Krans, E. E., & Davis, M. M. (2012). Preventing low birthweight: 25 years, prenatal risk, and the failure to reinvent prenatal care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 206*(5), 398-403.

Nakamura, Y. (2010). Nursing intervention to enhance acceptance of pregnancy in first-time mothers: Focusing on the comfortable experiences of pregnant women. *Japan Journal of Nursing Science, 7*(1), 29-36.

Niebyl, J. R. (2010). Nausea and vomiting in pregnancy. *New England Journal of Medicine, 363*(16), 1544-1550.

Simpson, K. R., & Creehan, P. A. (2014). *Perinatal nursing* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Cuidados del embolismo: periférico 4104

Definición: Manejo de los pacientes con oclusión de la circulación periférica.

Actividades:

- Elaborar una historia clínica detallada del paciente para planificar los cuidados preventivos actuales y futuros.
- Evaluar los cambios del estado respiratorio y cardíaco (p. ej., sibilancias de nueva aparición, hemoptisis, disnea, taquipnea, taquicardia, síncope), pues los pacientes que presentan TVP tienen un mayor riesgo de recidiva y de EP.
- Evaluar todos los episodios de dolor torácico, del hombro, de espalda o pleurítico (es decir, comprobar la intensidad, localización, irradiación, duración y factores precipitantes y calmantes).
- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobación de los pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades).
- Observar si hay dolor en la zona afectada.
- Observar si hay signos de disminución de la circulación venosa en la extremidad afectada (p. ej., aumento de la circunferencia de la extremidad, inflamación y sensibilidad dolorosas, empeoramiento del dolor en la posición declive, dolor persistente con el uso de la extremidad, vena dura a la palpación, dilatación de las venas superficiales, calambres graves, enrojecimiento y calor, entumecimiento y hormigueos, decoloración de la piel y fiebre).
- Administrar anticoagulantes.
- Elevar cualquier extremidad con sospecha de estar afectada 20° o más por encima del nivel del corazón para mejorar el retorno venoso.
- Aplicar la regla de predicción de Well para ayudar a diagnosticar la TVP.
- Instruir al paciente y la familia sobre los procedimientos diagnósticos (p. ej., pletismografía, sensor de presión computarizado, venografía, análisis de dímero D, TC helicoidal multidetector, RM, ecografía), según corresponda.
- Aplicar medias o manguitos de compresión elástica graduada para reducir el riesgo de síndrome postrombótico o de recidiva de TVP.
- Retirar las medias o manguitos de compresión elástica graduada durante 15-20 minutos cada 8 horas o según la política y el protocolo del centro.
- Evitar un acceso i.v. antecubital e instruir al personal de radiología y del laboratorio para que limiten el acceso a las venas antecubitales para las pruebas, si es posible.
- Administrar prometazina i.v. solo en una solución de 25 a 50 ml de suero salino a un ritmo lento y evitar administrarla en menos de 10 ml de suero salino.
- Ayudar al paciente con los ejercicios pasivos o activos de rango de movimiento, según corresponda.
- Mantener al paciente en reposo en cama y realizar cambios posturales cada 2 horas.
- Preparar al paciente para una deambulación y realización de ejercicios de forma precoz bajo la dirección y supervisión de un fisioterapeuta.
- Monitorizar el estado neurológico.
- Proporcionar analgesia y medidas de comodidad.
- Elevar las sábanas utilizando un arco para la cama sobre la extremidad afectada, si es apropiado.
- No realizar masajes ni compresiones en los músculos de la extremidad afectada.
- Instruir al paciente para que no realice masajes ni compresiones sobre el área afectada.

- Controlar el tiempo de protrombina (TP) y el tiempo de tromboplastina parcial (TTP) del paciente para mantenerlos de una a dos veces de lo normal, según corresponda.
- Monitorizar los efectos secundarios de la medicación anticoagulante.
- Disponer de sulfato de protamina y/o vitamina K en caso de emergencia.
- Administrar antiácidos y analgésicos, según corresponda.
- Instruir al paciente para que no cruce las piernas y evite estar sentado durante períodos prolongados con las piernas en posición declive.
- Instruir al paciente para que evite actividades que produzcan la maniobra de Valsalva (p. ej., esfuerzos durante la defecación).
- Administrar fármacos que eviten los episodios de maniobra de Valsalva (p. ej., laxantes y antieméticos), según corresponda.
- Instruir al paciente y la familia sobre las precauciones apropiadas (p. ej., caminar, beber abundantes líquidos, evitar el alcohol, evitar períodos prolongados de inmovilidad, sobre todo con las piernas en posición declive, como en los viajes en avión o los viajes largos en coche).
- Instruir al paciente y a la familia sobre toda la medicación anticoagulante y/o antiagregante en dosis bajas.
- Instruir al paciente para que notifique las hemorragias excesivas (p. ej., epistaxis inusuales, hematemesis, hematuria, gingivorragia, hemorragia vaginal inesperada, menorragia, rectorragia o melenas), hematomas inhabituales, dolor o tumefacción inusual, color azulado o amoratado de los dedos de los pies, dolor en los dedos de los pies, úlceras o manchas blanquecinas en la boca o la faringe.
- Indicar al paciente que lleve una pulsera de alerta médica.
- Instruir al paciente para que consuma una dieta constante (es decir, una cantidad constante de verduras de hoja verde, que son ricas en vitamina K y pueden interferir con los anticoagulantes, pues la posología de la medicación se ajustará según la ingesta dietética).
- Administrar dosis bajas de fármacos anticoagulantes y/o antiplaquetarios (p. ej., heparina, clopidogrel, warfarina, aspirina, dipiridamol, dextrano) según la política y los protocolos del centro.
- Instruir al paciente para que tome la medicación anticoagulante a la misma hora todos los días y que no duplique la dosis el día siguiente si se ha olvidado de una dosis.
- Instruir al paciente para que consulte con el profesional sanitario antes de tomar cualquier medicación o preparado de fitoterapia (incluidos los productos sin receta), antes de cambiar de marca de medicamentos y antes de interrumpir una medicación.
- Instruir al paciente y la familia sobre las medias de compresión elástica graduadas.
- Recomendar al paciente que deje de fumar.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Agnelli, G., & Becattini, C. (2008). Treatment of DVT: How long is enough and how do you predict recurrence. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis, 25*(1), 37-44.

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Fekrazad, M. H., Lopes, R. D., Stashenko, G. J., Alexander, J. H., & Garcia, D. (2009). Treatment of venous thromboembolism: Guidelines translated for the clinician. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis, 28*(3), 270-275.

Findlay, J., Keogh, M., & Cooper, L. (2010). Venous thromboembolism prophylaxis: The role of the nurse. *British Journal of Nursing (BJN), 19*(16), 1028-1032.

Fitzgerald, J. (2010). Venous thromboembolism: Have we made headway? *Orthopaedic Nursing, 29*(4), 226-234.

Kearon, C., Kahn, S. R., Agnelli, G., Goldhaber, S., Raskob, G. E., & Comerota, A. J. (2008). Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines (8th ed.). *Chest, 133*(Suppl. 6), 454S-545S.

Lancaster, S., Owens, A., Bryant, A., Ramey, L., Nicholson, J., Gossett, K., Forni, J., & Padgett, T. (2010). Emergency: Upper-extremity deep vein thrombosis. *AJN: American Journal of Nursing, 110*(5), 48-52.

Lankshear, A., Harden, J., & Simms, J. (2010). Safe practice for patients receiving anticoagulant therapy. *Nursing Standard, 24*(20), 47-56.

Meetoo, D. (2010). In too deep: Understanding, detecting and managing DVT. *British Journal of Nursing (BJN), 19*(16), 1021-1022 1024-1027.

Cuidados del embolismo: pulmonar 4106

Definición: Manejo de un paciente que presenta una oclusión de la circulación pulmonar.

Actividades:

- Preparar la terapia trombolítica (p. ej., estreptocinasa, urocinasa, activasa), según esté indicado.
- Elaborar una historia clínica detallada del paciente para planificar los cuidados preventivos actuales y futuros.
- Evaluar los cambios del estado respiratorio y cardíaco (p. ej., sibilancias de nueva aparición, hemoptisis, disnea, taquipnea, taquicardia, síncope), pues los pacientes que presentan TVP tienen un mayor riesgo de recidiva y de EP.
- Evaluar todos los episodios de dolor torácico, del hombro, de espalda o pleurítico (es decir, comprobar la intensidad, localización, irradiación, duración y factores precipitantes y calmantes).
- Ayudar con pruebas diagnósticas y evaluaciones para descartar afecciones con signos y síntomas similares (p. ej., infarto de miocardio agudo, pericarditis, disección aórtica, neumonía, neumotórax, ansiedad con hiperventilación, asma, insuficiencia cardíaca, taponamiento pericárdico y anomalías digestivas como úlcera péptica, rotura esofágica o gastritis).
- Instruir al paciente y/o la familia sobre los procedimientos diagnósticos (p. ej., gammagrafía V/Q, análisis del dímero D, TC helicoidal multidetector, ecografías), según corresponda.
- Auscultar los sonidos pulmonares para ver si hay crepitaciones u otros sonidos adventicios.
- Realizar una gasometría arterial, según esté indicado.
- Monitorizar los factores determinantes del aporte tisular de oxígeno (niveles de PaO_2, SaO_2, hemoglobina y gasto cardíaco).
- Observar si hay síntomas de oxigenación tisular inadecuada (palidez, cianosis y relleno capilar lento).
- Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de PaO_2 bajos, de $PaCO_2$ elevados y fatiga muscular respiratoria).
- Iniciar una pauta de tromboprofilaxis apropiada de inmediato, según la política y los protocolos del centro.
- Administrar dosis bajas de fármacos anticoagulantes y/o antiplaquetarios de forma profiláctica (p. ej., heparina, clopidogrel, warfarina, aspirina, dipiridamol, dextrano) según la política y los protocolos del centro.

C

- Elevar cualquier extremidad con sospecha de estar afectada 20° o más por encima del nivel del corazón para mejorar el retorno venoso.
- Aplicar medias o manguitos de compresión elástica graduada para reducir el riesgo de TVP o de recidiva de TVP, según la política y el protocolo del centro.
- Mantener las medias o manguitos de compresión elástica graduada para reducir el desarrollo de síndrome postrombótico.
- Aplicar medias de compresión neumática intermitente, según la política y el protocolo del centro.
- Retirar las medias o manguitos de compresión elástica graduada y las medias de compresión neumática intermitente durante 15-20 minutos cada 8 horas o según la política y el protocolo del centro.
- Evitar un acceso intravenoso antecubital e instruir al personal de radiología y del laboratorio para que limiten el acceso a las venas antecubitales para las pruebas, si es posible.
- Ayudar al paciente con los ejercicios pasivos o activos de rango de movimiento, según corresponda.
- Recomendar que se realice flexión y extensión de los pies y las piernas al menos 10 veces cada hora.
- Realizar cambios posturales del paciente cada 2 horas y recomendar una movilización o deambulación precoz, según la tolerancia.
- Favorecer una buena ventilación (espirometría de incentivo y tos y respiración profunda cada 2 horas).
- Vigilar los valores de laboratorio para ver si hay cambios de oxigenación o desequilibrio acidobásico, según corresponda.
- Instruir al paciente y/o la familia sobre cualquier tratamiento previsto para la extracción del émbolo (p. ej., fibrinólisis, embolectomía con catéter o embolectomía pulmonar quirúrgica).
- Animar al paciente a que se relaje.
- Observar si se producen efectos secundarios de los medicamentos anticoagulantes
- Evitar el sobreenclavamiento del catéter de arteria pulmonar para evitar la rotura de la arteria pulmonar, si corresponde.
- Controlar el trazado de la arteria pulmonar por si se pro enclavamiento espontáneo del catéter, si corresponde.
- Volver a colocar el catéter de arteria pulmonar enclavad pontáneamente, si corresponde.
- Mantener la tromboprofilaxis después de un émbolo.
- Instruir al paciente y la familia sobre la necesidad de antic lación después de un émbolo durante un mínimo de 3 me
- Proporcionar información detallada al paciente y la familia la prevención de los episodios futuros de émbolos y tromb

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculu critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Sau Elsevier.

Findlay, J., Keogh, M., & Cooper, L. (2010). Venous thromboembolism pr laxis: The role of the nurse. *British Journal of Nursing (BJN), 19*(16), 1032.

Fitzgerald, J. (2010). Venous thromboembolism: Have we made head *Orthopaedic Nursing, 29*(4), 226-234.

Headley, C. M., & Melander, S. (2011). When it may be a pulmonary embo *Nephrology Nursing Journal, 38*(2), 127-152.

Lancaster, S., Owens, A., Bryant, A., Ramey, L., Nicholson, J., Gossett, K., J., & Padgett, T. (2010). Emergency: Upper-extremity deep vein thromb *AJN: American Journal of Nursing, 110*(5), 48-52.

Lankshear, A., Harden, J., & Simms, J. (2010). Safe practice for patients ving anticoagulant therapy. *Nursing Standard, 24*(20), 47-56.

Meetoo, D. (2010). In too deep: understanding, detecting and managing *British Journal of Nursing (BJN), 19*(16), 1021-1022 1024-1027.

Shaughnessy, K. (2007). Massive pulmonary embolism. *Critical Care N 27*(1), 39-40 42–51.

Yee, C. A. (2010). Conquering pulmonary embolism. *OR Nurse, 4*(5), 18

Cuidados del lactante 68

Definición: Provisión de cuidados a lactantes menores de 1 año de edad, adecuados al nivel de desarrollo y centrados la familia.

Actividades:

- 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 levantadas cuando no se esté cuidando al bebé.
- 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.
- Proporcionar estimulación visual, auditiva, táctil y cinética durante el juego.
- Estructurar el juego y los cuidados teniendo en cuenta el tem ramento del lactante.
- Hablar con el lactante mientras se le administran los cuidad
- Animar a los progenitores a que realicen los cuidados diarios lactante (p. ej., baño, alimentación, administración de med ción o cambios de vendajes).
- Aconsejar a los progenitores a que realicen los cuidados peciales del lactante.
- Reforzar la habilidad de los progenitores para realizar los cui dos especiales del lactante.
- Informar a los progenitores acerca del estado del lactante.
- Implicar a los progenitores en la toma de decisiones, propor nando apoyo durante todo el tiempo que dure el proceso.
- Explicar a los progenitores las razones del tratamiento y pro dimientos.
- Ofrecer a los progenitores la posibilidad de estar presentes rante el procedimiento o de volver cuando se finalice.
- Aplicar sujeciones cuando esté indicado y controlar su uso c tinuo.
- Consolar al lactante meciéndole, cogiéndole, abrazándol arropándole.

- 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).
- Explicar a los padres que la regresión es normal en momentos de estrés, como enfermedad u hospitalización.
- Fomentar las visitas y la estancia nocturna de la familia en el hospital.
- Proporcionar apoyo emocional y espiritual a los progenitores (p. ej., estar dispuestos a escuchar, ayudar con el mantenimiento o creación de estrategias de afrontamiento, o derivar a los servicios adecuados).
- Mantener la rutina diaria del lactante durante la hospitalización, cuando sea posible.
- Disponer un ambiente tranquilo, sin interrupciones, durante los períodos de siesta y por la noche.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Algren, C. L. (2007). Family-centered care of the child during illness and hospitalization. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (8th ed., pp. 1046-1082). St. Louis: Mosby Elsevier.

Hopia, H., Tomlinson, P. S., Paavilainen, E., & Astedt-Kurki, P. (2005). Child in hospital: Family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing, 14*(2), 212-222.

Pillitteri, A. (2007). *The family with an infant. In Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins pp. 824–859.

Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2009). *Caring for the child in the hospital and in the community. In Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, & families.* Philadelphia: F.A. Davis pp. 664–700.

Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2009). *Caring for the family across care settings. In Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, & families.* Philadelphia: F.A. Davis pp. 701–714.

Cuidados del lactante: prematuro 6826

Definición: Armonizar las prácticas de cuidados con las necesidades de desarrollo y fisiológicas individuales del lactante prematuro para fomentar el crecimiento y el desarrollo.

Actividades:

- 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.
- Informar a los progenitores sobre los aspectos del desarrollo en los lactantes prematuros.
- Facilitar el vínculo/apego entre los progenitores y el lactante.
- Instruir a los progenitores para que identifiquen las señales y estados del lactante.
- Mostrar cómo llamar la atención visual o auditiva del lactante.
- Ayudar a los progenitores a planificar los cuidados en respuesta a las señales y estados del lactante.
- Indicar las actividades autorreguladoras del lactante (p. ej., llevarse la mano a la boca, succionar, uso de estímulos visuales o auditivos).
- Proporcionar un «tiempo muerto» cuando el lactante muestre signos de estrés (p. ej., separación de los dedos de la mano, mal color, fluctuación de la frecuencia cardíaca o respiratoria).
- Instruir a los progenitores sobre el modo de consolar al lactante con técnicas de relajación conductual (p. ej., poner la mano en el lactante, colocarle en una posición y arroparle).
- Crear un plan de desarrollo individualizado y actualizarlo con regularidad (p. ej., Programa Neonatal Individualizado de Cuidados y Evaluación del Desarrollo [NIDCAP]).
- Evitar la hiperestimulación, estimulando un sentido cada vez (es decir, evitar hablar al bebé mientras se le manipula y se le mira mientras está alimentándose).
- Proporcionar límites que mantengan la flexión de las extremidades mientras se deja espacio para la extensión (p. ej., encajarle con la ropa de la cuna, arroparle, saco de dormir, hamaca, sombrero y ropa).
- Proporcionar apoyos para mantener la postura y evitar deformidades (p. ej., rodillos en la espalda, encajarle con la ropa de la cuna, sacos de dormir y cojines circulares para la cabeza).
- Realizar cambios posturales frecuentes del lactante.
- Orientar los brazos en la línea media para facilitar las actividades de llevarse la mano a la boca.
- Proporcionar un colchón de agua y una badana si es apropiado.
- Usar el pañal más pequeño posible para evitar la abducción de la cadera.
- Monitorizar los estímulos (p. ej., luz, ruido, manipulación y procedimientos) en el entorno del lactante y reducirlos cuando sea posible.
- Reducir la luz ambiental.
- Proteger los ojos del lactante cuando se usen luces potentes.
- Modificar la iluminación ambiental para proporcionar un ritmo circadiano.
- Reducir el ruido ambiental (es decir, bajar la intensidad de las alarmas y teléfonos y responder con rapidez a ellos, además, de evitar hablar cerca del cabecero del lactante).
- Colocar la incubadora lejos de las fuentes de ruido (p. ej., pilas, puertas, teléfono, zonas de alta actividad, radio, y tráfico).
- Programar los cuidados del lactante y su alimentación según el ciclo de sueño-vigilia.
- Reunir y preparar el equipo necesario lejos de la cabecera del lactante.
- Agrupar los cuidados para favorecer el intervalo de sueño más largo posible y la conservación de la energía.
- Colocar al lactante para dormir en decúbito prono erguido sobre el tórax del progenitor descubierto, si es adecuado.
- Proporcionar una silla cómoda en una zona tranquila para la alimentación.
- Usar movimientos lentos y suaves al manipular, alimentar y cuidar al lactante.
- Colocar al lactante y sujetarlo durante toda la toma de alimentación, manteniendo la flexión y la posición de la línea media (p. ej., apoyar el hombro y el tronco, sujetar el pie, mano colgando, uso de un saco de dormir o arroparle).
- Alimentar al lactante en posición erguida para favorecer la extensión de la lengua y la deglución.
- Fomentar la participación de los progenitores en la alimentación.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- Fomentar la lactancia materna.
- Monitorizar los ingresos y las pérdidas.
- Usar un chupete durante la alimentación con sonda y entre las tomas para que el lactante realice una succión no nutritiva con el fin de fomentar la estabilidad fisiológica y el estado nutricional.
- Facilitar la transición de estado y la relajación durante los procedimientos dolorosos y estresantes, pero necesarios.
- Establecer unas rutinas constantes y predecibles para favorecer unos ciclos de sueño-vigilia regulares.
- Proporcionar estimulación con música instrumental grabada, móviles, masaje, meciendo al lactante y tocándole.
- Monitorizar y manejar las necesidades de oxigenación.
- Cubrir los ojos y los genitales con protectores opacos cuando el niño reciba fototerapia.
- Quitar la mascarilla ocular durante las tomas de alimentación y con regularidad para monitorizar la presencia de exudado o de irritación corneal.
- Monitorizar el hematocrito y administrar transfusiones de sangre cuando sea necesario.
- Informar a los progenitores sobre las medidas de prevención del síndrome de muerte súbita del lactante.

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Becker, P. T., Grunwald, P. C., Moorman, J., & Stuhr, S. (1991). Outcomes o developmentally supportive nursing care for very low birth weight infants *Nursing Research, 40*(3), 150-155.

Brown, G. (2009). NICU noise and the preterm infant. *Neonatal Network 28*(3), 165-173.

Johnston, A., Bullock, C., Graham, J., Reilly, M., Rocha, C., Hoopes, R., Jr. Van Der Meid, V., Gutierrez, S., & Abraham, M. (2006). Implementation and case-study results of potentially better practices for family-centered care: The family-centered care map. *Pediatrics, 118*(Suppl. 2), S108-S114.

Pinelli, J., & Symington, A. J. (2005). Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005*(4), doi: 10.1002/14651858.CD001071.pub2.

Symington, A. J., & Pinelli, J. (2006). Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006*(2), doi: 10.1002/14651858.CD001814.pub2.

Wallin, L., & Eriksson, M. (2009). Newborn individual developmental care and assessment program (NIDCAP): A systematic review of the literature *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 6*(2), 54-69.

Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2009). Caring for the newborn at risk. In *Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, & families* (pp. 603-637). Philadelphia: F.A. Davis.

Cuidados del lactante: recién nacido 6824

Definición: Provisión de cuidados al lactante durante la transición del nacimiento a la vida extrauterina y el período posterior de estabilización.

Actividades:

- Limpiar las secreciones de la nariz y la cavidad bucal.
- Realizar la prueba de Apgar al minuto y a los 5 minutos después del parto.
- Pesar y medir al recién nacido.
- Monitorizar la temperatura del recién nacido.
- Mantener una temperatura adecuada del recién nacido (es decir, secar al lactante justo tras el parto, envolverle en una manta si no se va a colocar en un calentador, aplicar un gorro con malla de jersey e instruir a los progenitores que mantengan la cabeza cubierta. Colocar al recién nacido en una incubadora o bajo un calentador, si es preciso).
- 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 del recién nacido.
- Monitorizar el color del recién nacido.
- Colocar al recién nacido piel con piel con el progenitor, si es apropiado.
- Medir el perímetro cefálico.
- Determinar la edad gestacional.
- Comparar el peso del recién nacido con la edad gestacional estimada.
- Poner al recién nacido a mamar de inmediato tras el parto.
- Monitorizar la primera toma de alimentación del recién nacido.
- Monitorizar el reflejo de succión del recién nacido durante la toma.
- Hacer que el recién nacido expulse los gases con la cabeza elevada.
- Monitorizar el peso del recién nacido.
- Monitorizar los ingresos y las pérdidas del recién nacido.
- Registrar la primera micción y defecación del recién nacido.
- Ayudar a los progenitores a dar el primer baño al recién nacido tras haberse estabilizado la temperatura.
- Coger o tocar con regularidad a los recién nacidos que están en incubadoras.
- Administrar cuidados oftalmológicos profilácticos.
- Comparar los grupos y tipos sanguíneos materno y del recién nacido.
- Arropar al recién nacido para estimular el sueño y proporcionar una sensación de seguridad.
- Colocar al recién nacido en decúbito supino o lateral tras la alimentación.
- Elevar la cabecera del colchón, de la cuna o de la incubadora para favorecer la función respiratoria.
- Colocar una manta enrollada en la espalda del recién nacido para situarle de lado, poniendo el brazo inferior hacia delante para disminuir la probabilidad de que se gire al decúbito prono.
- Reforzar o proporcionar información sobre las necesidades nutricionales del recién nacido.
- Determinar el estado del cordón umbilical del recién nacido antes de una transfusión a través de la vena umbilical.
- Limpiar el cordón umbilical con la preparación prescrita.
- Mantener el cordón umbilical seco y expuesto al aire colocando el pañal del recién nacido por debajo del mismo.
- Monitorizar la aparición de eritema y drenaje en el cordón umbilical.
- Limpiar y aplicar un apósito vaselinado en la circuncisión.
- Aplicar los pañales poco apretados después de la circuncisión.
- Aplicar sujeciones cuando esté indicado y monitorizarlas adecuadamente mientras se usen.
- Monitorizar la respuesta del recién nacido a la circuncisión.
- Monitorizar la existencia de hipoglucemia y de otras anomalías si la madre tiene diabetes.
- Monitorizar la existencia de signos de hiperbilirrubinemia, si es adecuado.
- Instruir a los progenitores para que detecten los síntomas de hiperbilirrubinemia.

- Proteger al recién nacido de fuentes de infección en el entorno hospitalario.
- Determinar si el recién nacido está preparado antes de aplicar los cuidados.
- Establecer contacto visual y hablar al recién nacido mientras se aplican los cuidados.
- Proporcionar un ambiente tranquilo y relajante.
- Responder a las señales del recién nacido que indican la necesidad de cuidados para facilitar el desarrollo de confianza.
- Fomentar y facilitar el vínculo y apego familiares con el recién nacido.
- Proporcionar información y facilitar el cribado neonatal de los trastornos metabólicos.
- Instruir a los progenitores para que identifiquen los signos de dificultad respiratoria.
- Instruir a los progenitores para que coloquen al recién nacido en decúbito supino al dormir.

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Pillitteri, A. (2007). Nursing care of a newborn and family. In *Maternal, child health nursing, Care of the childbearing, childrearing family* (5th ed., pp. 679-721). Philadelphia: Lippincott Williams, Wilkins.

Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2009). Caring for the normal newborn. In *Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, & families* (pp. 563-602). Philadelphia: F.A. Davis.

Wheeler, B., & Wilson, D. (2007). Health promotion of the newborn and family. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (8th ed., pp. 257-309). St. Louis: Mosby Elsevier.

Wong, D. L., Hockenberry, M. J., Wilson, D., Perry, S. E., & Lowdermilk, D. L. (2006). *Nursing care of the newborn. In Maternal child nursing care* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier pp. 727–767.

Wong, D. L., Hockenberry, M. J., Wilson, D., Perry, S. E., & Lowdermilk, D. L. (2006). Physiological adaptations of the newborn. In *Maternal child nursing care* (3rd ed., pp. 691-726). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

C

Cuidados del paciente amputado 3420

Definición: Promover la curación física y psicológica anterior y posterior a la amputación de una parte del cuerpo.

Actividades:

- Animar al paciente a participar en la decisión de amputar, cuando sea posible.
- Revisar el consentimiento informado con el paciente.
- Dar información y apoyo antes y después de la cirugía.
- Facilitar el uso de un colchón para aliviar la presión.
- Colocar el muñón en la posición corporal adecuada.
- Colocar el muñón por debajo de la rodilla en una posición de extensión.
- Evitar colocar el muñón en una posición declive para disminuir el edema y la estasis vascular.
- Evitar alterar el vendaje del muñón inmediatamente después de la cirugía mientras no haya fugas o signos de infección.
- Envolver el muñón, según proceda.
- Favorecer un muñón liso de forma cónica por medio de vendaje para un correcto encaje protésico.
- Controlar el edema presente en el muñón.
- Observar si hay dolor de miembro fantasma (dolor urente, con calambres, lancinante, opresivo o con hormigueo donde estaba la extremidad).
- Explicar que el dolor del miembro fantasma puede comenzar varias semanas después de realizada la cirugía y que puede activarse por la presión en otras zonas.
- Administrar métodos de control del dolor farmacológicos y no farmacológicos (p. ej., TENS, fonoforesis y masaje), según sea necesario.
- Observar las preocupaciones psicológicas (depresión o ansiedad) y el ajuste relacionado con el cambio de imagen corporal.
- Monitorizar la cicatrización de la herida en el sitio de la incisión.
- Colocar la zona afectada en baño de agua en movimiento, cuando corresponda.
- Observar los tejidos para evaluar la integridad cutánea (p. ej., infección fúngica, dermatitis de contacto y tratamiento de la cicatriz).
- Enseñar al paciente cómo realizar correctamente los ejercicios posquirúrgicos (p. ej., de rango de movimiento, de resistencia y de fortalecimiento).
- Animar al paciente a realizar ejercicios de rango de movimiento, resistencia y fortalecimiento, proporcionando ayuda cuando sea necesario.
- Enseñar al paciente a que evite sentarse durante largos períodos.
- Instruir sobre las técnicas de transferencia y los dispositivos de ayuda (p. ej., trapecio).
- Ayudar al paciente durante el proceso de duelo asociado con la pérdida de una parte del cuerpo (p. ej., aceptar la necesidad inicial de ocultar el muñón).
- Realizar una persuasión suave para ver y manipular la parte alterada del cuerpo.
- Facilitar la identificación de los cambios necesarios en el estilo de vida y dispositivos de ayuda (p. ej., domicilio y coche).
- Identificar las modificaciones necesarias en la ropa.
- Establecer objetivos comunes para el autocuidado progresivo.
- Animar al paciente a practicar autocuidados del muñón.
- Dar las enseñanzas adecuadas para los autocuidados después del alta.
- Instruir al paciente sobre los signos y síntomas que deben notificarse al profesional sanitario (p. ej., dolor crónico, pérdida de la continuidad cutánea, parestesias, ausencia de pulsos periféricos, frialdad cutánea y cambios de necesidades funcionales u objetivos).
- Comentar los posibles objetivos a largo plazo de la rehabilitación (p. ej., andar sin un mecanismo de apoyo).
- Alentar y facilitar la interacción entre personas con amputaciones similares, según corresponda.
- Supervisar el uso y cuidados iniciales de la prótesis.
- Limpiar la prótesis.
- Instruir al paciente y su familia sobre los cuidados y colocación de la prótesis.
- Evaluar la prótesis con regularidad para comprobar su estabilidad, facilidad de movimiento, eficiencia energética y aspecto durante la marcha.
- Retirar la prótesis antes de la cirugía, según corresponda.
- Guardar las prótesis en un lugar seguro cuando no se use.
- Remitir al especialista para la modificación de la prótesis o el tratamiento de las complicaciones relacionadas con su uso.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2013

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Bibliografía:
Bloomquist, T. (2001). Amputation and phantom limb pain: A pain-prevention model. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, *69*(3), 211-217.
Bryant, G. (2001). Stump care. *AJN: American Journal of Nursing*, *101*(2), 67-71.
Department of Veterans Affairs, Department of Defense. (2007). *VA/DoD Clinical practice guideline for rehabilitation of lower limb amputation*. Washington, DC: Author.
Esquenazi, A., & DiGiacomo, R. (2001). Rehabilitation after amputation. *Journal of the American Podiatric Association*, *91*(1), 13-22.
Gibson, J. (2001). Lower limb amputation. *Nursing Standard*, *15*(28), 47-52.
Perry, A. G., & Potter, P. A. (2010). *Clinical nursing skills and techniques* (7th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier pp. 1028–1032.
Sjodahl, C., Jarnlo, G. B., & Persson, B. (2001). Gait improvement in unilateral transfemoral amputees by a combined psychological and physiotherapeutic treatment. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *33*(3), 114-118.

C

Cuidados del paciente encamado 0740

Definición: Fomento de la comodidad y la seguridad, así como prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.

Actividades:
- Explicar las razones del reposo en cama.
- Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.
- Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.
- Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Colocar en la cama una base de apoyo para los pies.
- Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente.
- Aplicar dispositivos que eviten los pies equinos.
- Subir las barandillas, según corresponda.
- Colocar el interruptor de posicionamiento de la cama al alcance de la mano.
- Colocar la luz de llamada al alcance de la mano.
- Colocar la mesilla de noche al alcance del paciente.
- Fijar un trapecio a la cama, según corresponda.
- Cambiar de posición al paciente, según lo indique el estado de la piel.
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico.
- Vigilar el estado de la piel.
- Enseñar ejercicios de cama, según corresponda.
- Facilitar pequeños cambios del peso corporal.
- Realizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y/o activos.
- Ayudar con las medidas de higiene (p. ej., uso de desodorante o perfume).
- Ayudar con las actividades de la vida diaria.
- Aplicar medidas profilácticas antiembólicas.
- Vigilar la aparición de complicaciones del reposo en cama (p. ej., hipotonía muscular, dolor de espalda, estreñimiento, aumento del estrés, depresión, confusión, cambios del ciclo de sueño, infecciones del tracto urinario, dificultad en la micción, neumonía).
- Colocar en una postura erguida de forma intermitente a los pacientes que no puedan permanecer fuera de la cama todos los días para protegerlos frente a la intolerancia ortostática.

1.ª edición 1992, revisada en 2013

Bibliografía:
Cheng, K. (2010). Prolonged bed rest duration after percutaneous coronary intervention. *CONNECT: The World of Critical Care Nursing*, *7*(2), 111-114.
Dunn, L. L., Handley, M. C., & Carter, M. R. (2006). Antepartal bed rest: Conflicts, costs, controversies, and ethical considerations. *Online Journal of Health Ethics*, *3*(1.), doi:10.18785//ojhe.0301.04.
Fox, M. T., Sidani, S., & Brooks, D. (2010). The relationship between bed rest and sitting orthostatic intolerance in adults residing in chronic care facilities. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, *2*(3), 187-196.
Norton, L., Coutts, P., Fraser, C., Nicholson, T., & Sibbald, R. G. (2007). Is bed rest an effective treatment modality for pressure ulcers? In D. L. Kesner, G. Rodeheaver, & R. G. Sibbald (Eds.), *Chronic wound care: A clinical source book for healthcare professionals* (4th ed., pp. 99-110). Malvern, PA: HMP Communications.
Sprague, A. E. (2004). The evolution of bed rest as a clinical intervention. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *33*(5), 542-549.

Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento 0762

Definición: Cuidados de un paciente escayolado después del secado.

Actividades:
- Monitorizar los signos de infección (olor fétido del yeso, eritema, fiebre).
- Monitorizar los signos de deterioro de la circulación o de la función neurológica (p. ej., dolor, palidez, ausencia de pulsos, parestesias, parálisis y presión) causados por el yeso en la extremidad afectada.
- Monitorizar la circulación y la función neurológica de los tejidos por encima y por debajo del yeso.
- Tratar inmediatamente los síntomas de compromiso circulatorio y el dolor (p. ej., sustituir el yeso, realizar ejercicios de rango de movimiento en la extremidad, actuar de forma inmediata para aliviar la presión del yeso).
- Inspeccionar el yeso por si hubiera signos de drenaje de las heridas situadas por debajo del mismo.
- Marcar la circunferencia de cualquier drenaje como medida para futuras valoraciones.
- Proteger el yeso si está cerca de la ingle.
- Instruir al paciente para que no se rasque la piel situada por debajo de la escayola con ningún objeto.
- Ofrecer alternativas para el rascado (p. ej., aire frío de un secador de pelo).
- Evitar humedecer el yeso (p. ej., utilizar protección adecuada para el baño o el aseo, medias o guantes protectores).
- Colocar el yeso sobre almohadas para disminuir la tensión sobre otras partes del cuerpo con el talón escayolado fuera de la almohada.

- Aplicar hielo durante las primeras 24-36 horas para reducir la tumefacción o la inflamación.
- Elevar la extremidad enyesada a la altura o por encima del nivel del corazón para reducir la tumefacción o la inflamación.
- Comprobar si hay grietas o roturas del yeso.
- Aplicar un cabestrillo como apoyo, si corresponde.
- Acolchar los bordes ásperos y las conexiones de tracción del yeso.
- Enseñar al paciente y a la familia a cuidar el yeso.
- Documentar las instrucciones de cuidados del yeso entregadas al paciente y a la familia.
- Documentar las observaciones sobre la capacidad del paciente de cuidar el yeso.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

McCance, K. L., & Huether, S. E. (2006). *Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Fundamentals of nursing* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Cuidados del paciente escayolado: yeso húmedo 0764

Definición: Cuidados de un yeso reciente durante el período de secado.

Actividades:

- Monitorizar los signos de deterioro de la circulación o de la función neurológica (p. ej., dolor, palidez, ausencia de pulsos, parestesias, parálisis y presión) causado por el yeso en la extremidad afectada.
- Monitorizar la circulación y la función neurológica de los tejidos por encima y por debajo del yeso.
- Tratar inmediatamente los síntomas de compromiso circulatorio y el dolor, para evitar una lesión permanente del estado neurovascular (p. ej., sustituir el yeso, notificar los síntomas no resueltos que necesitan una actuación inmediata para aliviar la presión del yeso).
- Apoyar el yeso sobre almohadas durante el período de secado.
- Manipular la extremidad enyesada solo con las palmas hasta que el yeso esté seco para evitar provocar hendiduras de los dedos que puedan producir úlceras por presión.
- Explicar al paciente que sentirá calor en la zona del yeso mientras se seca.
- Proteger el yeso si está cerca de la ingle.
- Mantener los ángulos del yeso durante el período de secado.
- Inspeccionar el yeso por si hubiera signos de drenaje de las lesiones situadas debajo del mismo.
- Marcar la circunferencia de cualquier drenaje como indicación para futuras valoraciones.
- Explicar la necesidad de limitar la actividad mientras el yeso se seca.
- Identificar cualquier cambio de sensibilidad o aumento del dolor en el sitio de la fractura.
- Aplicar hielo durante las primeras 24-36 horas para reducir la tumefacción o la inflamación, si está indicado.
- Elevar la extremidad escayolada a la altura o por encima del nivel del corazón para reducir la tumefacción o la inflamación, si está indicado.
- Enseñar al paciente y a la familia a cuidar el yeso.
- Documentar las instrucciones sobre el cuidado del yeso dadas al paciente y a la familia.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Fundamentals of nursing* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Smith, S. F., & Duell, D. J. (1992). *Clinical nursing skills: Nursing process model, basics to advanced skills* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Cuidados del sitio de incisión 3440

Definición: Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.

Actividades:

- Explicar el procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial.
- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
- Observar las características de cualquier drenaje.
- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.
- Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
- Utilizar bastoncillos de algodón estériles para una limpieza eficaz de las suturas de alambre apretadas, heridas profundas y estrechas o heridas con cavidades.
- Limpiar la zona que rodee cualquier sitio de drenaje o tubo con drenaje en último lugar.
- Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje.
- Aplicar bandas adhesivas de cierre, según corresponda.
- Aplicar una pomada antiséptica, según prescripción.
- Retirar las suturas, grapas o clips, si está indicado.
- Cambiar el vendaje en los intervalos adecuados.
- Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Facilitar que el paciente vea la incisión.
- Instruir al paciente sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.
- Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Perioperative nursing. *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 89 937). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (1998). *Clinical nursing skills and techniques* (4 ed.). St. Louis: Mosby.

Cuidados en la agonía 526

Definición: Prestar comodidad física y paz psicológica en la fase final de la vida.

Actividades:

- Identificar las prioridades de cuidados del paciente.
- Comunicar la voluntad de comentar aspectos de la muerte.
- Animar al paciente y a la familia a compartir los sentimientos sobre la muerte.
- Ayudar al paciente y a la familia a identificar un sentido compartido de la muerte.
- Tratar de comprender las acciones, sentimientos y actitudes del paciente.
- Observar si el paciente padece ansiedad.
- Permanecer en proximidad física a los pacientes atemorizados.
- Controlar el deterioro de las capacidades físicas y/o mentales.
- Disminuir la demanda de funcionamiento cognitivo cuando el paciente está enfermo o fatigado.
- Observar los cambios del estado de ánimo.
- Respetar las solicitudes del paciente y la familia sobre cuidados específicos.
- Incluir a la familia en las decisiones y actividades sobre los cuidados, según se desee.
- Apoyar al paciente y a la familia en los estadios del duelo.
- Observar si hay dolor.
- Minimizar la incomodidad, cuando sea posible.
- Administrar la medicación por vías alternativas cuando se desarrollen problemas con la deglución.
- Posponer la alimentación cuando el paciente se encuentre fatigado.
- Ofrecer líquidos y comidas blandas frecuentemente.
- Ofrecer comidas culturalmente adecuadas.
- Establecer frecuentes períodos de descanso.
- Ayudar con los cuidados básicos, si es necesario.
- Respetar la necesidad de intimidad.
- Modificar el ambiente, en función de las necesidades y los deseo del paciente.
- Apoyar los esfuerzos de la familia para permanecer a la cabecer del paciente.
- Facilitar la obtención de apoyo espiritual al paciente y a la familia
- Facilitar el cuidado por otras personas, según corresponda.
- Facilitar el traslado a un centro de cuidados terminales, segú se desee.
- Facilitar la conversación sobre los arreglos para el funeral.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Adams, C. (2010). Dying with dignity in America: The transformational leadership of Florence Wald. *Journal of Professional Nursing, 26*(2), 125-132.

Cartwright, J. C., Miller, L., & Volpin, M. (2009). Hospice in assisted living: Promoting good quality care at end of life. *The Gerontologist, 49*(4), 508-516.

Klossner, N. J., & Hatfield, N. (2005). The dying child. In *Introductory maternity and pediatric nursing* (pp. 754-771). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Law, R. (2009). Bridging worlds: Meeting the emotional needs of dying patients. *Journal of Advanced Nursing, 65*(12), 2630-2641.

LeGrand, S., & Walsh, D. (2010). Comfort measures: Practical care of the dying cancer patient. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 27*(7), 488-493.

Timby, B. K., & Smith, N. E. (2006). Caring for dying clients. In *Introductory medical-surgical nursing* (9th ed., pp. 102-111). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Cuidados en la emergencia 6200

Definición: Realizar la evaluación y aplicar medidas terapéuticas en situaciones urgentes.

Actividades:

- Activar el sistema de urgencia médica.
- Obtener un desfibrilador externo automático (DEA) o asegurarse de que alguien lo obtiene, si es posible y adecuado.
- Iniciar las acciones de rescate de los pacientes en estado más crítico si hay múltiples víctimas.
- Evaluar a los pacientes que no respondan a estímulos para determinar la acción apropiada.
- Evaluar los signos y síntomas de parada cardíaca.
- Solicitar ayuda si el paciente no respira o si la respiración no es normal y no presenta respuesta.
- Instruir al personal correspondiente a que solicite ayuda, si fuera necesario.
- Aplicar medidas de precaución para reducir el riesgo de infección cuando se administran los cuidados.
- Conectar el DEA y aplicar las acciones especificadas según sea apropiado.
- Asegurar una desfibrilación rápida, según corresponda.
- Realizar una reanimación cardiopulmonar que se centre en las compresiones torácicas en los adultos y en las compresiones con ventilación en los niños, según corresponda.

- Iniciar 30 compresiones torácicas al ritmo y profundidad especificados, permitiendo la recuperación torácica completa entre las compresiones, minimizando las interrupciones en las compresiones y evitando una ventilación excesiva, según corresponda.
- Minimizar el intervalo entre la interrupción de las compresiones torácica y la aplicación de descargas, si está indicado.
- Adaptar las acciones de reanimación a la causa más probable de la parada (p. ej., cardíaca o respiratoria).
- Crear o mantener una vía aérea permeable.
- Buscar signos y síntomas de un compromiso respiratorio grave (p. ej., neumotórax o tórax inestable).
- Aplicar 2 ventilaciones después de haber completado 30 compresiones torácicas iniciales, según corresponda.
- Realizar maniobra de Heimlich, si es el caso.
- Aplicar unos cuidados apropiados a la edad en los ancianos y niños.
- Buscar signos y síntomas de compromiso hemodinámico grave (p. ej., traumatismo o rotura arterial).
- Instituir medidas (p. ej., presión, vendaje compresivo, colocación) para reducir o minimizar la hemorragia).
- Instituir medidas para el tratamiento del shock (p. ej., colocación para una perfusión óptima, pantalones antishock).
- Observar la cantidad y características de la pérdida de sangre.
- Monitorizar los signos vitales si es posible y adecuado.
- Buscar signos y síntomas de compromiso neurológico (p. ej., parálisis, parestesia, incontinencia fecal o urinaria).
- Inmovilizar a los pacientes con sospecha de traumatismo craneoencefálico o medular con los dispositivos y técnicas adecuadas (es decir, aplicar collarín cervical, mover al paciente en bloque y transportarle en decúbito supino sobre una tabla de espalda).
- Colocar la parte del cuerpo del paciente o al paciente en bloque en una posición adecuada (p. ej., la parte del cuerpo afectada con una picadura de insecto más baja que el nivel del corazón, o en decúbito lateral izquierdo en caso de ingestión de un tóxico o de intoxicación por alcohol o drogas).
- Inmovilizar las fracturas, las heridas grandes y cualquier parte lesionada.
- Mover al paciente solo utilizando la técnica y la mecánica corporal adecuadas, cuando sea necesario.
- Monitorizar los signos y síntomas de hipoglucemia (p. ej., agitación, taquicardia, escalofríos, piel sudorosa, somnolencia, mareo, visión borrosa, confusión).
- Monitorizar el nivel de consciencia.
- Retirar al paciente de un ambiente frío.
- Quitar las ropas mojadas al paciente.
- Retirar a un paciente sobrecalentado de la luz directa y de la fuente de calor.
- Abanicar al paciente y administrar líquidos orales fríos, según corresponda.
- Comprobar si el paciente lleva pulseras de alerta médica.
- Administrar medicación (p. ej., nitroglicerina, broncodilatador, carbón activado, insulina, adrenalina y antídotos), según corresponda.
- Determinar el historial del accidente a partir del paciente y demás personas presentes en la zona del suceso.
- Determinar el tipo de accidente de tráfico y el uso de dispositivos de sujeción, según corresponda.
- Determinar el tipo exacto de traumatismo implicado, según corresponda.
- Determinar si ha habido sobredosis de drogas u otras sustancias.
- Determinar si ha habido implicación de sustancias tóxicas o venenosas.
- Enviar las drogas sospechosas relacionadas con el paciente al sitio de tratamiento, según corresponda.
- Contactar con el centro de toxicología y realizar el tratamiento según se indique.
- No dejar solo a un paciente suicida.
- Proporcionar seguridad y apoyo emocional al paciente o la familia.
- Ayudar con el tratamiento, proporcionando información pertinente sobre la situación potencialmente mortal a otros profesionales sanitarios.
- Coordinar el transporte médico, según corresponda.
- Realizar el transporte utilizando una tabla para la espalda, si es el caso.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Carlson, K. (Ed.). (2009). *Advanced critical care nursing*. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Emergency Nurses Association. (2005). *Sheehy's manual of emergency care* (6th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.

Emergency Nurses Association. (2007). *Emergency nursing core curriculum* (6th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier.

Field, J., Hazinski, M., Sayre, M., Chameides, L., Schexnayder, S., Hemphill, R., ..., Hoek, T. (2010). Part 1: Executive summary: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation, 122*(18 Suppl. 3), S640-S656.

Hazinski, M. F. (Ed.). (2010). *Highlights of the 2010 American Heart Association guidelines for CPR and ECC*. Dallas, TX: American Heart Association.

Hickey, J. (2009). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

McQuillan, K. A., Makic, M. B., & Whalen, E. (2009). *Trauma nursing: From resuscitation through rehabilitation* (4th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Wiegand, D. (Ed.). (2011). *AACN procedure manual for critical care* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Cuidados intraparto 6830

Definición: Monitorización y manejo de las etapas uno y dos del parto.

Actividades:

- Determinar si la paciente presenta trabajo de parto.
- Determinar si las membranas se han roto.
- Ingresar en la zona de paritorios.
- Determinar la preparación y objetivos de la paciente para el parto.
- Fomentar la participación de la familia en el proceso del parto de forma coherente con las metas de la paciente.
- Preparar a la paciente para el parto según protocolo, la solicitud del profesional y las preferencias de la paciente.
- Cubrir a la paciente para asegurar la intimidad durante la exploración.

C

- Realizar la maniobra de Leopold para determinar la presentación fetal.
- Realizar las exploraciones vaginales que sean adecuadas.
- Monitorizar los signos vitales maternos y del feto entre las contracciones, según protocolo o si es necesario.
- Auscultar el corazón del feto cada 30-60 minutos al principio del trabajo de parto, cada 15 minutos durante la fase de trabajo activo, y cada 5 minutos en la segunda etapa, dependiendo del estatus de riesgo.
- Auscultar la frecuencia cardíaca fetal entre las contracciones para establecer el nivel basal.
- Monitorizar la frecuencia cardíaca del feto durante y después de las contracciones para detectar desaceleraciones o aceleraciones.
- Aplicar el monitor electrónico fetal, según protocolo o según corresponda.
- Notificar los cambios anormales de la frecuencia cardíaca fetal al responsable del parto.
- Palpar las contracciones para determinar la frecuencia, duración, intensidad y tono en reposo.
- Fomentar la deambulación durante la primera fase de trabajo de parto.
- Monitorizar el nivel de dolor durante el trabajo de parto, según protocolo.
- Explorar las posiciones que mejoran la comodidad materna y mantienen la perfusión de la placenta.
- Enseñar técnicas de respiración, relajación y visualización.
- Proporcionar métodos alternativos de alivio del dolor coherentes con las metas de la paciente (p. ej., masajes simples, *effleurage*, aromaterapia, hipnosis, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea [TENS]).
- Proporcionar fragmentos de hielo, toallitas húmedas o caramelos duros.
- Animar a la paciente a que miccione cada 2 horas.
- Ayudar al acompañante durante el parto o a la familia a proporcionar consuelo y apoyo durante el trabajo de parto.
- Administrar analgésicos para proporcionar comodidad y relajación durante el trabajo de parto.
- Observar los efectos de la medicación en la madre y en el feto.
- Informar a las pacientes acerca de las opciones de anestesia que requieran la presencia de un anestesiólogo.
- Ayudar con la anestesia/analgesia regional, según corresponda.
- Realizar o ayudar en la amniotomía del modo apropiado.
- Auscultar la frecuencia cardíaca fetal antes y después de la amniotomía.
- Reevaluar la posición del feto y del cordón después de la amniotomía.
- Documentar las características del líquido, frecuencia cardíaca fetal y patrón de contracciones después de la rotura espontánea o inducida de las membranas.
- Limpiar el periné y cambiar las compresas absorbentes con frecuencia.
- Monitorizar el progreso del trabajo de parto, incluyendo el exudado vaginal, dilatación cervical, borrado del cuello, presentación y descenso fetal.
- Mantener a la paciente y al acompañante informados del progreso.
- Explicar el objeto de las intervenciones requeridas durante el parto.
- Obtener el consentimiento informado antes de realizar procedimientos invasivos.
- Observar la capacidad de afrontamiento de la familia durante el parto.
- Realizar una exploración vaginal para determinar la dilatación cervical completa, la presentación fetal y la estática.
- Enseñar técnicas de pujo para la segunda etapa del parto, en función de la preparación y preferencias de la madre para el parto.
- Dirigir el segundo estadio del parto.
- Monitorizar los progresos de pujo, descenso fetal, frecuencia cardíaca fetal y signos vitales maternos, según protocolo.
- Alentar los esfuerzos de descenso espontáneos durante la segunda etapa.
- Evaluar los esfuerzos de pujo y la duración de la segunda etapa.
- Recomendar cambios de los pujos para mejorar el descenso fetal.
- Aplicar compresas calientes, según corresponda.
- Ayudar al acompañante a continuar con las actividades de apoyo.
- Preparar los materiales necesarios para el parto.
- Documentar lo que sucede durante el parto.
- Notificar al responsable del parto que se lave en el momento adecuado para asistir al mismo.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Aasheim, V., Nilsen, A., Lukasse, M., & Reiner, L. (2011). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011*(12), doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2013). *Basic, high-risk, and critical-care intrapartum nursing: Clinical competencies and education guide* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Davidson, M., London, M., & Ladewig, P. (2016). *Old's maternal-newborn nursing and women's health across the lifespan* (10th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Minnesota Midwives Guild. (2013). *The Minnesota Midwives' Guild standards of care*. Milaca, MN: Author.

Cuidados intraparto: parto de alto riesgo 6834

Definición: Ayudar en el parto vaginal de fetos múltiples o mal posicionados.

Actividades:

- 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, ecografía, máquina de anestesia, suministros de reanimación neonatal, fórceps y calentadores adicionales para bebé.
- Comunicar a los ayudantes adicionales que asistan al parto (p. ej., neonatólogo, enfermeras de cuidados intensivos neonatales, anestesista).
- Ayudar a vestir y poner guantes al equipo obstétrico.
- Continuar la monitorización electrónica.
- Dirigir el parto durante la segunda etapa de expulsivo.
- Alertar al profesional principal de cualquier anomalía de los signos vitales de la madre o el trazado cardíaco fetal.
- Animar al acompañante que ayude con medidas de consuelo.

- Aplicar precauciones universales.
- Realizar la limpieza perineal.
- Realizar o ayudar con la rotación manual de la cabeza del feto desde la presentación occípito-posterior a occípito-anterior, según corresponda.
- Registrar la hora del parto del primer gemelo o del momento en el que el feto que viene de nalgas esté a nivel del ombligo.
- Ayudar con la amniotomía de las membranas amnióticas adicionales, si es necesario.
- Continuar monitorizando la frecuencia cardíaca del segundo o tercer feto.
- Realizar una ecografía para localizar la posición fetal, según corresponda.
- Seguir la cabeza del feto con la mano para favorecer la flexión durante el parto de nalgas, según indicaciones del profesional principal.
- Realizar maniobra de McRoberts de presión suprapúbica a petición del médico o matrona.
- Sujetar el cuerpo del bebé mientras el profesional principal saca la cabeza, que viene después.
- Ayudar en la aplicación de los fórceps o del extractor con ventosa, si es necesario.
- 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.
- Documentar los procedimientos (p. ej., anestesia, fórceps, extracción con ventosa, presión suprapúbica, maniobra de McRobert, reanimación del recién nacido) utilizados para facilitar el parto.
- 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.
- Fomentar la interacción de los padres con el (los) recién nacido(s) inmediatamente después del parto.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2013). *Basic, high-risk, and critical-care intrapartum nursing: Clinical competencies and education guide* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Davidson, M., London, M., & Ladewig, P. (2016). *Old's maternal-newborn nursing and women's health across the lifespan* (10th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Troiano, N., Harvey, C., & Chez, B. (Eds.). (2013). *High-risk and critical care obstetrics* (3rd ed.). Amber, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.

Cuidados perineales 1750

Definición: Mantenimiento de la integridad de la piel perineal y alivio de las molestias perineales.

Actividades:

- Ayudar con la higiene.
- Mantener el periné seco.
- Proporcionar un cojín para la silla, según corresponda.
- Inspeccionar el estado de incisión o desgarro (episiotomía, laceración, circuncisión).
- Aplicar frío en la zona, según corresponda.
- Aplicar una lámpara de calor, cuando esté indicado.
- Instruir al paciente acerca de la razón y utilización de los baños de asiento.
- Proporcionar y ayudar con baños de asiento, si es preciso.
- Limpiar el periné exhaustivamente con regularidad.
- Mantener al paciente en posición cómoda.
- Aplicar compresas para absorber el drenaje, según se precise.
- Aplicar una barrera protectora (p. ej., óxido de zinc, vaselina), si procede.
- Aplicar la medicación prescrita (p. ej., antibacteriana, antifúngica), si es adecuado.
- Documentar las características del drenaje.
- Proporcionar soporte escrotal, según corresponda.
- Proporcionar analgésicos, cuando esté indicado.
- Instruir al paciente o a los allegados, si es adecuado, sobre la inspección del periné para detectar signos patológicos (p. ej., infección, dehiscencia cutánea, exantema, exudado anómalo).

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Albers, L. L., & Borders, N. (2007). Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. *Journal of Midwifery & Womens Health*, *52*(3), 246-253.

Driver, D. S. (2007). Perineal dermatitis in critical care patients. *Critical Care Nurse*, *27*(4), 42-47.

Gray, M., Ratliff, C., & Donovan, A. (2002). Protecting perineal skin integrity. Incontinent patients present unique challenges to successful skin care management. *Nursing Management*, *33*(12), 61-63.

Leventhal, L. C., de Oliveira, S. M., Nobre, M. R., & da Silva, F. M. (2011). Perineal analgesia with an ice pack after spontaneous vaginal birth: A randomized controlled trial. *Journal of Midwifery & Womens Health*, *56*(2), 141-146.

Nix, D., & Ermer-Seltun, J. (2004). A review of perineal skin care protocols and skin barrier product use. *Ostomy Wound Management*, *50*(12), 59-67.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2009). *Fundamentals of nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby.

Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2009). *Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, and families*. Philadelphia: F.A. Davis pp. 472–473, 487, 576, 843.

C

Cuidados por interrupción del embarazo 69

Definición: Control de las necesidades físicas y psicológicas de la mujer que ha sufrido un aborto espontáneo o inducid

Actividades:

- Preparar física y psicológicamente a la paciente para el procedimiento del aborto.
- Explicar las sensaciones que podría experimentar la paciente.
- Instruir acerca de los signos que deben notificarse (aumento de hemorragias, aumento de los dolores abdominales y eliminación de coágulos o tejidos).
- Proporcionar los analgésicos o antieméticos prescritos.
- Realizar un masaje en la espalda, según sea necesario.
- Administrar medicación para interrumpir el embarazo, según protocolo.
- Animar al ser querido a que apoye a la paciente antes, durante y después del aborto, si se desea.
- Observar si se producen hemorragias o retortijones.
- Canalizar una vía i.v., según corresponda.
- Observar si hay signos de aborto espontáneo (cese de los retortijones, aumento de la presión pélvica y pérdida de líquido amniótico).
- Realizar una exploración vaginal, según corresponda.
- Ayudar con el parto, según corresponda, dependiendo de la edad gestacional del feto.
- Pesar la pérdida sanguínea, según corresponda.
- Monitorizar los signos vitales.
- Observar si hay signos de shock.
- Guardar todos los tejidos eliminados.
- Administrar oxitócicos después del parto, según corresponda.
- Informar sobre los procedimientos (legrado-aspiración, dilatación y legrado, y evacuación uterina).
- Administrar inmunoglobulina anti-Rho(D) en las pacientes Rh-negativo.
- Enseñar a la paciente los autocuidados postaborto y el control de los efectos secundarios.
- Animar a la pareja a que apoye a la paciente antes, durant después del aborto, si lo desea o con el consentimiento d paciente.
- Proporcionar información para la derivación a grupos de apo
- Derivar para apoyo psicológico u orientación, según sea nece rio.
- Considerar las creencias y valores culturales y religiosos.
- Derivar para apoyo religioso, según se desee.
- Informar sobre el «Síndrome del Aniversario».
- Cumplimentar el registro de partos e informar de la mue según corresponda.
- Obtener muestras para estudios genéticos o la autopsia, si e caso.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Gilbert, E. S. (2011). *Manual of high risk pregnancy and delivery* (5th e St. Louis, MO: Mosby Elsevier pp. 318–328.

Mattson, S., & Smith, J. (Eds.). (2011). *Core curriculum for maternal-newb nursing* (4th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Perry, S., Hockenberry, M., Lowdermilk, D., & Wilson, D. (Eds.). (20 *Maternal child nursing care* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Pillitteri, A. (2014). Nursing care for the family in need of reproductive planning. In *Maternal & child health nursing: Care of the childbearin childrearing family* (7th ed., pp. 108-137). Philadelphia, PA: Lippinc Williams & Wilkins.

Yonke, N., & Leeman, L. M. (2013). First-trimester surgical abortion tech ques. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 40*(4), 647-6

Cuidados por relevo 72

Definición: Provisión de cuidados de corta duración para proporcionar descanso a un cuidador/familiar.

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica con el paciente/familia.
- Controlar la resistencia del cuidador.
- Informar al paciente/familia acerca de los fondos estatales disponibles para los cuidados por relevo.
- Disponer los preparativos para los cuidados por relevo en una residencia.
- Coordinar el voluntariado para los servicios a domicilio, según corresponda.
- Coordinar los servicios de soporte comunitario (comida, centro de día, campamento de verano).
- Disponer los preparativos para el cuidador sustituto.
- Evaluar 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.
- Conseguir los números de teléfonos de urgencias.
- Determinar la forma de contacto con el cuidador habitual.
- Proporcionar cuidados de urgencia, si es necesario.
- Mantener un ambiente hogareño normal.
- Proporcionar un informe al cuidador habitual al regreso.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Barnard-Brak, L., & Thomson, D. (2009). How is taking care of caregiver children with disabilities related to academic achievement? *Child Yo Care Forum, 38*(2), 91-102.

Barrett, M., Wheatland, B., Haselby, P., Larson, A., Kristjanson, L., & Whyatt (2009). Palliative respite services using nursing staff reduces hospitalizat of patients and improves acceptance among carers. *International Journa Palliative Nursing, 15*(8), 389-395.

Cowen, P. S., & Reed, D. A. (2002). Effects of respite care for children w developmental disabilities: Evaluation of an intervention for at risk famil *Public Health Nursing, 19*(4), 272-283.

Donath, C., Winkler, A., & Grassel, E. (2009). Short-term residential care dementia patients: Predictors for utilization and expected quality from a mily caregiver's point of view. *International Psychogeriatrics, 21*(4), 703-7

Molzahn, A. E., Gallagher, E., & McNulty, V. (2009). Quality of life associat with adult day centers. *Journal of Gerontological Nursing, 35*(8), 37-46.

Perry, J., & Bontinen, K. (2001). Evaluation of a weekend respite program persons with Alzheimer disease. *Canadian Journal of Nursing Resear 33*(1), 81-95.

Salin, S., Kaunonen, M., & Astedt-Kurki, P. (2009). Informal carers of old family members: How they manage and what support they receive fr respite care. *Journal of Clinical Nursing, 18*(4), 492-501.

Cuidados posparto 6930

Definición: Proporcionar cuidados a la mujer durante el período de 6 semanas que comienza justo después del parto.

Actividades:

- Monitorizar los signos vitales.
- Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos.
- Indicar a la paciente que miccione antes de la exploración posparto y con frecuencia.
- Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación.
- Masajear suavemente el fondo uterino hasta que esté firme, si es necesario.
- Controlar el periné o la incisión quirúrgica, así como el tejido circundante (es decir, vigilar la presencia de eritema, edema equimosis, exudado y la aproximación de los bordes de la herida).
- Fomentar una deambulación precoz y frecuente, ayudando a la paciente cuando sea necesario.
- Animar a la paciente operada a que realice ejercicios respiratorios, ayudándola cuando sea necesario.
- Controlar el dolor de la paciente.
- Reconfortar a la paciente que presente escalofríos (es decir, proporcionar mantas calientes y ofrecer bebidas).
- Administrar analgésicos a demanda.
- Instruir a la paciente sobre los modos no farmacológicos para aliviar el dolor (p. ej., baños de asiento, deambulación, masaje, imágenes guiadas, compresas de hielo, compresas de *Hammamelis* y distracción).
- Instruir a la paciente sobre los cuidados perineales para evitar la infección y reducir las molestias.
- Realizar o ayudar con los cuidados perineales (es decir, aplicar compresas de hielo, animar a la paciente a tomar baños de asiento y aplicar calor seco).
- Monitorizar la temperatura de las mamas y el estado de los pezones.
- Instruir a la paciente sobre los cambios mamarios.
- Monitorizar la vejiga urinaria, incluidas las entradas y salidas (p. ej., vaciado vesical, palpabilidad, color, olor).
- Facilitar la reanudación de una función urinaria normal (es decir, ayudar con los baños de asiento, fomentar la hidratación, irrigar el periné con agua caliente y recomendar la deambulación).
- Monitorizar la función intestinal (p. ej., fecha y hora de la última defecación, ruidos intestinales, presencia de flato).
- Facilitar la reanudación de una función intestinal normal (es decir, administrar ablandadores fecales o laxantes, instruir al paciente que ingiera líquidos y fibra, fomentar la deambulación).
- Aplicar medidas para reducir la probabilidad de desarrollar una trombosis venosa profunda (p. ej., ejercicios de las piernas y aplicación de botas de compresión).
- Monitorizar las piernas en busca del signo de Homans y organizar las pruebas adicionales, si es preciso.
- Monitorizar el estado emocional del paciente.
- Animar a la madre a comentar su experiencia del trabajo de parto y del nacimiento de su hijo.
- Tranquilizar a la paciente sobre su capacidad de cuidar de sí misma y del lactante.
- Proporcionar información sobre los cambios del estado de ánimo (p. ej., tristeza del posparto, depresión y psicosis), incluidos los síntomas que requieran más evaluación y tratamiento.
- Monitorizar la aparición de síntomas de depresión o psicosis posparto.
- Proporcionar orientación anticipatoria sobre los cambios fisiológicos y psicológicos y su manejo.
- Comentar las necesidades de actividad y de descanso.
- Comentar la sexualidad y las opciones anticonceptivas.
- Monitorizar las conductas de apego progenitor-lactante.
- Facilitar un apego progenitor-lactante óptimo.
- Instruir a la paciente sobre las necesidades nutricionales, incluida la importancia de una dieta equilibrada y suplementos, si está indicado.
- Instruir a la paciente sobre las necesidades nutricionales del lactante.
- Proporcionar una educación y apoyo adecuados sobre el método de alimentación escogido.
- Remitir a la paciente a la consulta de lactancia, si está indicado.
- Instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requieran ser notificados de inmediato (p. ej., fiebre, depresión).
- Administrar inmunoglobulina Rh y la vacuna contra la rubéola, si está indicado.
- Ayudar al progenitor a programar las consultas de exploración del recién nacido y de exploración posparto.
- Remitir a los recursos apropiados de apoyo comunitario o de cuidados de seguimiento.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet, 363*(9405), 303-310.

Morten, A., Kohl, M., O' Mahoney, P., & Pelosi, K. (1991). Certified nurse-midwifery care of the postpartum client: A descriptive study. *Journal of Nurse-Midwifery, 36*(5), 276-288.

Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2009). Caring for the postpartal woman and her family. In *Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, & families* (pp. 469-509). Philadelphia: F.A. Davis.

Cuidados post mortem 1770

Definición: Proporcionar cuidados físicos al cuerpo de un paciente fallecido y apoyo a la familia.

Actividades:

- Retirar los objetos externos del cuerpo (p. ej., ropa, tubos, monitores), si es preciso.
- Limpiar el cuerpo.
- Colocar un pañal de incontinencia bien sujeto debajo de las nalgas y entre las piernas.
- Levantar el cabecero de la cama ligeramente para evitar la acumulación de líquidos en la cabeza o la cara.
- Colocar dentaduras postizas en la boca, si fuera posible.
- Cerrar los ojos.
- Mantener una alineación corporal correcta.

© Elsevier. Prohibida la distribución no autorizada.

C

- Realizar la notificación a los diversos departamentos y al personal, de acuerdo con las normas.
- Etiquetar las pertenencias personales y colocarlas en un lugar seguro.
- Avisar a un sacerdote, si lo ha solicitado la familia.
- Evitar restringir el número de visitas.
- Organizar la realización de fotografías.
- Facilitar y apoyar que la familia vea el cuerpo.
- Respetar las creencias y rituales religiosos de la familia.
- Disponer intimidad y apoyar a los miembros de la familia.
- Responder a las preguntas acerca de la donación de órganos.
- Responder a las preguntas sobre la autopsia.
- Etiquetar el cuerpo, de acuerdo con las normas, después de que la familia haya salido.
- Trasladar el cuerpo al depósito de cadáveres.
- Notificar a la funeraria, según corresponda.
- Notificar al forense si procede.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Ackerman, M. J. (2009). State of postmortem genetic testing known as the cardiac channel molecular autopsy in the forensic evaluation of unexplained sudden cardiac death in the young. *Pacing & Clinical Electrophysiology, 32*(Suppl. 2), S86-S89.

De Lisle-Porter, M., & Podruchny, A. M. (2009). The dying neonate: Family-centered end-of-life care. *Neonatal Network, 28*(2), 75-83.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Loss, grieving, and death. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 1032-1058). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Smith, T., Basa, E., Ewert-Flanagan, P., & Tilley, C. (2009). Incorporating spirituality into end-of-life and postmortem care. *Oncology Nursing Forum, 36*(3), 18.

Cuidados postanestesia 2870

Definición: Control y seguimiento del paciente que ha sido sometido recientemente a anestesia general o regional.

Actividades:

- Revisar las alergias del paciente, incluida la alergia al látex.
- Determinar la vía aérea y la adecuación circulatoria.
- Administrar oxígeno, según corresponda.
- Comprobar la oxigenación.
- Proceder a la ventilación, si es necesario.
- Controlar la calidad y número de respiraciones.
- Animar al paciente a que tosa y respire profundamente.
- Obtener el relevo de la enfermera de quirófano y del anestesista.
- Aclarar cualquier orden postoperatoria que deba iniciarse en la unidad de cuidados postoperatorios.
- Vigilar y registrar los signos vitales y realizar valoración del dolor cada 15 minutos o más a menudo, según corresponda.
- Controlar la temperatura.
- Administrar medidas de calentamiento (mantas calientes, mantas de convección), si es necesario.
- Vigilar la diuresis.
- Proporcionar medidas no farmacológicas y farmacológicas de alivio del dolor, si es necesario.
- Administrar antieméticos, según la prescripción.
- Administrar antagonistas de los narcóticos, de acuerdo con el protocolo del centro, según corresponda.
- Ponerse en contacto con el anestesista, cuando proceda.
- Comprobar el nivel de anestesia intratecal.
- Controlar el retorno de la función sensorial y motora.
- Vigilar el estado neurológico.
- Observar el nivel de consciencia.
- Satisfacer las necesidades de seguridad del paciente.
- Proporcionar mantas calientes, según corresponda.
- Interpretar las pruebas diagnósticas, según corresponda.
- Comprobar la historia clínica hospitalaria del paciente para determinar los signos vitales basales, según corresponda.
- Comparar el estado actual con el estado anterior para detectar mejorías o deterioros en el estado del paciente.
- Proporcionar estimulación verbal o táctil, según corresponda.
- Administrar medicación i.v. para controlar los escalofríos, según el protocolo del centro.
- Comprobar la zona de intervención, según corresponda.
- Sujetar al paciente, si lo requiere el caso.
- Ajustar la cama, según corresponda.
- Proporcionar intimidad, según corresponda.
- Proporcionar apoyo emocional al paciente y a la familia, según corresponda.
- Determinar si el paciente cumple con los criterios del alta.
- Pasar la información sobre el paciente a la unidad de cuidados postoperatorios.
- Transferir al paciente al siguiente nivel de cuidados.

2.ª edición 1996; revisada en 2004 y 2018

Bibliografía:

American Society of Peri-Anesthesia Nurses. (2012). *2012-2014 perianesthesia nursing: Standards, practice recommendations and interpretive statements.* Cherry Hill, NJ: Author.

Conner, R., Spruce, L., & Burlingame, B. (2013). *Perioperative standards and recommended practices.* Denver, CO: Association of periOperative Registered Nurses.

Rothrock, J. C. (Ed.). (2015). *Alexander's care of the patient in surgery* (15th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Cuidados prenatales

6960

Definición: Provisión de cuidados sanitarios durante el período de gestación.

Actividades:

- Identificar las necesidades, preocupaciones y preferencias de la paciente, fomentar la implicación en la toma de decisiones e identificar y abordar los obstáculos para los cuidados.
- Comentar la importancia de participar en los cuidados prenatales durante toda la gestación y alentar la implicación de la pareja de la paciente o de otro familiar.
- Alentar la asistencia a clases prenatales.
- Monitorizar la ganancia de peso.
- Monitorizar la aparición de un trastorno hipertensivo (p. ej., presión arterial, edema maleolar, de las manos y facial, así como proteinuria).
- Monitorizar los tonos cardíacos fetales.
- Medir la altura del fondo uterino y comparar con la edad gestacional.
- Monitorizar los movimientos fetales.
- Instruir a la paciente sobre la percepción de los movimientos fetales y la importancia de monitorizar la actividad fetal.
- Monitorizar la presentación fetal.
- Revisar con la paciente los cambios observados en el crecimiento y estatus del feto.
- Instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requieren su notificación inmediata.
- Comentar las necesidades y preocupaciones nutricionales (p. ej., dieta equilibrada, ácido fólico, seguridad alimentaria y suplementos).
- Instruir a la paciente sobre los efectos de la exposición o de la ingestión de sustancias perjudiciales (p. ej., alcohol, drogas, teratógenos, fármacos, sustancias de fitoterapia y tabaco).
- Comentar el nivel de actividad con la paciente (p. ej., ejercicio apropiado, actividades que deben evitarse e importancia del descanso).
- Proporcionar consejo y pruebas genéticas, si procede.
- Instruir a la paciente sobre las pruebas de laboratorio rutinarias que deben realizarse durante el embarazo (p. ej., análisis de orina, nivel de hemoglobina, ecografía, diabetes gestacional y VIH).
- Instruir a la paciente sobre las pruebas y tratamientos no rutinarios (p. ej., cardiotocografía en reposo, perfil biofísico, inmunoglobulina anti-Rh y desprendimiento de membranas), si se precisa.
- Revisar los resultados de las pruebas con la paciente.
- Comentar los cuidados de salud oral.
- Comentar los aspectos de la sexualidad.
- Monitorizar el estado psicológico del paciente y de su pareja.
- Monitorizar la presencia de factores de riesgo que afecten al estado de salud del feto o de la paciente (p. ej., trastorno psiquiátrico y violencia de pareja).
- Ofrecer apoyo y consejo a la paciente que tenga un embarazo no planificado o no deseado.
- Ofrecer orientación anticipatoria sobre los cambios y molestias fisiológicos y psicológicos (p. ej., náuseas, vómitos, cambios musculoesqueléticos, temores y sensibilidad mamaria).
- Ayudar a la paciente a identificar estrategias para afrontar los cambios y aliviar las molestias asociadas con el embarazo.
- Comentar los cambios de la imagen corporal con la paciente.
- Revisar las precauciones de seguridad que deben adoptarse durante el embarazo (p. ej., uso del cinturón de seguridad, evitar baños calientes y saunas, así como restricciones de viajes).
- Proporcionar una información precisa sobre los riesgos, beneficios, contraindicaciones y efectos secundarios de las inmunizaciones, si es preciso.
- Ayudar a la paciente a prepararse para el trabajo de parto y el expulsivo (es decir, comentar las opciones para el control del dolor, revisar los signos y síntomas del trabajo de parto, comentar las circunstancias especiales que requieran una intervención médica y fomentar la implicación planificada de la pareja o familia de la paciente).
- Ofrecer orientación anticipada sobre los cuidados y consideraciones del lactante (p. ej., circuncisión, alimentación y selección del pediatra).
- Comentar las preocupaciones y consideraciones puerperales (p. ej., planificación familiar y anticoncepción, retorno al trabajo o a la escuela, así como cambios fisiológicos y psicológicos).
- Derivar al servicio adecuado (p. ej., programa de alimentos suplementarios, tratamiento para la dependencia de drogas y asesoramiento sobre salud mental), si es preciso.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Department of Health and Human Services. (1989). *Caring for our future, the content of prenatal care: A report of the Public Health Service Expert Panel on the content of prenatal care*. Washington, DC: Public Health Service.

Hanson, L., VandeVusse, L., Roberts, J., & Forristal, A. (2009). A critical appraisal of guidelines for antenatal care: Components of care and priorities in prenatal education. *Journal of Midwifery & Women's Health, 54*(6), 458-468.

Novick, G. (2009). Women's experience of prenatal care: An integrative review. *Journal of Midwifery & Women's Health, 54*(3), 226-237.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

D

Dar esperanza 5310

Definición: Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.

Actividades:

- 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.
- Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual.
- Evitar disfrazar la verdad.
- 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, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas.
- 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).
- Proporcionar al paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo.
- Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Brown, P. (1989). The concept of hope: Implications for care of the critically ill. *Critical Care Nurse, 9*(5), 97-105.

Forbes, S. B. (1994). Hope: An essential human need in the elderly. *Journal Gerontological Nursing, 20*(6), 5-10.

Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing, 15*, 1250-1259.

Miller, J. F. (2000). Inspiring hope. In J. F. Miller (Ed.), *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness* (3rd ed., pp. 523-546). Philadelphia: F.A. Davis.

Pilkington, F. B. (1999). The many facets of hope. In R. R. Parse (Ed.), *Hope: An international human becoming perspective* (pp. 9-44). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Poncar, P. J. (1994). Inspiring hope in the oncology patient. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 32*(1), 33-38.

Snyder, C. R., Sympson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., & Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(2), 321-335.

Declaración/testimonio 7930

Definición: Provisión de declaración bajo juramento para procedimientos legales basados en el conocimiento del caso.

Actividades:

- Contactar con su superior y con la persona que ha realizado una mala práctica, según corresponda, cuando se haya recibido una solicitud de declaración o citación para ofrecer testimonio.
- Contratar un abogado para que le represente individualmente, si es necesario.
- Comentar el caso solo con el(los) abogado(s) que le represente(n) en la declaración.
- Evitar comentar el caso con compañeros, médicos y otras personas implicadas sin presencia del abogado.
- Pedir al abogado que explique el proceso de declaración.
- Prepararse revisando las historias clínicas y leyendo o releyendo cualquier documento que se presente durante la declaración.
- Evitar llevar notas, documentos o informes durante la declaración a menos que su abogado lo solicite.
- Prepararse para asumir los errores que ocurrieron.
- Escuchar atentamente y comprender la pregunta antes de responder.
- Escuche las preguntas realizadas y responda directamente y con sinceridad.
- Si la pregunta no es clara, pedir que se la aclaren.
- Evitar buscar un segundo sentido a una pregunta o buscar trampas.
- Contestar una pregunta solo si la persona que la realiza ha acabado; mientras se realiza la pregunta no realizar interrupciones.
- Responder las preguntas basándose únicamente en el conocimiento personal y profesional; no hacer conjeturas o especulaciones.
- Si no se recuerda un hecho, responder «No me acuerdo».
- Responder solo las preguntas formuladas y no proporcionar voluntariamente información no solicitada.
- Si es posible responder con «sí» o «no».
- Dar explicaciones solo si su abogado así lo solicita.
- Testificar solo sobre documentos que haya leído.
- Evitar responder cualquier pregunta a la que su abogado se oponga.
- Corregir al abogado contrario, especialmente si los hechos declarados son falsos.
- Ser respetuoso, cortés y educado y no discutir con el abogado contrario.
- Hablar con calma, claridad y confianza, sin mostrarse pomposo o suficiente.
- Deletrear palabras poco habituales después de pronunciarlas con claridad, si así se lo solicitan.
- Pedir poder hablar en privado con su abogado si es necesario.

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

- Evitar ofrecerse a presentar documentos; deje que su abogado tome la iniciativa.
- Comunicarse con la parte contraria o con el abogado contrario solo si su abogado está presente.
- Hablar alto y claro para que todos puedan oírle.
- Si está cansado, solicite un pequeño descanso.
- Evitar coger cualquier documento marcado como prueba documental.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

Ruppert, C. (1999). *Nurse practitioner's business practice & legal guide*. Gaithersburg, MD: Aspen.

Cady, R. (1999). Preparing to give a deposition. *MCN: American Journal of Maternal/Child Nursing, 24*(2), 108.

Cady, R. (2000). Testifying at a trial: What you need to know. *MCN: American Journal of Maternal/Child Nursing, 25*(4), 219.

Dempski, K. (2000). If you have to give a deposition. *RN, 63*(1), 59-60.

Johnson, L. G. (1992). *The deposition guide: A practical handbook for witnesses*. Seattle, WA: Law Seminars International (pp. 17–21).

Maggiore, W. A. (1999). 9 tips for surviving a deposition. *Journal of Emergency Medical Services, 24*(12), 84-85.

Scott, R. W. (1999). *Health care malpractice: A primer on legal issues for professionals* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Sullivan, G. H. (1995). Giving a deposition. *RN, 58*(9), 57-61.

D

Declarar la verdad al paciente

5470

Definición: Uso de toda la verdad, una verdad parcial o retardar el decirla para fomentar la autodeterminación y el bienestar del paciente.

Actividades:

- Clarificar los propios valores sobre la situación particular.
- Clarificar los valores del paciente, la familia, el equipo de cuidados y la institución acerca de la situación particular.
- Clarificar la base de conocimientos y habilidades de comunicación propios acerca de la situación.
- Determinar el deseo y la preferencia del paciente de sinceridad en la situación.
- Consultar con la familia del paciente antes de decirle la verdad de la forma culturalmente adecuada.
- Señalar las discrepancias entre las creencias expresadas y las conductas del paciente.
- Colaborar con otros profesionales sanitarios en la elección de opciones (toda la verdad, verdad parcial o retardar decirla) y su necesaria participación en las opciones.
- Determinar los riesgos para el paciente y uno mismo asociados con cada opción.
- Elegir una de las opciones en función de las consideraciones éticas de la situación e inclinándose de manera más favorable hacia el uso de la verdad o la verdad parcial.
- Establecer una relación de confianza.
- Decir la verdad con sensibilidad, calidez y franqueza.
- Tomarse el tiempo para considerar las consecuencias de la verdad.
- Remitir a otro cuidador si la persona tiene mejor relación, más conocimientos y habilidades para decir la verdad o más tiempo y capacidad para tratar con las consecuencias de decir la verdad.
- Preparar a los pacientes para contar la verdad animándoles a invitar a la familia o allegados a estar presentes.
- Permanecer con el paciente al que se le haya dicho la verdad y estar preparado para clarificar, dar apoyo y recibir retroalimentación.
- Estar físicamente presente para comunicar aprecio y apoyo, si se ha tomado la decisión de retener la información.
- Elegir retardar el decir la verdad cuando haya falta de información, falta de conocimientos y falta de relación de confianza.
- Atender a las señales verbales y no verbales durante el proceso de comunicación.
- Monitorizar las respuestas del paciente y la familia a las interacciones, incluyendo alteraciones del dolor, intranquilidad, ansiedad, cambio del estado de ánimo, implicación en los cuidados, capacidad para sintetizar nueva información, capacidad para manifestar sentimientos y satisfacción expresada con los cuidados, según corresponda.
- Documentar las respuestas del paciente en los diversos estadios de la intervención.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Collis, S. P. (2006). The importance of truth-telling in health care. *Nursing Standard, 20*(17), 41-45.

Glass, E., & Cluxton, D. (2004). Truth-telling: Ethical issues in clinical practice. *Journal of Hospice and Palliative Nursing, 6*(4), 232-242.

Hertogh, C. M., The, B. A., Miesen, B. M., & Eefsting, J. A. (2004). Truth telling and truthfulness in the care for patients with advanced dementia: An ethnographic study in Dutch nursing homes. *Social Science & Medicine, 59*(8), 1685-1693.

Jotkowitz, A. B., Clarifield, A. M., & Glick, S. (2005). The care of patients with dementia: A modern Jewish ethical perspective. *Journal of the American Geriatrics Society, 53*(5), 881-884.

Tuckett, A. G. (2004). Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: A review of the literature. *Nursing Ethics, 11*(5), 500-513.

Williamson, C. B., & Livingston, D. J. (1992). Truth telling. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (2nd ed., pp. 151-167). Philadelphia: W.B. Saunders.

Wros, P. L., Doutrich, D., & Izumi, S. (2004). Ethical concerns: Comparison of values from two cultures. *Nursing & Health Sciences, 6*(2), 131-140.

D

Defensa de la salud de la comunidad 8

Definición: Desarrollar el apoyo público para cambiar ideas y actitudes sobre asuntos específicos de atención a la salud

Actividades:

- 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).
- Proporcionar acceso a servicios de traducción, cuando sea necesario.
- Colaborar con los trabajadores de salud no profesionales y líderes comunitarios para identificar las necesidades y proporcionar servicios.
- Ayudar a los líderes de la comunidad a llevar a cabo una valoración de las necesidades para priorizarlas, así como a identificar las actividades.
- Entender las creencias y prácticas culturales de salud de los miembros de la comunidad.
- Ayudar a movilizar recursos en la comunidad que contribuyan a alcanzar las metas.
- Buscar consulta, enseñanza y apoyo en los esfuerzos de defensa de la comunidad para construir alianzas.
- Participar en campañas en los medios de comunicación para aumentar la concienciación pública.
- Asistir a las reuniones de la junta escolar para compartir el efecto negativo de no tener suficientes enfermeras escolares que supervisen el estado de salud de los estudiantes.
- 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 dado de la salud al público y a los legisladores.
- Ayudar en la introducción y aprobación de la legislación sol cuidado de la salud mediante la búsqueda de patrocinadore persuasión de posibles copatrocinadores para que firmen c apoyo.
- Utilizar ejemplos reales de la práctica clínica para ilustra necesidades de los pacientes y los resultados de la política pú en la atención al paciente.
- Identificar los obstáculos que impiden el éxito y poner en ma estrategias para reducir las barreras.

7.ª edición 2018

Bibliografía:

Center for Healthy Communities. (2015). *Community health advocate pro* Obtenido de https://medicine.wright.edu/center-for-healthy-commu community-health-advocate-program.

Loue, S. (2006). Community health advocacy. *Journal of Epidemiol Community Health, 60*(6), 458-463.

Maryland, M. A., & Gonzalez, R. I. (2012). Patient advocacy in the comm and legislative arena. *Online Journal of Issues in Nursing, 17*(1), .

Porter-O'Grady, T., & Malloch, K. (2011). *Quantum leadership adva innovation transforming healthcare* (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones & B Learning.

Delegación 7

Definición: Transferir la responsabilidad de la realización de los cuidados del paciente, manteniendo la responsabili del resultado.

Actividades:

- Determinar los cuidados del paciente que se deben completar.
- Identificar la posibilidad de sufrir daños.
- Evaluar la complejidad de los cuidados que han de delegarse.
- Determinar las habilidades innovadoras y de solución de problemas requeridas.
- Considerar la previsibilidad del resultado.
- Estimar el efecto que produce el tiempo que la enfermera pasa con el paciente para el desarrollo de una relación de confianza.
- Valorar la competencia y preparación del profesional sanitario.
- Estar familiarizado con el alcance de la práctica, según lo estipulado por la ley y el protocolo del centro, del profesional sanitario que asumirá las tareas, según corresponda.
- Explicar las tareas al profesional sanitario.
- Hacer preguntas para conocer y clarificar el entendimiento del otro sobre el cuidado que se va a proporcionar.
- Determinar el nivel de supervisión necesario para la intervención o actividad específica delegada (p. ej., presencia física o disponibilidad inmediata).
- Establecer controles, de tal forma que el personal de enfermería pueda revisar las intervenciones o actividades de los cuidadores e intervenir si es necesario.
- Seguimiento con los profesionales sanitarios de forma re para valorar su progreso en la conclusión de las tareas espec
- Evaluar el resultado de la intervención o actividad delegad actuación del profesional sanitario.
- Observar el grado de satisfacción del paciente y la famili los cuidados.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Cipriano, P. (2010). Overview and summary: Delegation dilemmas: Star and skills for practice. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing.* doi: 10.3912/OJIN.Vol15No02ManOS.

Huber, D. L. (2014). *Leadership and nursing care management* (5th ed Louis. MO: Elsevier Saunders.

Resnick, M. E., Bakerjian, A. J., Hertz, J., Gardner, W., Rapp, M. P., Reit S., Young, H., & Mezey, M. (2010). Nursing delegation and medi administration in assisted living. *Nursing Administration Quarterly,* 162-171.

Weydt, A. (2010). Developing delegation skills. *OJIN: The Online Jour Issues in Nursing, 15*(2), doi: 10.3912/OJIN.Vol15No02Man01.

Whitman, M. M. (2005). Return and report: Establishing accountabi delegation. *American Journal of Nursing, 105*(3), 97.

Derivación 8100

Definición: Hacer los preparativos para que el paciente sea atendido por otros cuidadores o institución.

Actividades:

- Realizar una evaluación continuada para determinar la necesidad de la derivación.
- Establecer las preferencias del centro al que ha de derivarse.
- Determinar la recomendación de los profesionales sanitarios para la remisión, según corresponda.
- Establecer los cuidados necesarios.
- Determinar si se dispone de cuidados de apoyo adecuados en el hogar/comunidad.
- Determinar si los servicios de rehabilitación están disponibles para ser utilizados en el hogar.
- Evaluar los puntos fuertes y débiles de la familia y allegados en la responsabilidad de los cuidados.
- Evaluar la accesibilidad de las necesidades ambientales del paciente en el hogar/comunidad.
- Determinar el equipo apropiado necesario para después del alta, si es necesario.
- Determinar los recursos económicos del paciente para pagar a otro proveedor.
- Disponer los servicios de cuidados pertinentes en casa, si es necesario.
- Informar al paciente sobre las páginas de internet adecuadas para consultarlas tras el alta.
- Fomentar una visita de evaluación por parte del centro de recepción u otro cuidador, si resulta adecuado.
- Ponerse en contacto con el centro/cuidador correspondiente.
- Minimizar el tiempo transcurrido entre el alta y la cita con el siguiente profesional.
- Cumplimentar el informe de derivación correspondiente.
- Remitir el informe de derivación y el plan de cuidados del paciente por vía electrónica, si procede.
- Proporcionar al paciente o a su familia una copia del informe de derivación, si procede.
- Disponer el modo de transporte.
- Comentar el plan de cuidados del paciente con el siguiente profesional sanitario.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Berta, W., Barnsley, J., Bloom, J., Cockerill, R., Davis, D., Jaakkimainen, L., Mior, A., Talbot, Y., & Vayda, E. (2008). Enhancing continuity of information: Essential components of a referral document. *Canadian Family Physician, 54*(10), 1432-1433.

Cummings, E., Showell, C., Roehrer, E., Churchill, B., Turner, B., Yee, K. C., Wong, M. C., & Turner, P. (2010). *A structured evidence-based literature review on discharge, referral and admission*. University of Tasmania, Australia: ehealth Services Research Group.

Edwards, N., Davies, B., Ploeg, J., Virani, T., & Skelly, J. (2007). Implementing nursing best practice guidelines: Impact on patient referrals. *Online BMC Nursing, 6*(4), doi:10.1186/1472-6955-6-4.

Heimly, V. (2009). Electronic referrals in healthcare: A review. In K. Adlassnig, B. Blobel, J. Mantas, & I. Masic (Eds.), *Medical informatics in a united and healthy Europe: Proceedings of MIE 2009* (pp. 321-331). Amsterdam, Netherlands: IOS Press.

Kim, Y., Chen, A. H., Keith, E., Yee, H. F., Jr., & Kushel, M. B. (2009). Not perfect, but better: Primary care providers' experiences with electronic referrals in a safety net health system. *Journal of General Internal Medicine, 24*(5), 614-619.

Desarrollo de un programa 8700

Definición: Planificación, aplicación y evaluación de un conjunto coordinado de actividades diseñado para aumentar el bienestar o para prevenir, reducir o eliminar uno o más problemas de salud de un grupo o comunidad.

Actividades:

- Ayudar al grupo o comunidad a identificar las necesidades o los problemas de salud significativos.
- Priorizar las necesidades de salud de los problemas identificados.
- Reunir a 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 coste, los recursos necesarios, la viabilidad y las actividades necesarias.
- Elegir la propuesta más adecuada.
- Desarrollar los objetivos para dirigir la(s) necesidad(es) o el(los) problema(s).
- Describir métodos, actividades y un marco temporal para su ejecución.
- Identificar los recursos y las restricciones para la aplicación del programa.
- Planificar la evaluación del programa.
- Conseguir la aceptación del programa por parte del grupo diana, de los proveedores y de grupos relacionados.
- Contratar personal para llevar a cabo y dirigir el programa.
- Conseguir el equipo y los suministros.
- Convencer de las bondades del programa a los participantes a quienes va destinado y a individuos o grupos de apoyo.
- Facilitar la adopción del programa por parte del grupo o comunidad.
- Observar el progreso de la aplicación del programa.
- Evaluar la relevancia, la eficacia y la rentabilidad del programa.
- Modificar y mejorar el programa.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Allender, J., & Spradley, B. (2004). *Community health nursing: Promoting and protecting the public's health* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Dignan, M., & Carr, P. (1992). *Program planning for health education and promotion* (2nd. ed.). Philadelphia: Lea & Febiger.

D

Desarrollo de vías clínicas 7640

Definición: Elaboración y utilización de una secuencia cronológica de las actividades de cuidados del paciente para mejorar los resultados esperados de una manera coste-eficiente.

Actividades:

- Realizar una revisión de las historias clínicas para determinar los esquemas actuales de cuidados para una población de pacientes.
- Revisar las normas actuales de la práctica relacionadas con la población de pacientes.
- Colaborar con otros profesionales sanitarios en el desarrollo de vías clínicas.
- Identificar resultados intermedios y finales adecuados con los intervalos temporales.
- Identificar intervenciones adecuadas con los intervalos temporales.
- Colocar las variables relevantes (p. ej., resultados, intervenciones, pruebas de laboratorio y de diagnóstico, consultas, educación del paciente y la familia) secuencialmente en un árbol de decisión.
- Mantener el árbol de decisión lo más simplificado posible, incluso cuando los eventos clínicos son complejos (es decir, proporcionar detalles importantes pero minimizar la información irrelevante y la extensión).
- Incluir puntos clave de decisión en los cuales el juicio del profesional es crítico.
- Compartir las vías clínicas con el paciente y la familia, según corresponda.
- Evaluar a intervalos definidos el progreso del paciente para llegar a los resultados identificados.
- Estimar las variaciones e informar por los canales apropiados.
- Documentar el progreso del paciente para llegar a los resultados identificados, según la política del centro.
- Documentar la razón de las variaciones de las intervenciones planificadas y de los resultados esperados.
- Poner en práctica las medidas correctivas a las variaciones, según corresponda.
- Revisar la vía clínica, según corresponda.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Abrams, M. N., Hage, D., & Abrams, E. R. (2011, November 29). Engaging physicians in predictive care paths. *Hospitals and Health Networks Daily*. Obtenido de http://www.hhnmag.com/articles/4784-engaging-physicians-in-predictive-care-paths

Evans-Lacko, S., Jarrett, M., McCrone, P., & Thronicroft, G. (2010). Facilitators and barriers to implementing clinical care pathways. *Online BMC Health Services Research, 10*, 182 doi:10.1186/1472-6963-10-183.

Huber, D. L. (2014). *Leadership and nursing care management* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Kinsman, R. T., Machotta, J. E., Willis, G. H., Snow, P., & Kugler, J. (2010). Clinical pathways: Effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010*(3), doi: 10.1002/14651858.CD006632.pub2.

Vanhaect, K., Panella, M., van Zelm, R., & Sermeus, W. (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways, 14*(3), 117-123.

Desarrollo del personal 7850

Definición: Desarrollo, mantenimiento y control de las capacidades del personal.

Actividades:

- Identificar las necesidades de aprendizaje del personal (cambios en la política y en los procedimientos, nueva contratación para la organización, traslado dentro de la organización, nuevos requisitos laborales, entrenamiento cruzado, ascensos del equipo, nuevas tendencias, entrenamiento de habilidades).
- Identificar las características del alumno (alfabetización, idioma, antecedentes educativos, experiencia previa, edad, motivación, actitud).
- Identificar problema(s) de rendimiento (déficit de conocimientos, de habilidades, de motivación), según sea necesario.
- Identificar objetivo(s) de la instrucción (informar de los cambios al personal, proporcionar conocimientos y habilidades, mejorar las habilidades y las capacidades).
- Identificar estándar(es) de la consecución del aprendizaje (psicomotor, interpersonal, pensamiento crítico).
- Determinar objetivos de aprendizaje.
- Identificar los contenidos de la instrucción.
- Identificar las restricciones para la instrucción (tiempo, coste, disponibilidad del equipo).
- Identificar los recursos que apoyan a la instrucción (asesoramiento experto, materiales de aprendizaje, tiempo, recursos económicos).
- Identificar el(los) individuo(s) apropiados para proporcionar la instrucción.
- Organizar y desarrollar los contenidos de la instrucción.
- Diseñar las actividades de enseñanza y de aprendizaje.
- Diseñar métodos de pre y posvaloración/evaluación.
- Proporcionar un programa de instrucción (paquetes de aprendizaje autodirigido, presentación en el aula, en pequeños grupos, entrenamiento en el trabajo).
- Evaluar la eficacia de la instrucción.
- Proporcionar retroalimentación de los resultados de la instrucción del desarrollo del personal a los individuos adecuados.
- Controlar la competencia de las habilidades del personal.
- Dirigir revisiones periódicas de las competencias.
- Determinar la frecuencia necesaria de instrucción del desarrollo del personal para mantener la competencia.
- Proporcionar ayuda económica y tiempo libre para atender los programas educativos según requiera el trabajo.
- Fomentar la participación en revisiones de compañeros.
- Fomentar la lectura de revistas profesionales.
- Fomentar la participación en organizaciones profesionales.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Alspach, J. G. (1995). *The educational process in nursing staff development*. St. Louis: Mosby.

Kelly, K. J. (1992). *Nursing staff development: Current competence, future focus*. Philadelphia: J.B. Lippincott.

Rodriguez, L., Patton, C., Stiesmeyer, J. K., & Teikmanis, M. L. (Eds.). (1996). *Manual of staff development*. St. Louis, MO: Mosby.

Destete de la ventilación mecánica 3310

Definición: Ayudar al paciente para que respire sin asistencia del ventilador mecánico.

Actividades:

- Determinar la preparación del paciente para el destete (estabilidad hemodinámica, resolución del trastorno que requirió la ventilación, estado actual óptimo para el destete).
- Controlar 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).
- Someter a observación para asegurarse de que el paciente no tenga infecciones graves antes del destete.
- Observar 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.
- Iniciar el destete con períodos de prueba (30-120 minutos de respiración espontánea asistida por respirador).
- Alternar períodos de prueba de destete con períodos de reposo y sueño suficientes.
- En pacientes con músculos respiratorios fatigados, no retrasar el retorno a la ventilación mecánica.
- Establecer un programa para coordinar otras actividades de cuidados del paciente con las pruebas de destete.
- Fomentar el uso óptimo de la energía del paciente iniciando pruebas de destete después de que esté bien descansado.
- Observar si hay signos de fatiga muscular respiratoria (elevación brusca de la $PaCO_2$, ventilación rápida y superficial y movimiento paradójico de la pared abdominal), hipoxemia e hipoxia tisular cuando se procede al destete.
- Administrar los medicamentos prescritos que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.
- Establecer metas discretas y asequibles con el paciente para el destete.
- Utilizar técnicas de relajación, según corresponda.
- Dirigir al paciente durante las pruebas de destetes difíciles.
- Ayudar al paciente a distinguir las respiraciones espontáneas de las respiraciones inducidas mecánicamente.
- Minimizar el trabajo excesivo de respiración que no sea terapéutico, eliminando el espacio muerto adicional, añadiendo soporte de presión, administrando broncodilatadores y manteniendo la permeabilidad de vías aéreas, según proceda.
- Evitar la sedación farmacológica durante las pruebas de destete, según corresponda.
- Proporcionar algunos medios de control del paciente durante el destete.
- Permanecer con el paciente y proporcionar apoyo durante las pruebas iniciales de destete.
- Explicar al paciente cuáles son los cambios de ajuste de ventilador que aumentan el trabajo respiratorio, cuando resulte oportuno.
- Proporcionar al paciente un refuerzo positivo e informarle con frecuencia de los progresos conseguidos.
- Considerar el uso de métodos alternativos de destete, según lo determine la respuesta del paciente al método actual.
- Explicar al paciente y a la familia lo que puede suceder durante los diversos estadios del destete.
- Realizar los preparativos para el alta mediante la implicación multidisciplinar del paciente y la familia.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

A Collective Task Force Facilitated by the American College of Chest Physicians, the American Association of Respiratory Care and the American College of Critical Care Medicine. (2002). Evidence-based guidelines for weaning and discontinuing ventilatory support. *Respiratory Care, 47*(1), 69-90.

Fenstermacher, D., & Hong, D. (2004). Mechanical ventilation: What have we learned? *Critical Care Nursing Quarterly, 27*(3), 258-294.

Manno, M. S. (2005). Managing mechanical ventilation. *Nursing 2005, 35*(12), 36-42.

Phelan, B. A., Cooper, D. A., & Sangkachand, P. (2002). Prolonged mechanical ventilation and tracheostomy in the elderly. *AACN Clinical Issue, 13*(1), 84-93.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Wiegand, D., & Carlson, K. (Eds.). (2005). *AACN procedure manual for critical care* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Disminución de la ansiedad 5820

Definición: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- 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.

- Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso.
- Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.
- Administrar masajes en la espalda/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 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 al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Controlar los estímulos de las necesidades del paciente, según corresponda.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
- Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Badger, J. M. (1994). Calming the anxious patient. *American Journal of Nursing, 94*(5), 46-50.

Noud, R. B., & Lee, K. (2005). Anxiety disorders. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed., pp. 374-419). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Disminución de la flatulencia 0470

Definición: Evitar la formación de flatulencias y facilitar la expulsión de gases excesivos.

Actividades:

- Explicar al paciente cómo se produce el flato y los métodos para aliviarlo.
- Informar al paciente que es normal que ventosee de 13 a 21 veces al día.
- Enseñar al paciente a evitar situaciones que ocasionan una deglución de aire en exceso (p. ej., masticar chicle, tomar bebidas carbonatadas, comer rápido, sorber con paja, masticar con la boca abierta, hablar con la boca llena, el uso de dentaduras postizas)
- Enseñar al paciente a evitar aquellos alimentos que causen flatulencia (p. ej., alubias, coles de Bruselas, repollo, rábanos, cebollas, coliflor, pepinos, cerveza, ciruelas pasas, peras, manzanas, productos integrales).
- Comentar el uso de productos lácteos.
- Aconsejar suspender el uso de edulcorantes artificiales que se encuentran en algunos productos sin azúcar, chicles y caramelos.
- Aconsejar reducir los alimentos fritos y grasos.
- Pactar la reducción temporal de alimentos con alto contenido de fibra e ir añadiéndolos lentamente a la dieta para controlar el aumento de gases.
- Aconsejar tomar suplementos de fibra con un vaso de agua y beber mucho líquido durante todo el día.
- Observar si hay sensación de hinchazón, distensión abdominal, dolores por retortijones y salida excesiva de gases por la boca o el ano.
- Comprobar los ruidos intestinales.
- Aconsejar al paciente que lleve un diario de los alimentos y bebidas consumidos y a la hora en que se expulsa el gas.
- Establecer la realización de ejercicios adecuados (deambulación).
- Insertar una sonda nasogástrica lubricada o una sonda rectal en el recto, fijarla con esparadrapo e insertar el extremo distal del tubo en un recipiente, según corresponda.
- Administrar laxantes, supositorios o enema, según corresponda.
- Observar si se producen efectos secundarios por la administración de medicamentos.
- Limitar la ingesta oral, si el sistema gastrointestinal inferior está inactivo.
- Colocar en decúbito lateral izquierdo con las rodillas flexionadas, si no está contraindicado.
- Proporcionar medicaciones antiflatulentas, según corresponda.
- Comentar el uso de alimentos probióticos (p. ej., salsa de soja, yogur, verduras encurtidas) y probióticos para disminuir los gases intestinales anormales.
- Notificar al médico si el gas está acompañado de dolor abdominal prolongado, heces sanguinolentas, pérdida de peso, dolor en el pecho o náuseas o vómitos persistentes.

1.ª edición 1992; revisada en 1996

Bibliografía:

Mayo Clinic Staff. (2014). *Gas and gas pains.* Obtenido de http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/gas-and-gas-pains/basics/definition/con-20019271NIC 7e Part 3 D-G.doc

Morgan, M. E. (2014). *Review: The best probiotics for eliminating gas.* Obtenido de http://beneficialbacteria.net/the-best-probiotics-for-eliminating-gas/

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2016). *Gas in the digestive tract.* Obtenido de http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/gas/

Savino, F., Cordisco, L., Tarasco, V., Locatelli, E., Di Gioia, D., Oggero, R., & Matteuzzi, D. (2011). Antagonistic effect of Lactobacillus strains against gas-producing coliforms isolated from colicky infants. *Online BMC Microbiology, 11*(1), doi: 10.1186/1471-2180-11-15.

Winham, D. M., & Hutchins, A. M. (2011). Perceptions of flatulence from bean consumption among adults in 3 feeding studies. *Online Nutrition Journal, 10*(128), doi: 10.1186/1475-2891-10-128.

Disminución de la hemorragia 4020

Definición: Limitación de la pérdida de volumen sanguíneo durante un episodio de hemorragia.

Actividades:

- Identificar la causa de la hemorragia.
- Monitorizar de forma exhaustiva al paciente en busca de una hemorragia.
- Aplicar presión directa o un vendaje compresivo, si está indicado.
- Aplicar hielo en la zona afectada.
- Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.
- Monitorizar el tamaño y características de los hematomas, si están presentes.
- Registrar el nivel de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre.
- Monitorizar la presión arterial y de los parámetros hemodinámicos, si están disponibles (p. ej., presión venosa central y presión capilar pulmonar/de enclavamiento de la arteria pulmonar).
- Monitorizar el estado hídrico, incluidas las entradas y salidas.
- Monitorizar estudios de coagulación, incluyendo tiempo de protrombina (PT), tiempo parcial de tromboplastina (PTT), fibrinógeno, productos de degradación de la fibrina/productos fraccionados y recuentos plaquetarios, según corresponda.
- Monitorizar los factores determinantes del aporte tisular de oxígeno (PaO_2, SaO_2, niveles de hemoglobina y gasto cardíaco), si se dispusiera de ellos.
- Monitorizar la función neurológica
- Explorar para detectar la presencia de hemorragia de las mucosas, la aparición de hematomas ante traumatismos mínimos, hemorragia de los sitios de punción y la presencia de petequias.
- Monitorizar los signos y síntomas de hemorragia persistente (es decir, comprobar todas las secreciones en busca de sangre evidente u oculta).
- Organizar la disponibilidad de hemoderivados para transfusión, si fuera necesario.
- Mantener un acceso i.v. permeable.
- Administrar hemoderivados (plaquetas y plasma fresco congelado), si está indicado.
- Realizar una prueba de sangre oculta en todas las excreciones y observar la presencia de sangre en el vómito, esputo, heces, orina, drenaje nasogástrico y de las heridas, según corresponda.
- Llevar a la práctica las precauciones adecuadas en la manipulación de hemoderivados o de secreciones sanguinolentas.
- Evaluar la respuesta psicológica del paciente a la hemorragia y su percepción sobre la situación.
- Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas (avisar al profesional de enfermería) si se produjeran más hemorragias.
- Instruir al paciente sobre las restricciones de actividades.
- Instruir al paciente y a la familia sobre la gravedad de la pérdida de sangre y sobre las acciones adecuadas que han de tomarse.

1.ª edición 1992; revisada en 2008 y 2013

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., & Erb, G. (2008). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2007). *Phipps' medical-surgical nursing: Health and illness perspectives* (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). Emergency nursing. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (12th ed., pp. 2153-2190). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Disminución de la hemorragia: digestiva 4022

Definición: Limitación de la cantidad de sangre perdida del aparato digestivo superior e inferior y de las complicaciones relacionadas.

Actividades:

- Evaluar la respuesta psicológica del paciente a la hemorragia y su percepción de la situación.
- Mantener la vía aérea permeable, si es necesario.
- Monitorizar los factores determinantes del aporte tisular de oxígeno (niveles de PaO_2, SaO_2 y hemoglobina y gasto cardíaco), si se dispusiera de ellos.
- Monitorizar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar todas las secreciones para ver si hay sangre franca u oculta).
- Vigilar el estado hídrico, incluidas las entradas y salidas, según corresponda.
- Administrar líquidos i.v., si es oportuno.
- Vigilar los signos de shock hipovolémico (p. ej., descenso de presión arterial, pulso rápido y filiforme, frecuencia respiratoria aumentada, diaforesis, inquietud, piel fría y sudorosa).
- Medir el perímetro abdominal, según corresponda.
- Realizar análisis de sangre oculta en todas las excreciones y observar si hay sangre en el vómito, esputo, heces, orina, drenaje nasogástrico y drenaje de heridas, según corresponda.
- Registrar el color, cantidad y características de las heces.
- Monitorizar los estudios de coagulación y el hemograma completo con fórmula y recuento leucocitario.
- Evitar la administración de anticoagulantes.
- Monitorizar estudios de coagulación, incluyendo tiempo de protrombina (TP), tiempo parcial de tromboplastina (TPT), fibrinógeno, degradación de la fibrina/productos fraccionados y recuentos plaquetarios, según corresponda.
- Administrar medicamentos (p. ej., lactulosa o vasopresina), según corresponda.
- Evitar niveles extremos de pH gástrico mediante la administración de fármacos adecuados (p. ej., antiácidos o bloqueantes de los receptores H2 de histamina).
- Insertar una sonda nasogástrica para aspirar y monitorizar las secreciones, según corresponda.
- Mantener la presión del balón de la sonda nasogástrica, si es preciso.
- Realizar lavado nasogástrico, según corresponda.
- Favorecer la reducción del estrés.
- Valorar el estado nutricional del paciente.

- Establecer una relación de apoyo con el paciente y la familia.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de la restricción de las actividades y progresos.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre los procedimientos (endoscopia, esclerosis y cirugía), si es preciso.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre la necesidad de transfusión de sangre, si es apropiado.
- Instruir al paciente y/o a la familia para que eviten el uso de medicación antiinflamatoria (p. ej., aspirina e ibuprofeno).
- Coordinar el asesoramiento del paciente y/o la familia (p. ej., sacerdotes, Alcohólicos Anónimos), si es adecuado.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Cullen, L. (1992). Interventions related to circulatory care. *Nursing Cli North America, 27*(2), 445-476.

DeLaune, S., & Ladner, P. (2006). *Fundamentals of nursing: Standards & p* (3rd ed.). Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). *Fundamentals of n Concepts, process, and practice* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pr Hall.

Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2007). *F medical-surgical nursing: Health and illness perspectives* (8th ed.). St. MO: Mosby.

Disminución de la hemorragia: epistaxis

Definición: Limitación de la cantidad de sangre perdida por la cavidad nasal.

Actividades:

- Aplicar presión manual sobre el puente de la nariz.
- Identificar la causa de la hemorragia.
- Monitorizar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.
- Monitorizar la cantidad de hemorragia en la orofaringe.
- Aplicar hielo en la zona afectada.
- Colocar un taponamiento en la cavidad nasal, si está indicado.
- Administrar hemoderivados (p. ej., plaquetas y plasma fresco congelado), según corresponda.
- Anotar los niveles de hemoglobina/hematocrito antes y después de la hemorragia, si está indicado.
- Facilitar la reducción del estrés.
- Aplicar analgesia y medidas de comodidad.
- Mantener la vía aérea permeable.
- Ayudar al paciente con el cuidado bucal, si lo precisa.
- Administrar oxígeno humidificado, según corresponda.
- Monitorizar los signos vitales, según corresponda.
- Colocar al paciente en posición semi-Fowler, según corresponda.
- Instruir al paciente sobre las restricciones de la actividad, según corresponda.
- Enseñar al paciente a que evite el traumatismo de las fosas n (p. ej., evitar rascarse, sonarse y tocarse la nariz).
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre los signos de hemo y las medidas adecuadas que se deben tomar (p. ej., notifi personal de enfermería, etc.) si se produjeran más hemorr

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curricul critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Sa Elsevier.

Cullen, L. (1992). Interventions related to circulatory care. *Nursing Cli North America, 27*(2), 445-476.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). *Fundamentals of n Concepts, process, and practice* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pr Hall.

Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2007). *F medical-surgical nursing: Health and illness perspectives* (8th ed.). St. MO: Mosby.

Disminución de la hemorragia: heridas

Definición: Limitación de la pérdida de sangre de heridas ocasionadas por traumatismos, incisiones o la colocación de sonda o catéter.

Actividades:

- Aplicar presión manual sobre la zona hemorrágica o potencialmente hemorrágica.
- Aplicar hielo en la zona afectada.
- Aplicar vendajes compresivos en el sitio de la hemorragia.
- Utilizar dispositivos mecánicos (abrazadera de tipo C) para la aplicación de presión durante períodos más largos, si fuese necesario.
- Cambiar o reforzar el vendaje compresivo, según corresponda.
- Monitorizar los signos vitales, según corresponda.
- Monitorizar las entradas y salidas con precisión.
- Colocar la extremidad afectada en una posición elevada.
- Mantener la irrigación continua de la vejiga, según corresp
- Vigilar el tamaño y características del hematoma, si lo hu
- Monitorizar los pulsos distales al sitio de la hemorragia.
- Instruir al paciente para que aplique presión el sitio cuan tornude, tosa, etc.
- Instruir al paciente sobre las restricciones de actividad, si c pondiera.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre los signos de hemo y las acciones adecuadas que se deben tomar (p. ej., avi profesional de enfermería) si se produjeran más hemorra

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:
American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
Cullen, L. (1992). Interventions related to circulatory care. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 445-476.
Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2007). *Phipps' medical-surgical nursing: Health and illness perspectives* (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Disminución de la hemorragia: útero anteparto 4021

Definición: Limitación de la cantidad de pérdida de sangre del útero durante el tercer trimestre del embarazo.

Actividades:

- Obtener los antecedentes de hemorragia vaginal de la paciente (p. ej., aparición, cantidad, frecuencia de cambio de las compresas peritoneales, color del sangrado, presencia y localización de dolor y presencia de coágulos).
- Analizar los factores de riesgo relacionados con la hemorragia en las últimas etapas del embarazo (p. ej., desprendimiento prematuro de placenta, tabaquismo, consumo de cocaína, hipertensión, diabetes, multiparidad, parto por cesárea previo, placenta previa anterior y actual, tratamiento de la infertilidad, gestaciones múltiples, intervalo corto entre embarazos, mayor de 35 años de edad).
- Obtener una estimación precisa de la edad fetal mediante la fecha de la última regla, estudios ecográficos previos o historial obstétrico, si se dispusiera de ellos.
- Inspeccionar el perineo, la ropa, las sábanas o las compresas para determinar la cantidad y las características de la hemorragia.
- Pesar los materiales empapados en sangre y los coágulos para cuantificar la pérdida de sangre.
- Controlar continuamente las características y la cantidad de sangrado.
- Controlar con frecuencia los signos vitales de la madre.
- Iniciar monitoreo fetal electrónico continuo.
- Palpar para detectar contracciones uterinas o aumento del tono uterino.
- Monitorizar el seguimiento fetal electrónico para detectar evidencia de insuficiencia uteroplacentaria (p. ej., desaceleraciones tardías, disminución de la variabilidad a largo plazo y ausencia de aceleraciones).
- Controlar la rotura de membranas.
- Reportar el estado de la paciente y cualquier cambio en la cantidad y frecuencia del sangrado, según corresponda.
- Iniciar la reanimación fetal si hubiera signos anormales (preocupantes) de insuficiencia uteroplacentaria.
- Retrasar el examen digital del cuello uterino hasta que se haya verificado por ecografía la localización de la placenta.
- Ayudar con las pruebas de vigilancia fetal.
- Realizar o ayudar en la exploración con espéculo para visualizar la pérdida de sangre y el estado cervical.
- Iniciar acceso intravenoso para reemplazo de fluidos.
- Administrar oxígeno, según lo ordenado.
- Obtener estudios sanguíneos de diagnóstico (p. ej., hemograma completo, pruebas de coagulación, Rh, compatibilidad ABO y Rh, prueba de Kleihauer-Betke), según se ordene.
- Controlar las entradas y las salidas de líquidos.
- Elevar las extremidades inferiores para aumentar la perfusión a los órganos vitales de la madre y el feto.
- Administrar hemoderivados, según corresponda.
- Iniciar medidas de seguridad (p. ej., reposo en cama estricto y posición lateral).
- Indicar a la paciente que informe sobre cualquier aumento de la hemorragia vaginal (p. ej., sangrado profuso, coágulos y goteos) durante la hospitalización.
- Proporcionar empatía, comprensión y apoyo emocional.
- Proporcionar información sobre los procedimientos, pruebas diagnósticas y tratamientos.
- Enseñar a la paciente a diferenciar entre pérdida de sangre antigua y reciente.
- Informar a la mujer para que controle el movimiento fetal y evalúe el bienestar fetal.
- Instruir a la paciente sobre cambios en el estilo de vida que disminuyan la posibilidad de más hemorragias (p. ej., ayuda para dejar de fumar, abstinencia sexual, reposo en cama, control del estreñimiento, control de la nutrición y potenciación de la capacidad de afrontamiento), según corresponda.
- Proporcionar un plan al alta, que incluya la visita domiciliaria de personal de enfermería.
- Programar una vigilancia de seguimiento fetal prenatal.
- Comentar las razones del regreso al hospital.
- Comentar la utilización del sistema de transporte de urgencias, según corresponda.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:
Ladewig, P., London, M., & Davidson, M. (2014). *Contemporary maternal-newborn nursing care* (8th ed.). Boston, MA: Pearson pp. 423–427.
Quantification of blood loss: AWHONN Practice Brief Number 1. (2015). *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 44*(1), 158-160.
Rhynders, P., Sayers, C., Presley, R., & Thierry, J. (2014). Providing young women with credible health information about bleeding disorders. *American Journal of Preventative Medicine, 47*(5), 674-680.
Ricci, S. (2013). *Essentials of maternity, newborn, & women's health nursing* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins pp. 616–624.

D

Disminución de la hemorragia: útero posparto

Definición: Limitación de la pérdida de sangre del útero posparto.

Actividades:

- Revisar la historia obstétrica y el registro del parto para determinar los factores de riesgo de hemorragia posparto (p. ej., antecedentes previos de hemorragia posparto, sobredistensión del útero, alumbramiento prolongado, infección uterina, laceraciones, placenta retenida, parto trabajoso, parto inducido, uso de anestesia, preeclampsia, expulsivo prolongado, parto asistido, parto por cesárea o parto precipitado).
- Realizar un masaje del fondo uterino para asegurar una consistencia firme.
- Aumentar la frecuencia del masaje del fondo uterino hasta que el útero se vuelva firme.
- Revisar la episiotomía para ver si hay pérdida de sangre.
- Aplicar hielo en el perineo.
- Inspeccionar la placenta para ver si está intacta y si falta algún fragmento.
- Evaluar la distensión de la vejiga.
- Fomentar la micción o sondar la vejiga distendida.
- Observar las características de los loquios (p. ej., color, coágulos y volumen).
- Cuantificar la cantidad de sangre perdida.
- Notificar al médico responsable en caso de pérdida excesiva de sangre.
- Solicitar enfermeras adicionales que ayuden con los procedimientos de urgencia y que asuman los cuidados del recién nacido.
- Elevar las piernas.
- Iniciar la infusión intravenosa con agujas adecuadas para transfusión de sangre.
- Poner en marcha una segunda vía i.v., según corresponda.
- Administrar un fármaco uterotónico u oxitócicos por vía i.v. o i.m., según protocolo u órdenes.
- Controlar los signos vitales maternos cada 15 minutos o con mayor frecuencia, según corresponda.
- Cubrir con mantas calientes.
- Monitorizar el color, nivel de consciencia, dolor y nivel de ansiedad de la madre.
- Iniciar oxigenoterapia a 6-8 l por mascarilla facial.
- Realizar sondaje vesical con sonda de Foley y urómetr monitorizar la diuresis, si procede.
- Solicitar análisis de sangre urgente al laboratorio o bo sangre.
- Administrar hemoderivados, si es el caso.
- Identificar las creencias de la madre sobre las transfusio sangre.
- Ayudar al profesional sanitario principal con el taponar del útero, la evacuación de hematomas o a suturar los des según corresponda.
- Mantener a la paciente y a la familia informadas del estado y del tratamiento.
- Proporcionar cuidados perineales, si es necesario.
- Preparar a la mujer para el traslado al quirófano para la vención quirúrgica.
- Comentar la situación con el equipo de enfermería para p cionar una vigilancia posparto adecuada del estado de la

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Bringham, D. (2012). Eliminating preventable, hemorrhage-related m mortality and morbidity. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & N Nursing, 41*(4), 529-530.

Guidelines for oxytocin administration after birth: AWHONN Pract Number 2. (2015). *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal 44*(1), 161–163.

Ladewig, P., London, M., & Davidson, M. (2014). *Contemporary m newborn nursing care* (8th ed.). Boston, MA: Pearson pp. 734–741

Quantification of blood loss: AWHONN Practice Brief Number 1 *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 44*(1), 158–

Ricci, S. (2013). *Essentials of maternity, newborn, & women's health* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott W & Wilkins pp. 746–755.

Disminución del estrés por traslado

Definición: Ayudar al individuo a prepararse y a afrontar el traslado de un entorno a otro.

Actividades:

- Averiguar si el individuo ha tenido traslados previos.
- Incluir al individuo en el plan de traslados, según corresponda.
- Averiguar qué es lo más importante en la vida del individuo (p. ej., familia, amigos, objetos personales).
- Animar al individuo y a la familia a comentar las preocupaciones respecto al traslado.
- Examinar con el individuo las estrategias de afrontamiento previas.
- Favorecer el uso de estrategias de afrontamiento.
- Valorar la necesidad/deseo del individuo de apoyo social.
- 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.
- Fomentar que el individuo/familia busque asesoramient corresponda.
- Disponer que los objetos personales del individuo esté sitio antes del traslado.
- Controlar la presencia de signos y síntomas fisiológicos y gicos de estrés por traslado (p. ej., anorexia, ansiedad, de aumento de exigencias y desesperanza).
- Proporcionar actividades recreativas (p. ej., participa aficiones, actividades cotidianas).
- Ayudar al individuo en su período de duelo y a superar la del hogar, amigos e independencia.
- Evaluar el efecto de la alteración del estilo de vida, pér hogar y adaptación al nuevo entorno.

4.ª edición 2004

Bibliografía:
Castle, N. G. (2001). Relocation of the elderly. *Medical Care Research & Review, 58*(3), 291-333.
Jackson, B., Swanson, C., Hicks, L. E., Prokop, L., & Laughlin, J. (2000). Bridge of continuity from hospital to nursing home Part II: Reducing relocation stress syndrome and interdisciplinary guide. *Continuum, 20*(1), 9-14.
Morse, D. L. (2000). Relocation stress syndrome is real. *American Journal of Nursing, 100*(8), 24AAAA+24BBBB,+24DDDD.
Puskar, K. R., & Rohay, J. M. (1999). School relocation and stress in teens. *Journal of School Nursing, 15*(1), 16-22.
Reed, J., & Morgan, D. (1999). Discharging older people from hospital to care home: Implications for nursing. *Journal of Advanced Nursing, 29*(4), 819-825.

D

Distracción 5900

Definición: Desvío intencionado de la atención o supresión temporal de emociones y pensamientos para alejarlos de sensaciones indeseables.

Actividades:
- 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.
- Enseñar al paciente los beneficios de estimular varios sentidos (p. ej., a través de la música, contando, viendo la televisión, leyendo, videojuegos o juegos manuales, o con realidad virtual).
- Utilizar las técnicas de distracción (p. ej., juegos, terapia de actividad, leer cuentos, cantar o actividades rítmicas) para su aplicación en los niños que sean nuevas, impliquen más de un sentido y no precisen capacidad lectora o de pensamiento.
- 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.
- Enseñar al paciente a dedicarse a la distracción (uso de palabras, equipo o materiales neutros) antes del momento necesario, si es posible.
- Fomentar la participación de la familia y los allegados y enseñarles, si resulta oportuno.
- Utilizar la distracción sola o junto con otras medidas o distracciones, según corresponda.
- Evaluar y registrar la respuesta a la distracción.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:
Huffziger, S., & Kuehner, C. (2008). Rumination, distraction, and mindful self-focus in depressed patients. *Behaviour Research and Therapy, 47*(3), 224-230.
Kleiber, C. (2001). Distraction. In M. Craft-Rosenberg, & J. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants, children, and families* (pp. 315-328). Thousand Oaks, CA: Sage.
Kleiber, C., McCarthy, A. M., Hanrahan, K., Myers, L., & Weathers, N. (2007). Development of the distraction coaching index. *Children's Health Care, 36*(3), 219-235.
Lemoult, J., Hertel, P. T., & Joormann, J. (2010). Training the forgetting of negative words: The role of direct suppression and the relation to stress reactivity. *Applied Cognitive Psychology, 24*(3), 365-375.
Malloy, K. M., & Milling, L. S. (2010). The effectiveness of virtual reality distraction for pain reduction: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 30*(8), 1011-1018.
Masuda, A., Feinstein, A. B., Wendell, J. W., & Sheehan, S. T. (2010). Cognitive defusion versus thought distraction: A clinical rationale, training, and experiential exercise in altering psychological impacts of negative self-referential thoughts. *Behavior Modification, 34*(6), 520-538.
Schneider, S. M., & Workman, M. L. (2000). Virtual reality as a distraction intervention for older children receiving chemotherapy. *Pediatric Nursing, 26*(6), 593-597.

Documentación 7920

Definición: Registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica.

Actividades:
- Registrar los hallazgos completos de la valoración en la historia clínica inicial.
- Documentar las valoraciones de cuidados, diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería y los resultados de los cuidados proporcionados.
- Emplear las directrices correspondientes a los estándares de la práctica para la documentación en el centro.
- Utilizar el formato estandarizado y sistemático necesario o requerido en el centro.
- Utilizar formularios estandarizados por las normativas autonómicas y estatales y para el reembolso, según esté indicado.
- Anotar las valoraciones basales y las actividades de cuidados mediante los formularios/hojas de informes específicos del centro.
- Registrar todas las entradas lo antes posible.
- Evitar la duplicación de información en registros.
- Registrar fecha y hora precisas de los procedimientos o consultas de otros profesionales sanitarios.
- Describir las conductas del paciente de manera objetiva y precisa.

- Registrar las pruebas de las reclamaciones específicas del paciente (cobertura sanitaria, indemnización a los trabajadores, seguro o reclamaciones relacionadas con litigios).
- Documentar y registrar las situaciones obligatorias según la ley de abusos a adultos o a niños.
- Registrar el uso de equipo o suministros importantes, según corresponda.
- Registrar las valoraciones en curso, según sea el caso.
- Registrar la respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería.
- Registrar que el médico ha sido informado de los cambios en el estado del paciente.
- Registrar las desviaciones de los resultados esperados, según tengan lugar.
- Registrar el uso de medidas de seguridad, como barandillas, según corresponda.
- Registrar la conducta específica del paciente, utilizando sus palabras exactas.
- Registrar la implicación de los allegados, según corresponda.
- Registrar las observaciones de las interacciones familiares y del ambiente del hogar, según corresponda.
- Registrar la resolución/estado de los problemas identificados.
- Asegurarse de que la historia clínica está completa en el momento del alta, según corresponda.
- Resumir el estado del paciente a la conclusión de los servicios de cuidados.
- Firmar la documentación con firma y título legal.
- Mantener la confidencialidad de la historia clínica.
- Utilizar los datos de la documentación en la garantía de cali y acreditación.

2.ª edición 1996; revisada en 2000

Bibliografía:

Brent, N. J. (1998). Legalities in home care. Home care fraud & abuse; honest documentation. *Home Healthcare Nurse, 16*(3), 196-198.

Cline, A. (1989). Streamlined documentation through exceptional char *Nursing Management, 20*(2), 62-64.

Coles, M. C., & Fullenwider, S. D. (1988). Documentation: Managing dilemma. *Nursing Management, 19*(12), 65-66 70, 72.

Edelstein, J. (1990). A study of nursing documentation. *Nursing Manager 21*(11), 40-43 46.

Mandell, M. S. (1987). Charting: How it can keep you out of court. *Nu Life, 7*(5), 46-48.

Miller, P., & Pastorino, C. (1990). Daily nursing documentation can be c and thorough. *Nursing Management, 21*(11), 47-49.

Southard, P., & Frankel, P. (1989). Trauma care documentation: A compre sive guide. *Journal of Emergency Nursing, 15*(5), 393-398.

Weber, J., & Kelley, J. H. (2006). Validating and documenting data. In *H assessment in nursing* (3rd ed., pp. 63-74). Philadelphia: Lippincott lliams, & Wilkins.

Documentación: reuniones

Definición: Registro de las actas de las comisiones de trabajo o de las reuniones profesionales para archivar formalme los procedimientos.

Actividades:

- Levantar actas con un portátil o una tableta además de con cualquier otro dispositivo de grabación utilizado.
- Asegurarse de que todos los dispositivos y medios electrónicos estén conectados y funcionen correctamente.
- Sentarse cerca del orador principal para que pueda realizar preguntas fácilmente y obtener aclaraciones.
- Distribuir una lista de asistencia con el nombre y la fecha de la reunión.
- Aprovechar las etiquetas de identificación o carteles si los nombres de los participantes no le son familiares.
- Comenzar el documento con el nombre de la organización o del comité organizador, así como el lugar, hora y fecha de la reunión.
- Enumerar los nombres de los presentes y eventualmente los nombres de los ausentes o excusados.
- Identificar el propósito de la reunión y el encargado de dirigir la misma.
- Utilizar el orden del día como estructura de las actas, pero al registrarlas reflejar la secuencia real de los acontecimientos (p. ej., aprobación de las actas de reuniones anteriores, aprobación del orden del día, asuntos pendientes, asuntos nuevos).
- Registrar las propuestas y los resultados de todas las votaciones.
- Incluir los puntos clave discutidos y las acciones acordadas, así como las asignaciones y los cronogramas.
- Registrar todos los asuntos adicionales, incluidos los anuncios y el levantamiento de la sesión.
- Crear una lista de archivos adjuntos de todos los informes tribuidos para la reunión.
- Elaborar una redacción clara, objetiva y concisa.
- Terminar las actas tan pronto como sea posible mientra tengan los detalles frescos en la mente.
- Incluir su nombre al final como registrador de las actas.
- Revisar el documento y enviarlo al presidente para su aproba
- Distribuir las actas a los miembros antes de la próxima reu
- Archivar las actas aprobadas de acuerdo con la política organización.
- Consultar la edición más reciente de *Robert's Rules of C* para obtener información sobre el protocolo de reunión y c levantar actas.

7.ª edición 2018

Bibliografía:

Manion, J., & Huber, D. L. (2014). Team building and working with effi groups. In D. L. Huber (Ed.), *Leadership and nursing care managemen* ed., pp. 138-142). St. Louis: Elsevier Saunders.

Robert, H., III, Honemann, D. H., & Balch, T. (2011). *Robert's rules of newly revised* (11th ed.). Cambridge, MA: Da Capo Press.

Schirling, J. (2011). Effective meeting management. In C. A. Gassiot, Searcy, & C. W. Giles (Eds.), *The medical staff services handbook: F mentals and beyond* (2nd ed., pp. 325-354). Sudbury, MA: Jones & Ba

Ecografía: obstétrica y ginecológica 6982

Definición: Realización de pruebas de ultrasonidos para determinar el estado ovárico, endometrial, uterino o fetal.

Actividades:

- Determinar la indicación clínica para la obtención de imágenes por ultrasonido (p. ej., obstetricia o ginecología).
- Configurar el equipo necesario para el procedimiento no invasivo o invasivo (p. ej., transductor, transductor vaginal).
- Informar al paciente y a su familia sobre las indicaciones del examen y el procedimiento, su propósito y limitaciones.
- Preparar al paciente física y emocionalmente para el procedimiento.
- Aplicar el protocolo apropiado para la valoración ecográfica (p. ej., evaluación del embarazo, evaluación de la hemorragia posmenopáusica, evaluación de procedimientos obstétricos especializados).
- Calentar el gel del transductor para mayor comodidad del paciente.
- Instruir a la paciente para que vacíe la vejiga antes de la ecografía transvaginal.
- Colocar el transductor en el abdomen o en la vagina, según corresponda.
- Permitir que el paciente se introduzca la sonda transvaginal, si así lo desea.
- Conseguir una imagen clara de las estructuras anatómicas en el monitor.
- Identificar la posición uterina, el tamaño y el grosor del endometrio, según corresponda.
- Identificar la ubicación y el tamaño de los ovarios, según corresponda.
- Monitorizar el crecimiento folicular a lo largo de la ovulación, según corresponda.
- Monitorizar el crecimiento y la localización del saco gestacional.
- Monitorizar los parámetros fetales, incluyendo el número, tamaño, actividad cardíaca, presentación y posición del feto.
- Identificar la ubicación de la placenta.
- Observar si hay anormalidades en la placenta, según corresponda.
- Medir los niveles de líquido amniótico.
- Observar la respiración fetal, los movimientos bruscos y el tono.
- Identificar y mostrar las estructuras fetales a los padres, según corresponda.
- Proporcionar una imagen del feto, según corresponda.
- Medir el grosor del endometrio desde varios ángulos en mujeres que presenten sangrado posmenopáusico.
- Considerar la histerosonografía como método complementario para evaluar una ecografía endometrial mal definida en la hemorragia posmenopáusica.
- Comentar los resultados de las pruebas con el médico de familia, los especialistas y el paciente, según corresponda.
- Programar pruebas o procedimientos adicionales, según sea necesario.
- Ayudar al paciente a quitarse el gel y a ponerse la ropa como se indica.
- Limpiar el equipo.
- Documentar los resultados de acuerdo a la política institucional, incluyendo que la paciente fue debidamente informada y admitió los hallazgos.
- Proporcionar toda la documentación al médico de familia del paciente.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). (2010). *Ultrasound examinations performed by nurses in obstetric, gynecologic, and reproductive medicine settings: Clinical competencies and educational guide* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

Carr, S. (2011). Ultrasound for nurses in reproductive medicine. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 40*(5), 638-653.

Grube, W., Ammon, T., & Killen, M. D. (2011). The role of ultrasound imaging in detecting endometrial cancer in postmenopausal women with vaginal bleeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 40*(5), 632-637.

International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG). (2014). ISUOG Education Committee recommendations for basic training in obstetric and gynecological ultrasound. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 43*(1), 113-116.

Educación para la salud 5510

Definición: Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

Actividades:

- Identificar los grupos de riesgo y rangos de edad que se beneficien más de la educación sanitaria.
- Determinar las necesidades identificadas en el estudio *Healthy People 2010: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives* u otras necesidades locales, autonómicas y nacionales.
- 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.
- Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo diana.
- Ayudar a las personas, familia y comunidades para clarificar las creencias y valores sanitarios.
- 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.

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

E

- Formular los objetivos del programa de Educación para la salud.
- Identificar los recursos (personal, espacio, equipo, dinero, etc.) necesarios para llevar a cabo el programa.
- Considerar la accesibilidad, las preferencias del consumidor y los costes de planificación del programa.
- Colocar publicidad atractiva de forma estratégica para llamar la atención de la audiencia diana.
- Evitar el uso de técnicas que provoquen miedo como estrategia para motivar el cambio de conductas de salud o estilo de vida en la gente.
- 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.
- Incorporar estrategias para potenciar la autoestima de la audiencia diana.
- Desarrollar materiales educativos escritos en un nivel de lectura adecuado a la audiencia diana.
- Enseñar estrategias que puedan utilizarse para enfrentarse a conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta.
- Mantener una presentación centrada, corta y que comience y termine con el tema principal.
- Utilizar presentaciones de grupo para proporcionar apoyo y disminuir la amenaza a los miembros que experimenten problemas o inquietudes similares, según corresponda.
- Utilizar líderes entre los compañeros, profesores y grupos de apoyo en la implementación de programas dirigidos a grupos menos inclinados a escuchar a los profesionales sanitarios o adultos (adolescentes), según corresponda.
- Utilizar conferencias para proporcionar el máximo de información, cuando corresponda.
- Utilizar debates de grupo y juego de roles para influir en las creencias, actitudes y valores que existen sobre la salud.
- Utilizar demostraciones repetitivas con participación de aquellos a quienes va dirigida la formación y manejo de los materiales al enseñar las técnicas psicomotoras.
- Utilizar formación informatizada, televisión, vídeos interactivos y demás tecnologías para proporcionar la información.
- Utilizar teleconferencias, telecomunicaciones y tecnologías informáticas para la enseñanza a distancia.
- Implicar a los individuos, familias y grupos en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida o respecto de la salud.
- 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.
- Destacar la importancia de formas saludables de comer, dormir, hacer ejercicios, etc., a las personas, familias y grupos 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.
- Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.
- Determinar e implementar estrategias para medir los resultados en los pacientes a intervalos regulares durante y después de terminar el programa.
- Determinar e implementar estrategias para medir el programa y la rentabilidad de la educación, utilizando estos datos para mejorar la eficacia de los programas subsiguientes.
- Influir en el desarrollo de una política que garantice la educación sanitaria como beneficio para el empleado.
- Fomentar una política en la que las compañías de seguros tengan en consideración reducciones en las primas o beneficios por prácticas saludables en el estilo de vida.

2.ª edición 1996; revisada en 2000

Bibliografía:

American Public Health Association. (1987). Criteria for the development of health promotion and education programs. *American Journal of Public Health*, *77*(1), 89-92.

Bastable, S. B. (2003). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Health and wellness. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 255-266). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Health promotion. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 118-139). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy people 2010: Understanding and improving health* (2nd ed.). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Educación parental: adolescentes 556

Definición: Apoyar a los padres para que comprendan y ayuden a sus hijos adolescentes.

Actividades:

- Solicitar a los progenitores que describan las características de su hijo adolescente.
- Comentar la relación progenitor/hijo durante los primeros años escolares.
- Comprender la relación entre el comportamiento de los progenitores y los objetivos adecuados a la edad del niño.
- Identificar los factores personales que influyen en el éxito del programa educativo (p. ej., valores culturales, presencia de cualquier experiencia negativa con los proveedores de servicios sociales, barreras lingüísticas, compromiso de tiempo, problemas de planificación, viajes y falta general de interés).
- Identificar la presencia de factores de estrés de la familia (p. ej., depresión parental, drogadicción, alcoholismo, baja alfabetización, educación limitada, violencia doméstica, conflictos de pareja, mezcla de familias después de un divorcio y castigo excesivo de los niños).
- Comentar la disciplina de los propios progenitores cuando fueron adolescentes.
- Enseñar a los progenitores las características fisiológicas, emocionales y cognitivas normales de los adolescentes.

- Identificar las tareas u objetivos de desarrollo del período de vida de la adolescencia.
- Identificar los mecanismos de defensa más utilizados por los adolescentes, como negación e intelectualización.
- Tratar los efectos del desarrollo cognitivo del adolescente sobre el procesamiento de la información.
- Tratar los efectos del desarrollo cognitivo del adolescente sobre la toma de decisiones.
- Solicitar que los progenitores describan los métodos de disciplina utilizados antes de la adolescencia y sus sentimientos de éxito ante estas medidas.
- Proporcionar recursos en línea, libros y bibliografía diseñados para enseñar a los progenitores sobre la crianza de los adolescentes.
- Describir la relevancia de las cuestiones de poder/control tanto para los progenitores como para los adolescentes durante la adolescencia.
- Enseñar a los padres técnicas de comunicación esenciales que aumenten su capacidad de empatizar con sus hijos adolescentes y ayudar a sus hijos a solucionar problemas.
- Enseñar a los progenitores formas de comunicar su amor a sus hijos adolescentes.
- Explorar los paralelismos entre la dependencia del niño en edad escolar de los progenitores y la dependencia que tiene el adolescente del grupo de compañeros.
- Reforzar la normalidad de la vacilación del adolescente entre el deseo de independencia y la regresión a la dependencia.
- Comentar los efectos de la separación del adolescente de sus progenitores en las relaciones de pareja.
- Compartir las estrategias para manejar la percepción del adolescente de rechazo por parte de los progenitores.
- Facilitar la expresión de sentimientos parentales.
- Ayudar a los progenitores a identificar las razones de sus respuestas a los adolescentes.
- Identificar modos de ayudar al adolescente a controlar la ira.
- Enseñar a los progenitores a utilizar los conflictos para una mutua comprensión y crecimiento familiar.
- Establecer estrategias de juego de roles para controlar el conflicto familiar.
- Comentar con los progenitores las cuestiones en las que aceptarán una solución de compromiso y temas en los que no habrá solución de compromiso.
- Comentar la necesidad y legitimidad de establecer límites a los adolescentes.
- Tratar las estrategias de establecimiento de límites a los adolescentes.
- Enseñar a los progenitores a utilizar la realidad y las consecuencias para manejar la conducta del adolescente.
- Remitir a los progenitores a grupos de apoyo o a clases de educación parental, si procede.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1999). *Your adolescent: Emotional, behavioral, and cognitive development from early adolescence through the teen years* [D. Pruitt, Ed.]. New York: Harper Collins.

Cline, F., & Fay, J. (2006). *Parenting teens with love and logic: Preparing adolescents for responsible adulthood* (updated and expanded ed.). Colorado Springs, CO: Piñon Press.

Dinkmeyer, D., Sr., McKay, G. D., McKay, J. L., & Dinkmeyer, D., Jr. (2007). *Parenting teenagers: Systematic training for effective parenting of teens.* Bowling Green, KY: STEP.

Pillitteri, A. (2007). The family with an adolescent. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed., pp. 941-974). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Educación parental: crianza familiar de los niños 5566

Definición: Ayudar a los progenitores a comprender y fomentar el crecimiento y desarrollo físico, psicológico y social de su bebé, niño/s en edad preescolar o escolar.

Actividades:

- 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.
- Diseñar un programa educativo que se apoye en los puntos fuertes de la familia.
- Implicar a los progenitores en el diseño y el contenido del programa educativo.
- Identificar los factores personales que influyan en el éxito del programa educativo (p. ej., valores culturales, presencia de cualquier experiencia negativa con los proveedores de servicios sociales, barreras lingüísticas, compromiso de tiempo, problemas de planificación, viajes y falta general de interés).
- Identificar la presencia de factores de estrés de la familia (p. ej., depresión parental, drogadicción, alcoholismo, baja alfabetización, educación limitada, violencia doméstica, conflictos de pareja, mezcla de familias después de un divorcio y castigo excesivo de los niños).
- 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 recursos en línea, libros y bibliografía diseñada para enseñar a los progenitores sobre la crianza de 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.
- Revisar las cuestiones de seguridad con los progenitores, tales como encuentro de los hijos con desconocidos y seguridad en el agua y al montar en bicicleta.

- Comentar las vías que pueden utilizar los progenitores para ayudar a los hijos a controlar su ira.
- Discutir los enfoques que pueden utilizar los progenitores para ayudar a sus hijos a expresar sentimientos de una manera positiva.
- Ayudar a los progenitores a identificar criterios de evaluación de los contextos de la guardería y el colegio.
- Informar a los progenitores acerca de recursos comunitarios.
- Identificar e instruir a los progenitores sobre el uso de diversas estrategias que puedan utilizar en el manejo de la conducta del niño.
- Animar a los progenitores a probar diferentes estrategias de crianza de los niños, según corresponda.
- Alentar a los progenitores a observar a otros progenitores en su interacción con los niños.
- Establecer un juego de roles de técnica de crianza de niños y habilidades de comunicación.
- Remitir a los progenitores a grupos de apoyo o clases de educación parental, si procede.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1998). *Your ch Emotional, behavioral, and cognitive development from birth to preado cence* [D. Pruitt, Ed.]. New York: HarperCollins.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wo essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Licence, K. (2004). Promoting and protecting the health of children and yo people. *Child: Care, Health, and Development, 30*(6), 623-635.

Riesch, S. K., Anderson, L. S., & Krueger, H. A. (2006). Parent–child comm nication processes: Preventing children's health-risk behavior. *Journal Specialists in Pediatric Nursing, 11*(1), 41-56.

Schor, E. (1999). *Caring for your school age child: Ages 5 to 12*. New Yo Bantam.

Shelov, S., & Altman, T. R. (2009). *Caring for your baby and young child: Bi to age 5* (5th ed.). New York: Bantam.

Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.). (2000). *From neurons to neighborhoo The science of early childhood development*. Washington, DC: Natio Academy Press.

Educación parental: lactante 556

Definición: Enseñanza de los cuidados afectivos y físicos necesarios durante el primer año de vida.

Actividades:

- Determinar los conocimientos de los progenitores así como la buena disposición y la habilidad para aprender sobre los cuidados del lactante.
- Monitorizar las necesidades de aprendizaje de la familia.
- Proporcionar guiado anticipatorio acerca de los cambios del desarrollo durante los primeros años de vida.
- Ayudar a los progenitores a encontrar maneras de integrar al lactante en el sistema familiar.
- Enseñar a los progenitores habilidades para cuidar al recién nacido.
- Enseñar a los progenitores a preparar y escoger fórmulas de lactancia artificial.
- Informar a los progenitores sobre los chupetes.
- Informar sobre la introducción de alimentos sólidos en la dieta durante el primer año.
- Enseñar a los progenitores sobre la suplementación adecuada con fluoruro.
- Informar acerca del desarrollo de la dentición y de la higiene bucal durante el primer año.
- Comentar las alternativas al biberón de la hora de acostarse para evitar la caries por biberón.
- Proporcionar orientación anticipatoria acerca de los cambios en los patrones de evacuación durante el primer año.
- Enseñar a los progenitores cómo tratar y evitar la dermatitis del pañal.
- Proporcionar orientación anticipatoria sobre los cambios en los patrones del sueño durante el primer año.
- Mostrar cómo los progenitores pueden estimular el desarrollo del bebé.
- Alentar a los progenitores a coger, abrazar, dar masajes y tocar al bebé.
- Animar a los progenitores a hablar y a leer al bebé.
- Animar a los progenitores a proporcionar estimulación auditiva y visual agradable.
- Animar a los progenitores a jugar con el bebé.
- Dar ejemplos de juguetes seguros o de cosas disponibles en ca que puedan utilizarse como juguetes.
- Animar a los progenitores a asistir a las clases de preparaci parental.
- Proporcionar a los progenitores material escrito adecuado pa las necesidades de conocimiento identificadas.
- Reforzar la habilidad de los progenitores para aplicar las ens ñanzas a los cuidados de los niños.
- Proporcionar apoyo a los progenitores durante el aprendizaje las habilidades de cuidados del lactante.
- Ayudar a los progenitores a interpretar las indicaciones no ve bales, los llantos y las vocalizaciones del bebé.
- Proporcionar orientación anticipatoria acerca de las caracter ticas conductuales del recién nacido.
- Informar sobre las características conductuales del recién nacid
- Mostrar los reflejos a los progenitores y explicar su significad en el cuidado del lactante.
- Comentar las capacidades del lactante para interaccionar.
- Ayudar a los progenitores a identificar las características condu tuales del lactante.
- Demostrar las habilidades y los puntos fuertes del lactante a l progenitores.
- Explicar y mostrar los estados del lactante.
- Demostrar técnicas para tranquilizar.
- Monitorizar la habilidad del progenitor para reconocer las nec sidades fisiológicas del lactante.
- Reforzar las conductas de cuidador.
- Reforzar las habilidades que el progenitor desempeña adecuad mente para atender al lactante y darle confianza.
- Proporcionar información a los progenitores para que el entorn del hogar sea seguro para el lactante.
- Proporcionar información sobre necesidades de seguridad d bebé en los vehículos.
- Enseñar a los progenitores a ponerse en contacto con profesi nales sanitarios.

- Realizar una entrevista telefónica de 1 a 2 semanas después del encuentro.
- Proporcionar información sobre los recursos de la comunidad.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists. (1992). Postpartum and follow-up care. In *Guidelines for perinatal care* (3rd ed., pp. 91-116). Evanston, IL: Author.

Barnes, L. P. (1994). Infant care: Teaching the basics, part II. *MCN: American Journal of Maternal/Child Nursing, 19*(2), 117.

Betz, C. L., Hunsberger, M. M., & Wright, S. (1994). Families with neonates. In *Family-centered nursing care of children* (2nd ed., pp. 107-142). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Denehy, J. A. (1990). Anticipatory guidance. In M. J. Craft, & J. A. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants and children* (pp. 53-68). Philadelphia: W. B. Saunders.

Denehy, J. A. (1992). Interventions related to parent-infant attachment. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 425-443.

Mott, S. R., James, S. R., & Sperhc, A. M. (1990). *Nursing care of children and families* (2nd ed). Redwood City, CA: Addison-Wesley.

Pillitteri, A. (2007). The family with an infant. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed., pp. 824-859). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ejercicios del suelo pélvico 0560

Definición: Fortalecimiento y entrenamiento del elevador del ano y de los músculos urogenitales mediante la contracción voluntaria y repetida para disminuir la incontinencia por estrés, de urgencia o tipos mixtos de incontinencia urinaria.

Actividades:

- Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de evacuar.
- Enseñar al paciente a tensar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o defecar.
- Enseñar al paciente a evitar contraer los músculos abdominales, muslos y glúteos, a aguantar la respiración o a hacer sobreesfuerzos durante la realización de los ejercicios.
- Asegurarse de que el paciente puede diferenciar entre la elevación y la contracción del músculo deseada y el esfuerzo de pujo no deseado.
- Enseñar a la mujer a identificar los músculos elevador del ano y urogenital colocando un dedo en la vagina y procediendo a apretar.
- Enseñar al paciente a realizar ejercicios para tensar los músculos, practicando 300 contracciones cada día, manteniendo las contracciones durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo 10 segundos entre contracciones, según el protocolo del centro.
- Explicar al paciente que la eficacia de los ejercicios se consigue a las 6-12 semanas.
- Proporcionar una retroalimentación positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos.
- Enseñar al paciente a controlar la respuesta al ejercicio intentando detener el flujo de orina no más de una vez por semana.
- Proporcionar biorretroalimentación o estimulación eléctrica en pacientes seleccionados cuando la ayuda esté indicada para identificar los músculos correctos que se deben contraer y/o escoger la fuerza deseada de la contracción muscular.
- Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas.
- Comentar el registro diario de continencia con el paciente para proporcionar un refuerzo.

2.ª edición 1996; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

Dattilo, J. (2001). A long-term study of patient outcomes with pelvic muscle re-education for urinary incontinence. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing, 28*(4), 199-205.

DeLancey, J. O. (1994). Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: The hammock hypothesis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 170*(6), 1713-1720.

Dougherty, M., Bishop, K., Mooney, R., Gimotty, P., & Williams, B. (1993). Graded pelvic muscle exercise. Effect on stress urinary incontinence. *Journal of Reproductive Medicine, 39*(9), 684-691.

Johnson, V. Y. (2001). How the principles of exercise physiology influence pelvic floor muscle training. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing, 28*(3), 150-155.

Sampselle, C. (1993). Using a stopwatch to assess pelvic muscle strength. *Nurse Practitioner, 18*(1), 14-20.

Elaboración de relaciones complejas 5000

Definición: Establecimiento de una relación terapéutica con un paciente para promover la introspección y el cambio conductual.

Actividades:

- Identificar la propia actitud con respecto al paciente y la situación, repetir en caso necesario.
- Determinar los límites éticos de la relación, si es necesario.
- Abordar los sentimientos personales evocados por el paciente que pueden interferir en la efectividad de las interacciones terapéuticas.
- Proporcionar unas condiciones físicas cómodas antes de las interacciones.
- Comentar la confidencialidad de la información compartida.
- Crear un clima cálido y de aceptación.
- Dar seguridad al paciente del interés en él como persona, según corresponda.
- Utilizar el autodescubrimiento, según corresponda.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Volver a la hora establecida para demostrar así credibilidad e interés en el paciente.
- Mantener una postura corporal abierta.
- Ajustar la distancia física entre el profesional de enfermería y el paciente, si es preciso.
- Estar atento a los mensajes no verbales del paciente.
- Buscar la clarificación de los mensajes no verbales, según corresponda.
- Responder a los mensajes no verbales del paciente, según corresponda.
- Reflejar las ideas principales en repuesta al paciente con palabras propias.
- Reconducir la conversación hacia el tema principal, según sea necesario.
- Desarrollar vías alternativas de comunicación (imágenes, palabras distintas), según corresponda.
- Establecer un acuerdo mutuamente aceptable sobre la hora y duración de los encuentros, según corresponda.
- Tratar las responsabilidades del paciente en la relación «de tú a tú» entre profesional de enfermería y paciente.
- Ayudar al paciente a identificar qué áreas se tratarán durante las sesiones.
- Fijar los límites de comportamiento aceptable durante las sesiones terapéuticas, según corresponda.
- Establecer en cada visita la hora de la visita siguiente antes de acabar la sesión.
- Resumir la conversación al concluirla.
- Utilizar el resumen como punto de partida de conversaciones futuras.
- Identificar la preparación del paciente para explorar los problemas identificados y desarrollar estrategias para cambiar.
- Animar al paciente a tomarse el tiempo necesario para expresarse.
- Ayudar al paciente a identificar sentimientos que impiden la capacidad de interaccionar con los demás (p. ej., enfado, ansiedad, hostilidad o tristeza).
- Apoyar los esfuerzos del paciente para interactuar con los demás de una manera positiva.
- Preparar el final de la relación, cuando proceda.
- Facilitar los intentos del paciente para analizar las experiencias de la relación terapéutica.
- Disponer el reconocimiento de los logros alcanzados durante la relación.

2.ª edición 1996; revisada en 2004 y 2008

Bibliografía:

Deering, C. (2006). Therapeutic relationships and communication. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric mental health nursing* (6th ed., pp. 55-78). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Forchuk, C., & Boyd, M. A. (2005). Communication and the therapeutic relationship. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed., pp. 173-188). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Hagerty, B. M., & Patusky, K. L. (2003). Reconceptualizing the nurse-patient relationship. *Journal of Nursing Scholarship, 35*(2), 145-150.

Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing.* New York, NY: G. P. Putnam's Sons.

Peplau, H. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly, 10*(4), 162-167.

Stockmann, C. (2005). A literature review of the progress of the psychiatric nurse-patient relationship as described by Peplau. *Issues in Mental Health Nursing, 26*(9), 911-919.

Elogio 4364

Definición: Proporcionar afirmaciones de estimación y admiración para identificar y resaltar los puntos fuertes y capacidades presentes en el individuo, la familia o la comunidad.

Actividades:

- Reconocer la iniciativa a la hora de afrontar la situación presente.
- Ayudar a las personas a darse cuenta de sus puntos fuertes, potencial y capacidad personales.
- Demostrar que se valora al individuo o a la familia.
- Establecer una relación colaborativa con el individuo o la familia.
- Apoyar y alentar el aprendizaje.
- Reconocer la capacidad personal a la hora de modificar la conducta para enfrentarse a la situación.
- Proporcionar una retroalimentación positiva para alentar y apoyar la nueva conducta.
- Reconocer la capacidad de vivir con un problema de salud o enfermedad crónica y de larga duración, según corresponda.
- Felicitar al individuo por conseguir un resultado mejor.
- Reforzar una conducta o resultado para aumentar la probabilidad de que persista.
- Facilitar la motivación para continuar con las modificaciones conductuales mejoradas para lograr el objetivo principal.
- Aplicar estrategias para reforzar el aprendizaje y fomentar la confianza y la valía en el responsable de enseñar.
- Escribir afirmaciones de elogio y remitirlas al individuo o a otras personas (p. ej., supervisor, programa de gratificación), según corresponda.

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Abualrub, R. F., & Al-Zaree, I. M. (2008). Job stress, recognition, job performance, and intention to stay at work among Jordanian hospital nurses. *Journal of Nursing Administration, 16*(3), 227-236.

Day, R. A., Paul, P., Williams, B., Smeltzer, S. C., & Bare, B. (2010). *Brunner and Suddarth's textbook of Canadian medical-surgical nursing* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Snyder, S. J., Bouchal, S. R., Hirst, S., Yiu, L., Stamler, L. L., & Buck, M. (2010). *Fundamentals of Canadian nursing: Concepts, process and practice* (2nd ed.). Toronto: Pearson Education Canada.

McElheran, N. G., & Harper-Jacques, S. R. (1994). Commendations: A resource intervention for clinical practice. *Clinical Nurse Specialist, 8*(1), 7-10.

Psychological Associates and DAISY Foundation. (2009). *Literature review on meaningful recognition in nursing.* St. Louis, MO: Psychological Associates.

Stone, C. L., & Rowles, C. J. (2002). What rewards do clinical preceptors in nursing think are important? *Journal for Nurses in Staff Development, 18*(3), 162-166.

Tourangeau, A. E., & Cranley, L. A. (2006). Nurse intention to remain employed: Understanding and strengthening determinants. *Journal of Advanced Nursing, 55*(4), 497-509.

Enseñanza: cuidados de los pies 5603

Definición: Preparar al paciente de riesgo y/o allegados para proporcionar cuidados preventivos de los pies.

Actividades:

- Determinar el nivel actual de conocimiento y las habilidades relativas al cuidado de los pies.
- Determinar las prácticas actuales de cuidados de los pies.
- Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo de lesión.
- Recomendar que sea un podólogo quien arregle las uñas de los pies y los callos, según corresponda.
- Dar información escrita de las pautas del cuidado de los pies.
- Ayudar a desarrollar un plan para la valoración y el cuidado diario de los pies en casa.
- Determinar la capacidad para llevar a cabo los cuidados de los pies (es decir, agudeza visual, movilidad física y criterio).
- Si existe una alteración visual o problemas de movilidad, recomendar la ayuda de algún allegado para el cuidado de los pies.
- Recomendar que se explore diariamente toda la superficie de los pies y entre los dedos buscando la presencia de enrojecimiento, tumefacción, calor, sequedad, maceración, sensibilidad dolorosa y zonas abiertas.
- Enseñar a utilizar un espejo o la ayuda de otra persona para realizar la exploración de los pies, si es necesario.
- Recomendar el lavado diario de los pies con agua caliente y un jabón suave.
- Recomendar que se sequen completamente los pies después de lavarlos, especialmente entre los dedos.
- Enseñar a hidratar diariamente la piel poniendo los pies en remojo o realizando un baño con agua a temperatura ambiente, aplicando posteriormente una crema hidratante.
- Informar sobre la relación entre neuropatía, lesión y enfermedad vascular y el riesgo de ulceración y de amputación de las extremidades inferiores en personas con diabetes.
- Aconsejar cuándo es adecuada la visita a un profesional sanitario (p. ej., la presencia de lesión infectada o que no se cura).
- Aconsejar medidas de autocuidado adecuadas ante problemas menores de los pies.
- Advertir las posibles causas de lesión en los pies (p. ej., calor, frío, corte de callos, productos químicos, uso de antisépticos y astringentes fuertes, cinta adhesiva y andar descalzo o usar calzado abierto o sandalias).
- Enseñar la técnica adecuada para arreglarse las uñas de los pies (es decir, cortar las uñas relativamente rectas, seguir el contorno del dedo y limar los bordes afilados con lima de uñas).
- Instruir en el cuidado de callos blandos, incluyendo frotar suavemente con una toalla o piedra pómez después del baño.
- Recomendar los cuidados del podólogo en caso de engrosamiento ungueal por hongos, uñas encarnadas y callos, si está indicado.
- Describir los zapatos adecuados (es decir, tacón bajo con una forma adecuada al pie y profundidad de la zona de los dedos; suelas realizadas con material que amortigüe los golpes; anchura ajustable con correas o cordones; parte superior realizada con materiales transpirables, suaves y flexibles; plantillas para trastornos de la marcha y de la longitud de la pierna, y posibilidad de modificaciones en caso necesario).
- Describir los calcetines adecuados (es decir, de material absorbente y que no aprieten).
- Recomendar las directrices que deben seguirse al comprar unos zapatos nuevos, incluyendo que tengan la medida y forma adecuada de los pies en el momento de comprarlos.
- Durante las 2 primeras semanas, recomendar llevar zapatos nuevos solo durante unas pocas horas seguidas.
- Indicar que se mire a diario si dentro de los zapatos hay objetos extraños, puntas de los clavos, partes del forro rotas o zonas con arrugas.
- Indicar que se realice un cambio de zapatos dos veces al día (p. ej., a las 12:00 y a las 17:00 h) para evitar presión local repetitiva.
- Explicar la necesidad de utilizar calzado ortopédico u ortótico, según corresponda.
- Prevenir acerca de las ropas o las actividades que provoquen presión sobre los nervios y los vasos sanguíneos, como bandas elásticas de los calcetines y cruzar las piernas.
- Aconsejar que se deje de fumar, según corresponda.
- Incluir a la familia y los allegados en la enseñanza, según corresponda.
- Reforzar la información proporcionada por otros profesionales sanitarios, según corresponda.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

Collier, J., Kinion, E., & Brodbeck, C. (1996). Evolving role of CNSs in developing risk-anchored preventive interventions. *Clinical Nurse Specialist, 10*(3), 131-136 143.

Culleton, J. L. (1999). Preventing diabetic foot complications. *Postgraduate Medicine, 106*(1), 74-83.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Hygiene. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 697-755). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Kruger, S., & Guthrie, D. (1992). Foot care: Knowledge retention and self-care practices. *The Diabetes Educator, 18*(6), 487-490.

Litzelman, D., Slemenda, C., Langefeld, C., Hays, L., Welch, M., Bild, D., Ford, E., & Vinicor, F. (1993). Reduction of lower extremity clinical abnormalities in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. A randomized controlled trial. *Annals of Internal Medicine, 119*(1), 36-41.

Mayfield, J. A., Reiber, G. E., Sanders, L. J., Janise, D., & Pogach, L. M. (1998). Preventive foot care in people with diabetes. *Diabetes Care, 21*(12), 2161-2177.

Plummer, E. S., & Albert, S. G. (1995). Foot care assessment in patients with diabetes: A screening algorithm for patient education and referral. *The Diabetic Educator, 21*(1), 47-51.

Reiber, G. E., Pecoraro, R. E., & Koepsell, T. D. (1992). Risk factors for amputation in patient with diabetes mellitus. A case control study. *Annals of Internal Medicine, 117*(2), 97-105.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

E

Enseñanza: dieta prescrita 5614

Definición: Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.

Actividades:

- 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.
- 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.
- 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.
- Informe 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.
- 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.
- Proporcionar los planes de comidas por escrito, según corresponda.
- Recomendar un libro de cocina que incluya recetas acordes con la dieta, 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.
- Remitir al paciente a un dietista, si procede.
- Incluir a la familia, si procede.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

deWit, S. C. (2009). *Medical-surgical nursing: Concepts and practice*. St. Louis: Saunders Elsevier.

Dossey, B. M., & Keegan, L. (2009). *Holistic nursing: A handbook for practice* (5th ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Dudek, S. G. (2007). *Nutrition essentials for nursing practice* (5th rev ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Lewis, S., Dirkson, S., Heitkemper, M., Bucher, L., & Camera, I. (2011). *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2013). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.

Enseñanza: ejercicio prescrito 5612

Definición: Preparar a un paciente para que consiga o mantenga el nivel de ejercicio prescrito.

Actividades:

- 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 el uso de los analgésicos y métodos alternativos para el control del dolor antes del ejercicio, si se requiere.
- Enseñar al paciente a realizar el ejercicio prescrito.
- Enseñar al paciente cómo controlar la tolerancia al 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.
- Advertir al paciente acerca de los peligros de sobreestimar sus aptitudes.
- Advertir al paciente de los efectos del calor y frío extremos.
- Enseñar al paciente los métodos de conservación de energía, según corresponda.
- Instruir al paciente acerca de los ejercicios de estiramientos correctos antes y después del ejercicio y el fundamento de tal acción, según corresponda.
- Enseñar al paciente a realizar un precalentamiento y enfriamiento antes y después del ejercicio y la importancia de tal acción, según corresponda.
- Enseñar al paciente una postura y mecánica corporal correctas, según corresponda.
- Indicar al paciente que notifique los posibles problemas (p. ej., dolor, mareo y tumefacción) al profesional sanitario.
- Observar al paciente mientras realiza el ejercicio prescrito.
- Informar acerca de los dispositivos de ayuda disponibles que puedan utilizarse para facilitar la práctica de la técnica requerida, según corresponda.
- Enseñar al paciente el montaje, utilización y mantenimiento de los dispositivos de ayuda, si es el caso.
- Ayudar al paciente a incorporar el ejercicio en la rutina diaria.
- Ayudar al paciente a alternar correctamente los períodos de descanso y actividad.
- Remitir al paciente al fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o fisiólogo deportivo, según corresponda.

- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
- Proporcionar información por escrito o diagramas a modo de referencia constante.
- Proporcionar una retroalimentación frecuente para evitar incurrir en malos hábitos.
- 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.
- Remitir al paciente a un centro de rehabilitación, si se precisa.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., & Erb, G. (2008). Activity and exercise. In *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice* (8th ed., pp. 1104-1162). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

deWit, S. C. (2009). *Medical-surgical nursing: Concepts & practice*. St. Louis: Saunders Elsevier.

Perme, C., & Chandrashekar, R. (2009). Early mobility and walking program for patients in intensive care units: Creating a standard of care. *American Journal of Critical Care, 18*(3), 212-221.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2013). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.

Pryor, J. (2009). Coaching patients to self-care: A primary responsibility of nursing. *International Journal of Older People Nursing, 4*(2), 79-88.

E

Enseñanza: entrenamiento del control de esfínteres 5634

Definición: Enseñar a determinar la preparación y las estrategias del niño para ayudarle a aprender el control de esfínteres de forma independiente.

Actividades:

- Enseñar a los progenitores a determinar la disposición física del niño para el entrenamiento del control de esfínteres (p. ej., el niño tiene como mínimo 18-24 meses; muestra evidencias de ser capaz de aguantarse la orina; reconoce la urgencia de ir al baño o que acaba de orinar o defecar; presenta cierta regularidad en las pautas de eliminación; es capaz de ir al baño/orinal, sentarse y marcharse una vez finalizada la eliminación; es capaz de quitarse y ponerse la ropa antes y después de la eliminación; es capaz de limpiarse y lavarse las manos después de la eliminación).
- Enseñar a los progenitores a determinar la disposición psicosocial del niño para el entrenamiento del control de esfínteres (p. ej., el niño expresa interés y deseo de participar/cooperar en el control de esfínteres; tiene vocabulario para comunicar la necesidad de eliminar; está ansioso por complacer a sus progenitores; imita con facilidad las conductas de otras personas).
- Enseñar a los progenitores a determinar la disposición de los progenitores/familia para el entrenamiento del control de esfínteres (p. ej., los progenitores tienen tiempo para dedicarse al proceso de entrenamiento y saben cómo hacerlo; no están sufriendo cambios importantes durante o poco después del proceso como cambio de trabajo o mudanza, divorcio, nacimiento de otro hijo; tienen expectativas realistas sobre el desarrollo del niño y el tiempo y energía necesarios para llevar a cabo con éxito todo el proceso; saben que el niño puede sufrir regresiones durante momentos de estrés o enfermedad).
- Informar sobre estrategias para favorecer el entrenamiento del control de esfínteres.
- Informar sobre cómo vestir al niño con ropa holgada y fácil de quitar.
- Informar sobre cómo convenir el vocabulario que se utilizará durante el proceso de entrenamiento.
- Informar sobre las oportunidades para que el niño observe a otras personas durante el proceso de entrenamiento.
- Informar sobre cómo enseñar al niño el orinal para explicarle el equipo y el proceso.
- Informar sobre cómo enseñar al niño el orinal con regularidad y animarle a sentarse en él.
- Informar sobre cómo reforzar el éxito del niño con cualquier parte del proceso.
- Informar sobre cómo planificar las estrategias, teniendo en cuenta el temperamento y el estilo conductual del niño.
- Informar sobre cómo esperar e ignorar accidentes.
- Informar sobre cómo comunicar estrategias, expectativas y progresos a los otros cuidadores.
- Apoyar a los progenitores durante este proceso.
- Animar a los progenitores a ser flexibles y creativos durante el desarrollo y la implantación de las estrategias de entrenamiento.
- Proporcionar información adicional, si se solicita o es necesaria.

4.ª edición 2004; revisada en 2008

Bibliografía:

Brazelton, T. B., Christophersen, E. R., Frauman, A. C., Gorski, P. A., Poole, J. M., Stradtler, A. C., & Wright, C. D. (1999). Instruction, timelines, and medical influences affecting toilet training. *Pediatrics, 103*(6), 1353-1358.

Doran, J., & Lister, A. (1998). Toilet training: Meeting the needs of children and parents. *Community Practitioner, 71*(5), 179-180.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Kinservik, M. A., & Friedhoff, M. M. (2000). Control issues in toilet training. *Pediatric Nursing, 26*(3), 267-274.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Stadtler, A. C., Gorski, P. A., & Brazelton, T. B. (1999). Toilet training methods, clinical interventions, and recommendations. *Pediatrics, 103*(6 pt. 2), 1359-1361.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

E

Enseñanza: estimulación del lactante (0-4 meses) 5655

Definición: Enseñanza a los progenitores y cuidadores para proporcionar las actividades sensoriales adecuadas para favorecer el desarrollo y el movimiento durante los cuatro primeros meses de vida.

Actividades:

- Describir el desarrollo normal del lactante.
- Ayudar a los progenitores a identificar aspectos de predisposición y respuestas a la estimulación por parte del lactante.
- Proteger al lactante de la sobreestimulación.
- Ayudar a los progenitores a planificar una rutina para la estimulación del lactante.
- Enseñar a los progenitores/cuidadores a realizar actividades que favorezcan el movimiento y/o proporcionen estimulación sensorial.
- Hacer que los progenitores demuestren las actividades aprendidas durante la enseñanza.
- Enseñar a los progenitores a fomentar la interacción cara a cara con el lactante.
- Enseñar a los progenitores a hablar, cantar y sonreír al lactante mientras se le cuida.
- Enseñar a los progenitores a elogiar al lactante por todos los esfuerzos por responder a la estimulación.
- Enseñar a los progenitores a decir el nombre del lactante con frecuencia.
- Enseñar a los progenitores a susurrar al bebé.
- Enseñar a los progenitores a tocar y abrazar al bebé con frecuencia.
- Enseñar a los progenitores a responder a los lloros, cogiendo, acunando, cantando, hablando, caminando, cambiando de posición, frotando/masajeando la espalda y arropando al bebé, según proceda.
- Enseñar a los progenitores a balancear al lactante en posición vertical o en posición de cuna.
- Enseñar a los progenitores a lavar o bañar al bebé acariciándole con un masaje con una manopla o esponja suave y secarle con una toalla suave.
- Enseñar a los progenitores a dar un masaje al lactante con una loción, con caricias suaves pero firmes.
- Enseñar a los progenitores a frotar juguetes blandos por el cuerpo del lactante.
- Enseñar a los progenitores a animar al lactante a notar diferentes texturas y a identificarlas.
- Enseñar a los progenitores a soplar en círculos sobre los brazos, las piernas y el abdomen del lactante despierto.
- Enseñar a los progenitores a animar al lactante a coger juguetes blandos o los dedos del cuidador.
- Enseñar a los progenitores a potenciar el uso de sonajeros, animando a seguir el sonido.
- Enseñar a los progenitores a dar oportunidades al lactante para que alcance objetos.
- Enseñar a los progenitores a favorecer el seguimiento visual de objetos.
- Enseñar a los progenitores a cambiar de posición al lactante cada hora a menos que esté durmiendo, colocándolo en una silla para niños, hamaca, cochecito, según proceda.
- Enseñar a los progenitores a colocar al lactante boca abajo mientras está despierto para animarle a levantar la cabeza.
- Enseñar a los progenitores a colocar al lactante sobre su espalda debajo del gimnasio de la cuna.
- Enseñar a los progenitores a jugar al «cucú-tras» con el lactante.
- Enseñar a los progenitores a animar al lactante a mirarse en el espejo.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Broussard, A. B., & Rich, S. K. (1990). Incorporating infant stimulation concepts into prenatal classes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 19*(5), 381-387.

Harrison, L. (1985). Effects of early supplemental stimulation programs for premature infants: Review of the literature. *Maternal-Child Nursing Journal, 14*(2), 69-90.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Korner, A. F. (1990). Infant stimulation: Issues of theory and research. *Clinics in Perinatology, 17*(1), 173-184.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Enseñanza: estimulación del lactante (5-8 meses) 5656

Definición: Enseñanza a los progenitores y cuidadores para proporcionar las actividades sensoriales adecuadas para favorecer el desarrollo y el movimiento de los cinco a los ocho meses de vida.

Actividades:

- Describir el desarrollo normal del lactante.
- Ayudar a los progenitores a identificar aspectos de predisposición y respuestas a la estimulación por parte del lactante.
- Proteger al lactante de la sobreestimulación.
- Ayudar a los progenitores a planificar una rutina para la estimulación del lactante.
- Enseñar a los progenitores/cuidadores a realizar actividades que favorezcan el movimiento y/o proporcionen estimulación sensorial.
- Hacer que los progenitores demuestren las actividades aprendidas durante la enseñanza.
- Enseñar a los progenitores a colocar al lactante boca abajo, poniendo las palmas del cuidador sobre las plantas de los pies del niño y empujando suavemente hacia adelante.
- Enseñar a los progenitores a poner de pie al lactante en el regazo del cuidador, balanceándolo de un lado a otro.
- Enseñar a los progenitores a animar al lactante a estirarse sobre la espalda y dar patadas con los pies.
- Enseñar a los progenitores a poner al lactante boca abajo o boca arriba y ayudarle a dar vueltas.
- Enseñar a los progenitores a dar la oportunidad al lactante de explorar ropa o libros de plástico blando.

- Enseñar a los progenitores a explicar al lactante las partes del cuerpo.
- Enseñar a los progenitores a animar al lactante a utilizar juguetes para la dentición.
- Enseñar a los progenitores a jugar a «palmas-palmitas» con el lactante.
- Enseñar a los progenitores a jugar al escondite con el lactante.
- Enseñar a los progenitores a animar al lactante a golpear juguetes entre sí.
- Enseñar a los progenitores a animar a pasarse juguetes con las manos.
- Enseñar a los progenitores a colocar al lactante en una silla alta, animándole a tocar la comida y comer solo.
- Enseñar a los progenitores a bailar con el lactante mientras se le sujeta en posición vertical.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Broussard, A. B., & Kidman, S. (1990). Incorporating infant stimulation concepts into prenatal classes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 19*(5), 381-387.

Harrison, L. (1985). Effects of early supplemental stimulation programs for premature infants: Review of the literature. *Maternal-Child Nursing Journal, 14*(2), 69-90.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Korner, A. F. (1990). Infant stimulation: Issues of theory and research. *Clinics in Perinatology, 17*(1), 173-184.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Enseñanza: estimulación del lactante (9-12 meses) 5657

Definición: Enseñar a los progenitores y cuidadores a proporcionar las actividades sensoriales adecuadas para favorecer el desarrollo y el movimiento de los nueve a los doce meses de vida.

Actividades:

- Describir el desarrollo normal del lactante.
- Ayudar a los progenitores a identificar aspectos de predisposición y respuestas a la estimulación por parte del lactante.
- Proteger al lactante de la sobreestimulación.
- Ayudar a los progenitores a planificar una rutina para la estimulación del lactante.
- Enseñar a los progenitores/cuidadores a realizar actividades que favorezcan el movimiento y/o proporcionen estimulación sensorial.
- Hacer que los progenitores demuestren las actividades aprendidas durante la enseñanza.
- Enseñar a los progenitores a tirar del lactante para ponerse en pie, sujetándole de las manos para que se estabilice.
- Enseñar a los progenitores a ayudar al lactante a andar, sujetándole por las manos/muñecas con los brazos por encima de la cabeza.
- Enseñar a los progenitores a favorecer que juegue a la pelota (p. ej., rodar, coger, parar, recuperar).
- Enseñar a los progenitores a introducir el uso de la taza en las comidas, ayudando al lactante a cogerla y ponérsela en la boca.
- Enseñar a los progenitores a decir adiós al lactante con la mano, animándole a que los imite.
- Enseñar a los progenitores a dar al lactante una vuelta por la casa, identificando objetos y habitaciones.
- Enseñar a los progenitores a jugar a imitar, practicando la imitación de ruidos, animales o canciones.
- Enseñar a los progenitores a decir palabras al lactante, animándole a repetirlas.
- Enseñar a los progenitores a demostrar cómo sacar y volver a poner objetos en un recipiente.
- Enseñar a los progenitores a demostrar cómo apilar objetos.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Broussard, A. B., & Kidman, S. (1990). Incorporating infant stimulation concepts into prenatal classes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 19*(5), 381-387.

Harrison, L. (1985). Effects of early supplemental stimulation programs for premature infants: Review of the literature. *Maternal-Child Nursing Journal, 14*(2), 69-90.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Korner, A. F. (1990). Infant stimulation: Issues of theory and research. *Clinics in Perinatology, 17*(1), 173-184.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Enseñanza: grupo 5604

Definición: Desarrollo, puesta en práctica y evaluación de un programa de educación para un grupo de personas que experimentan el mismo problema de salud.

Actividades:

- Proporcionar un entorno que favorezca el aprendizaje.
- Incluir a la familia/allegados, si resulta oportuno.
- Establecer la necesidad de un programa.
- Determinar el apoyo administrativo.
- Establecer el presupuesto.
- Coordinar los recursos dentro del centro para formar una comisión de planificación/asesoramiento que pueda contribuir a los resultados positivos del programa, y proporcionar un foro para asegurar el compromiso con el programa.

E

- Utilizar los recursos comunitarios, según corresponda.
- Definir la población diana potencial.
- Escribir los objetivos del programa.
- Definir las áreas de contenido principales.
- Escribir los objetivos del aprendizaje.
- Realizar una descripción del trabajo para el coordinador responsable de la educación del paciente.
- Seleccionar un coordinador.
- Prever los materiales educativos disponibles.
- Desarrollar nuevos materiales educativos, según corresponda.
- Hacer una lista de las posibles estrategias de enseñanza, los materiales educativos y las actividades de aprendizaje.
- Preparar al personal docente, si se precisa.
- Educar al personal en el programa de educación de pacientes, según corresponda.
- Proporcionar un programa escrito (que incluya fechas, horas y lugares de las sesiones/clases de enseñanza) para el personal y/o paciente(s), según corresponda.
- Determinar los días/horas adecuados para conseguir el máximo número de pacientes.
- Preparar anuncios/notas para hacer públicos los resultados, según corresponda.
- Controlar el tamaño y las competencias del grupo, según corresponda.
- Orientar al paciente/allegados al programa educativo y a los objetivos diseñados que hay que conseguir.
- Cubrir las necesidades especiales de los alumnos (acceso de discapacitados y oxígeno portátil) que se precisen.
- Adaptar los métodos/materiales educativos a las necesidades/características de aprendizaje del grupo, según corresponda.
- Proporcionar la instrucción del grupo.
- Evaluar el progreso del paciente en el programa y el dominio del contenido.
- Documentar el progreso del paciente en la historia clínica permanente.
- Revisar las estrategias de enseñanza/actividades de aprendizaje para aumentar el aprendizaje, si fuera necesario.
- Establecer las formas de evaluación del programa por parte del paciente.
- Disponer una instrucción individual adicional, según corresponda.
- Evaluar el grado de consecución de objetivos del programa.
- Comunicar la evaluación de la consecución de objetivos del programa a la comisión de planificación/asesoramiento.
- Realizar sesiones de evaluación continuada para que la comisión de asesoramiento y planificación renueve el programa, según sea apropiado.
- Documentar el número de pacientes que hayan conseguido los objetivos de enseñanza.
- Remitir al paciente a otros especialistas/centros para conseguir los objetivos de enseñanza, si se precisa.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Bastable, S. B. (1997). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning* Sudbury, MA: Jones & Bartlett pp. 264–266.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Teaching. In *Fundamental of nursing, Concepts, processes, practice* (7th ed., pp. 446-468). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Rakel, B. A. (1992). Interventions related to patient teaching. *Nursing Clinic of North America, 27*(2), 397-423.

Redman, B. K. (1997). Teaching: Theory and interpersonal techniques. In B. K. Redman (Ed.), *The process of patient education* (8th ed.). St. Louis Mosby.

Enseñanza: habilidad psicomotora 562

Definición: Preparación de un paciente para que practique una técnica psicomotora.

Actividades:

- Establecer una relación de confianza.
- Establecer la credibilidad del profesor, si es apropiado.
- Determinar las necesidades de aprendizaje del paciente.
- Determinar la disposición del paciente a aprender.
- Establecer el nivel de capacidad del paciente a la hora de realizar la técnica.
- Ajustar la metodología de enseñanza para adaptarla a la edad y aptitud del paciente, según se precise.
- Mostrar la técnica al paciente.
- Dar instrucciones claras y secuenciales.
- Enseñar al paciente a realizar la técnica poco a poco.
- Informar al paciente del fundamento de la práctica de la técnica en la manera especificada.
- Guiar los cuerpos de los pacientes para que puedan experimentar las sensaciones físicas que acompañan a los movimientos correctos, si es el caso.
- Proporcionar información/diagramas escritos, según corresponda.
- Establecer sesiones prácticas (espaciadas para evitar fatiga, pero lo bastante a menudo como para evitar que se olviden), según corresponda.
- Dar un tiempo adecuado para el dominio de la tarea.
- Observar la demostración del paciente de la técnica.
- Proporcionar a los pacientes una retroalimentación frecuente sobre lo que hacen correcta e incorrectamente para que no se creen malos hábitos.
- Proporcionar información sobre los dispositivos de ayuda disponibles que puedan utilizarse para facilitar la práctica de la técnica requerida, según corresponda.
- Enseñar al paciente el montaje, utilización y mantenimiento de los dispositivos de ayuda, si se precisan.
- Incluir a la familia, si resulta apropiado.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Falvo, D. R. (2011). *Effective patient education: A guide to increased adherenc* Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Friedman, A. J., Cosby, R., Boyko, S., Hatton-Bauer, J., & Turnbull, G. (2011) Effective teaching strategies and methods of delivery for patient educatio A systematic review and practice guideline recommendations. *Journal Cancer Education, 26*(1), 12-21.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2013). *Fundamenta of nursing* (8th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.

Enseñanza: individual

5606

Definición: Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente.

Actividades:

- Establecer una relación de confianza.
- Establecer la credibilidad del educador.
- 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).
- 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).
- Potenciar 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.
- Seleccionar los materiales educativos adecuados.
- Proporcionar folletos, vídeos y recursos en línea educativos, cuando proceda.
- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades/discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas del paciente.
- Ajustar la instrucción para facilitar el aprendizaje, según proceda.
- Proporcionar un ambiente que conduzca al aprendizaje.
- Instruir al paciente, cuando corresponda.
- Evaluar la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente.
- 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.
- 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.
- Documentar el contenido presentado, los materiales escritos proporcionados y la receptividad y comprensión del paciente de la información o las conductas del paciente que indiquen aprendizaje en la historia clínica permanente.
- Incluir a la familia, si es adecuado.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Falvo, D. R. (2011). *Effective patient education: A guide to increased adherence.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Friedman, A. J., Cosby, R., Boyko, S., Hatton-Bauer, J., & Turnbull, G. (2011). Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education: A systematic review and practice guideline recommendations. *Journal of Cancer Education, 26*(1), 12-21.

Garvey, N., & Noonan, B. (2011). Providing individualized education to patients post myocardial infarction: A literature review. *British Journal of Cardiac Nursing, 6*(2), 73-79.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2009). *Fundamentals of nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.

Enseñanza: medicamentos prescritos

5616

Definición: Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

Actividades:

- Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de los medicamento, según corresponda.
- Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento.
- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Explicar cómo los profesionales sanitarios eligen la medicación más adecuada.
- Instruir al paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento.
- Revisar el conocimiento que el paciente tiene de cada medicación.
- Reconocer el conocimiento del paciente sobre las medicaciones.
- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.
- Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa), si es el caso.
- Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
- Instruir al paciente sobre los criterios que han de utilizarse al decidir alterar la dosis/horario de la medicación, según corresponda.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas), según corresponda.

- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.
- Enseñar al paciente a aliviar y/o prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso.
- Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.
- Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de sobredosificación e infradosificación.
- Informar al paciente sobre posibles interacciones entre fármacos y alimentos, según corresponda.
- Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos.
- Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados para la administración.
- Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde depositar los recipientes con objetos afilados en su comunidad.
- Proporcionar información escrita al paciente acerca de la acción, propósito, efectos secundarios, etc., de los medicamentos.
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.
- Recomendar al paciente llevar la documentación del régimen de medicación prescrita.
- Instruir al paciente sobre cómo seguir las prescripciones, según corresponda.
- Informar al paciente sobre los posibles cambios de aspecto y/o posología al cumplimentar la receta de un fármaco genérico.
- Advertir al paciente de los riesgos asociados a la administración de medicamentos caducados.
- Advertir al paciente contra la administración de medicamentos prescritos a otras personas.
- Determinar la capacidad del paciente para obtener los medicamentos requeridos.
- Proporcionar información sobre el reembolso de los medicamentos, según corresponda.
- Proporcionar información sobre programas/organizaciones de ahorro de costes para obtener medicamentos y dispositivos, si es el caso.
- Proporcionar información sobre los dispositivos de alerta de medicamentos y sobre la forma de obtenerlos.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
- Incluir a la familia/allegados, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2004

Bibliografía:

Aschenbrenner, D. S., & Venable, S. J. (2006). *Drug therapy in nursing* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Devine, E. C., & Reifschneider, E. (1995). A meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with hypertension. *Nursing Research, 44*(4), 237-245.

Doak, C. C., Doak, L. G., & Root, J. H. (1996). *Teaching patients with low literacy skills* (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.

Hayes, K. S. (1998). Randomized trial of geragogy-based medication instruction in the emergency department. *Nursing Research, 47*(4), 211-218.

Kleoppel, J. W., & Henry, D. W. (1987). Teaching patients, families, and communities about their medications. In C. E. Smith (Ed.), *Patient education: Nurses in partnership with other health professionals* (pp. 271-296). Philadelphia: W.B. Saunders.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Teaching. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 445-468). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Proos, M., Reiler, P., Eagan, J., Stengrevices, S., Castile, J., & Arian, D. (1992). A study of the effects of self-medication on patients' knowledge of and compliance with their medication regimen. *Journal of Nursing Care Quality, 6*(Suppl. 4), 18-26.

Rakel, B. A. (1992). Interventions related to patient teaching. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 397-423.

Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses) 5640

Definición: Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación durante los tres primeros meses de vida.

Actividades:

- Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a alimentar solo con leche materna o de fórmula durante el primer año (no dar alimentos sólidos antes de los 4 meses).
- Enseñar a los progenitores/cuidador a sujetar siempre al bebé mientras se le dé el biberón.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a nunca apoyar el biberón o dar el biberón en la cama.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar introducir cereales en el biberón (solo leche de fórmula o materna).
- Enseñar a los progenitores/cuidador a limitar la ingesta de agua a entre 15 y 30 ml cada vez, 120 ml al día.
- Enseñar a los padres/cuidador a evitar el uso de miel o jarabe de cereales.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a permitir la succión no nutritiva.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a desechar las sobras de leche de fórmula y limpiar el biberón después de cada toma.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Barness, L. A. (Ed.). (1993). *Pediatric nutrition handbook* (3rd ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. (1998). *Feeding your baby birth to 8 months* [brochure]. Sacramento, CA: Author.

Formon, S. J. (1993). In *Nutrition of normal infants*. St. Louis: Mosby.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Satter, E., & Sharkey, P. B. (1997). *Ellyn Satter's nutrition and feeding for infants and children: Handout masters*. Madison, WI: Ellen Satter Associates.

Enseñanza: nutrición del lactante (4-6 meses) 5641

Definición: Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación de los cuatro a los seis meses de vida.

Actividades:

- Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a introducir alimentos sólidos (en forma de purés) sin añadir sal o azúcar.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a introducir cereales para bebés reforzados con hierro.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a introducir un nuevo alimento cada vez.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar zumos o bebidas azucaradas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a alimentar solo con la cuchara.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Barness, L. A. (Ed.). (1993). *Pediatric nutrition handbook* (3rd ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. (1998). *Feeding your baby birth to 8 months* [brochure]. Sacramento, CA: Author.

Formon, S. J. (1993). *Nutrition of normal infants*. St. Louis: Mosby.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Satter, E., & Sharkey, P. B. (1997). *Ellyn Satter's nutrition and feeding for infants and children: Handout masters*. Madison, WI: Ellen Satter Associates.

Enseñanza: nutrición del lactante (7-9 meses) 5642

Definición: Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación de los siete a los nueve meses de vida.

Actividades:

- Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a introducir alimentos con los dedos cuando el bebé pueda sentarse.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a introducir la taza cuando el bebé pueda sentarse.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a tener al bebé junto a la familia durante las comidas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a dejar que el bebé empiece a comer solo y vigilar para evitar que se atragante.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a ofrecerle líquidos después de los alimentos sólidos.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar los postres dulces y las bebidas carbonatadas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a ofrecer una variedad de alimentos de acuerdo con la pirámide de alimentos.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a introducir cantidades limitadas de zumo diluido en una taza.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Barness, L. A. (Ed.). (1993). *Pediatric nutrition handbook* (3rd ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. (1998a). *Feeding your baby 6-12 months* [brochure]. Sacramento, CA: Author.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. (1998b). *Feeding your baby birth to 8 months* [brochure]. Sacramento, CA: Author.

Formon, S. J. (1993). *Nutrition of normal infants*. St. Louis: Mosby.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Satter, E., & Sharkey, P. B. (1997). *Ellyn Satter's nutrition and feeding for infants and children: Handout masters*. Madison, WI: Ellen Satter Associates.

Enseñanza: nutrición del lactante (10-12 meses) 5643

Definición: Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación de los diez a los doce meses de vida.

Actividades:

- Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a ofrecer tres comidas principales y tentempiés saludables.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a empezar el destete del biberón.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar bebidas de frutas y leche con sabores.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a empezar a comer a la mesa.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a permitir que el bebé coma solo con la cuchara.

5.ª edición 2008

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Bibliografía:

Barness, L. A. (Ed.). (1993). *Pediatric nutrition handbook* (3rd ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. (1998). *Feeding your baby 6-12 months* [brochure]. Sacramento, CA: Author.

Formon, S. J. (1993). *Nutrition of normal infants*. St. Louis: Mosby.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Satter, E., & Sharkey, P. B. (1997). *Ellyn Satter's nutrition and feeding for infants and children: Handout masters*. Madison, WI: Ellen Satter Associates.

E

Enseñanza: nutrición del niño (13-18 meses) 5660

Definición: Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación de los trece a los dieciocho meses de vida.

Actividades:

- Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a dejar el biberón.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a ofrecer alimentos sólidos con textura.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a seguir utilizando la cuchara y comer solo.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a introducir productos lácteos.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a proporcionar tentempiés saludables.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a ofrecer raciones pequeñas y comidas frecuentes.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar alimentos/bebidas *light* (p. ej., leche descremada, bebidas carbonatadas *light*).
- Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar la alimentación forzada porque el apetito puede estar disminuido.

Bibliografía:

Barness, L. A. (Ed.). (1993). *Pediatric nutrition handbook* (3rd ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. (1998). *Feeding your baby 1-3 years old* [brochure]. Sacramento, CA: Author.

Formon, S. J. (1993). *Nutrition of normal infants*. St. Louis: Mosby.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Satter, E., & Sharkey, P. B. (1997). *Ellyn Satter's nutrition and feeding for infants and children: Handout masters*. Madison, WI: Ellen Satter Associates.

5.ª edición 2008

Enseñanza: nutrición del niño (19-24 meses) 5661

Definición: Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación de los diecinueve a los veinticuatro meses de vida.

Actividades:

- Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a animar a beber agua para la sed.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a limitar los líquidos antes de las comidas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a ofrecer alimentos ricos en hierro y proteínas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a comer con horarios regulares y con la familia.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a aumentar o reducir los alimentos, según sea conveniente.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar las bebidas de fruta y la leche aromatizadas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a leer las etiquetas del contenido nutricional.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a dejar el biberón.

Bibliografía:

Barness, L. A. (Ed.). (1993). *Pediatric nutrition handbook* (3rd ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. (1998). *Feeding your baby 1-3 years old* [brochure]. Sacramento, CA: Author.

Formon, S. J. (1993). *Nutrition of normal infants*. St. Louis: Mosby.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Satter, E., & Sharkey, P. B. (1997). *Ellyn Satter's nutrition and feeding for infants and children: Handout masters*. Madison, WI: Ellen Satter Associates.

5.ª edición 2008

Enseñanza: nutrición del niño (25-36 meses) 5662

Definición: Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación de los veinticinco a los treinta y seis meses de vida.

Actividades:

- Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a dar al niño alimentos saludables.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a animar a tomar las verduras crudas/cocidas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a tomar tentempiés saludables entre comidas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a ser creativo en la preparación de las comidas en caso de niños maniáticos.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a dar pequeñas raciones de comida.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a limitar el contenido graso de los alimentos.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a hacer que el niño participe en la preparación de la comida.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a ofrecer cereales enriquecidos con hierro, evitando los cereales con un alto contenido de azúcar.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a aumentar los alimentos con proteínas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a incluir todos los grupos de alimentos.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar el uso de alimentos como recompensa.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Barness, L. A. (Ed.). (1993). *Pediatric nutrition handbook* (3rd ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. (1998). *Feeding your baby 1-3 years old* [brochure]. Sacramento, CA: Author.

Formon, S. J. (1993). *Nutrition of normal infants*. St. Louis: Mosby.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Satter, E., & Sharkey, P. B. (1997). *Ellyn Satter's nutrition and feeding for infants and children: Handout masters*. Madison, WI: Ellen Satter Associates.

Enseñanza: prequirúrgica 5610

Definición: Ayudar a un paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el período de recuperación posquirúrgico.

Actividades:

- Informar al paciente y a la familia acerca de la fecha, hora y lugar programados para la cirugía.
- Informar al paciente y a la familia de la duración esperada de la operación.
- Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente, sus antecedentes, nivel cultural y el grado de conocimiento de la cirugía.
- Evaluar la ansiedad del paciente y de la familia respecto a la cirugía.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comente sus inquietudes.
- Describir las rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas/laboratorio, micción, preparación de la piel, terapia i.v., vestimenta, zona de espera para la familia y traslado al quirófano), según corresponda.
- Describir toda la medicación preoperatoria, los efectos de la misma en el paciente y el fundamento de su utilización.
- Informar a la familia sobre el sitio de espera de los resultados de la cirugía, si resulta apropiado.
- Realizar una visita a la unidad postoperatoria y a la zona de espera, si procede.
- Presentar el paciente al personal implicado en la cirugía y los cuidados postoperatorios, según corresponda.
- Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado, según corresponda.
- Informar acerca de lo que se oirá, olerá, verá, saboreará o sentirá durante el proceso.
- Comentar las posibles medidas de control del dolor.
- Explicar el propósito de las frecuentes valoraciones postoperatorias.
- Describir las rutinas/equipos postoperatorios (medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, máquinas, medias de compresión, vendajes quirúrgicos, deambulación, dieta y visitas de familiares) y explicar su objeto.
- Instruir al paciente sobre la técnica para levantarse de la cama, si resulta apropiado.
- Evaluar la capacidad del paciente para mostrar al cuidador cómo levantarse de la cama, si resulta apropiado.
- Instruir al paciente acerca de la técnica de sujetar su incisión, toser y respiración profunda.
- Evaluar la capacidad del paciente para mostrar al cuidador cómo realizar la sujeción de la incisión, toser y respirar profundamente.
- Instruir al paciente sobre el uso del espirómetro de incentivo.
- Evaluar la capacidad del paciente para mostrar al cuidador cómo usar el espirómetro de incentivo.
- Instruir al paciente sobre la técnica de ejercicios de piernas.
- Evaluar la capacidad del paciente para mostrar al cuidador cómo realizar los ejercicios de piernas.
- Destacar la importancia de la deambulación precoz y los cuidados pulmonares.
- Enseñar al paciente cómo puede ayudar en la recuperación.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
- Determinar las expectativas del paciente acerca de la cirugía.
- Corregir las expectativas poco realistas de la cirugía, según corresponda.
- Dar tiempo al paciente para que practique y se prepare para los acontecimientos que sucederán, si es posible.
- Enseñar al paciente a utilizar técnicas de afrontamiento dirigidas a controlar los aspectos específicos de la experiencia (relajación e imágenes guiadas), según corresponda.
- Indicar al paciente que deje de fumar, si procede.
- Instruir de un modo que se adapte al estilo de aprendizaje del paciente, incluido el uso de estrategias holísticas y materiales educativos, según corresponda.
- Documentar la enseñanza, incluida la respuesta del paciente a la misma.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

deWit, S. C. (2009). *Medical-surgical nursing: Concepts & practice*. St. Loui Saunders Elsevier.

Kruzik, N. (2009). Benefits of preoperative education for adult elective surge patients. *AORN Journal*, *90*(3), 381-387.

Lewis, S., Dirkson, S., Heitkemper, M., Bucher, L., & Camera, I. (2011). *Med cal-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (8t ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2013). *Fundamenta of nursing* (8th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.

Selimen, D., & Andsoy, I. I. (2011). The importance of a holistic approac during the perioperative period. *AORN Journal*, *93*(4), 482-490.

Enseñanza: procedimiento/tratamiento 5618

Definición: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.

Actividades:

- Informar al paciente/allegados acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento, según corresponda.
- Informar al paciente/allegados acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento.
- Informar al paciente/allegados sobre la persona que realizará el procedimiento/tratamiento.
- Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado, si es el caso.
- Determinar las experiencias anteriores del paciente y el nivel de conocimientos relacionados con el procedimiento/tratamiento.
- Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.
- Describir las actividades previas al procedimiento/tratamiento.
- Explicar el procedimiento/tratamiento.
- Obtener/ser testigo del consentimiento informado del paciente del procedimiento/tratamiento de acuerdo con la política del centro, según corresponda.
- Enseñar al paciente cómo cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento, según corresponda.
- Implicar al niño en el procedimiento (sujetar el vendaje) pero no dar elección sobre el procedimiento completo.
- Realizar una visita a la habitación del procedimiento/tratamiento y a la zona de espera, si resulta posible.
- Presentar al paciente al personal implicado en el procedimiento/tratamiento, según corresponda.
- Explicar la necesidad de ciertos equipos (dispositivos de monitorización) y sus funciones.
- Comentar la necesidad de medidas especiales durante el procedimiento/tratamiento, según corresponda.
- Informar acerca de lo que se oirá, olerá, verá, saboreará o sentirá durante el procedimiento/tratamiento.
- Describir las valoraciones/actividades posteriores al procedimiento/tratamiento y el fundamento de las mismas.
- Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
- Dar tiempo al paciente para que practique y se prepare para los acontecimientos que sucederán.
- Enseñar al paciente a utilizar técnicas de afrontamiento dirigidas a controlar aspectos específicos de la experiencia (relajación e imágenes guiadas), según corresponda.
- Proporcionar distracción al niño para que desvíe su atención del procedimiento.
- Informar sobre cuándo y dónde estarán disponibles los resultados y la persona que los explicará.
- Determinar las expectativas del procedimiento/tratamiento por parte del paciente.
- Corregir las expectativas poco realistas del procedimiento/tratamiento, según corresponda.
- Discutir tratamientos alternativos, según corresponda.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.
- Incluir a la familia/allegados, si resulta oportuno.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Monroe, D. (1989). Patient teaching for x-ray and other diagnostics. *RN* *52*(12), 36-40.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Teaching. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 445-468). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Rakel, B. A. (1992). Interventions related to patient teaching. *Nursing Clinics of North America*, *27*(2), 397-423.

Enseñanza: proceso de enfermedad 5602

Definición: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Actividades:

- Evaluar el nivel actual 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 afección.
- Reconocer el conocimiento del paciente sobre su afección.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda.
- Explorar con los pacientes lo que ya han hecho para controlar los síntomas.
- Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda.
- Identificar las etiologías posibles, según corresponda.
- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, según corresponda.
- Identificar cambios en el estado físico del paciente.
- Evitar las promesas tranquilizadoras vacías.
- Dar seguridad sobre el estado del paciente, según corresponda.
- Proporcionar información a la familia/allegados acerca de los progresos del paciente, según proceda.
- Proporcionar información acerca de las medidas de diagnóstico disponibles, según resulte adecuado.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Comentar las opciones de terapia/tratamiento.
- Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.
- Animar al paciente a explorar opciones/conseguir una segunda opinión, según corresponda o esté indicado.
- Describir las posibles complicaciones crónicas, según corresponda.
- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, según corresponda.
- Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar los síntomas, según corresponda.
- Explorar recursos/apoyos 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 que debe notificar al profesional sanitario, según corresponda.
- Proporcionar el número de teléfono al que llamar si surgen complicaciones.
- Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Teaching. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 445-468). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Rakel, B. A. (1992). Interventions related to patient teaching. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 397-423.

Enseñanza: relaciones sexuales seguras 5622

Definición: Proporcionar instrucciones acerca de medidas de protección durante las relaciones sexuales.

Actividades:

- Recopilar los antecedentes sexuales, incluyendo el número de parejas sexuales previas, la frecuencia de las relaciones sexuales, y los episodios pasados de infecciones/enfermedades de transmisión sexual (ITS/ETS), así como sus tratamientos.
- Instruir al paciente sobre la anatomía y fisiología de la reproducción humana.
- Instruir al paciente sobre las ETS y la concepción, cuando sea necesario.
- Instruir a los pacientes sobre los factores que aumentan el riesgo de ETS (p. ej., relaciones sexuales sin protección, aumento de la superficie mucosa genital, aumento del número de contactos sexuales, presencia de úlceras genitales, enfermedad avanzada y relaciones sexuales durante la menstruación).
- Comentar los conocimientos, la comprensión, la motivación y el nivel de compromiso del paciente respecto a los diversos métodos de protección sexual.
- Comentar los métodos de protección para las relaciones sexuales y el sexo oral (p. ej., sin medicación, de barrera, vacunación, dispositivo intrauterino hormonal, abstinencia y la esterilización), incluyendo la eficacia, los efectos secundarios, contraindicaciones y los signos y síntomas que justifiquen la notificación a un profesional sanitario.
- Comentar las consideraciones religiosas, culturales, del desarrollo, socioeconómicas e individuales referentes a la elección de la protección sexual.
- Proporcionar información precisa sobre las implicaciones de tener múltiples parejas sexuales.
- Instruir al paciente sobre las prácticas sexuales de bajo riesgo, como las que evitan la penetración corporal o el intercambio de fluidos corporales.
- Instruir al paciente sobre la importancia de una buena higiene, uso de un lubricante hidrosoluble y micción después de la relación, para disminuir la susceptibilidad a infecciones.
- Instruir al paciente sobre el uso correcto del preservativo (p. ej., cómo elegir, mantenerlo intacto, aplicar y quitar).
- Proporcionar al paciente productos de protección sexual (p. ej., preservativos y protectores dentales).
- Animar a los pacientes a realizarse exploraciones de rutina y a notificar los signos y síntomas de ETS a un profesional sanitario.
- Animar a los pacientes a comentar los antecedentes sexuales y las relaciones sexuales seguras con la pareja.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Comentar con el paciente la importancia de indicar a la pareja sexual cuando se le diagnostica una ETS.
- Considerar los factores poblacionales que afectan a la educación sobre relaciones sexuales seguras (p. ej., intervenciones adaptadas culturalmente, proveedores del mismo grupo étnico).
- Utilizar las redes sociales (p. ej., internet, teléfono) para llegar a las poblaciones marginadas o geográficamente aisladas.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

E

Bibliografía:

Paranjape, A., Bernstein, L., St. George, D. M., Doyle, J., Henderson, S., & Corbie-Smith, G. (2006). Effect of relationship factors on safer sex decisions in older inner-city women. *Journal of Women's Health, 15*(1), 90-97.

Vergidis, P. I., & Falagas, M. E. (2009). Meta-analyses on behavioral interventions to reduce the risk of transmission of HIV. *Infectious Disease Clinics of North America, 23*(2), 309-314.

Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2009). *Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, & families*. Philadelphia: F.A. Davis.

Wilson, T. E., Hogben, M., Malka, E. S., Liddon, N., McCormack, W. M., Rubin, S. R., & Augenbraun, M. A. (2009). A randomized controlled trial for reducing risks for sexually transmitted infections through enhanced patient-based partner notification. *American Journal of Public Health, 99*(Suppl. 1), S104-S110.

Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses) 5645

Definición: Enseñanza de la seguridad durante los tres primeros meses de vida.

Actividades:

- Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a instalar y utilizar la silla para el coche de acuerdo con las instrucciones del fabricante.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a colocar al bebé sobre la espalda para dormir y a mantener fuera de la cuna las colchas holgadas, las almohadas y los juguetes.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a utilizar solo cunas seguras.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar el uso de joyas o cordones/cadenas en el lactante.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a utilizar y mantener correctamente todo el equipo (p. ej., hamacas, cochecitos, parques, cunas portátiles).
- Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar coger al lactante mientras fuman o toman bebidas calientes.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a sujetar al lactante mientras se le alimenta, evitando apoyar el biberón y comprobando la temperatura de la leche de fórmula.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a comprobar la experiencia/entrenamiento de los cuidadores del bebé.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a prevenir caídas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a comprobar la temperatura del agua del baño.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a mantener los animales de compañía a una distancia prudencial del bebé.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a no agitar, sacudir o balancear al bebé en el aire.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

American Academy of Pediatrics. (1994). *Birth to 6 months: Safety for your child* [brochure]. Elk Grove Village, IL: Author.

California Center for Childhood Injury Prevention. (1997). *Safe home assessment program*. San Diego, CA: Author.

California Department of Health Services Childhood Lead Poisoning Prevention Branch. (1994). *Lead: Simple things that you can do to prevent childhood lead poisoning* [brochure]. Sacramento, CA: Author.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Enseñanza: seguridad del lactante (4-6 meses) 5646

Definición: Enseñanza de la seguridad de los cuatro a los seis meses de vida.

Actividades:

- Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar el uso de andadores o de saltadores debido al peligro de lesiones y de los efectos perjudiciales sobre el desarrollo muscular.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a no dejar al bebé nunca desatendido en el baño, el carro del supermercado, en una silla alta, sobre el sofá, etc.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a evaluar los juguetes que cuelguen de la cuna.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a utilizar una silla alta segura cuando el bebé pueda sentarse.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a alimentarlo únicamente con alimentos blandos o hechos puré.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a quitar todos los objetos pequeños del alcance del bebé.

5.ª edición 2008

Bibliografía:
American Academy of Pediatrics. (1994a). *6 to 12 months: Safety for your child* [brochure]. Elk Grove Village, IL: Author.
American Academy of Pediatrics. (1994b). *Birth to 6 months: Safety for your child* [brochure]. Elk Grove Village, IL: Author.
California Center for Childhood Injury Prevention. (1997). *Safe home assessment program*. San Diego, CA: Author.
California Department of Health Services Childhood Lead Poisoning Prevention Branch. (1994). *Lead: Simple things that you can do to prevent childhood lead poisoning* [brochure]. Sacramento, CA: Author.
Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

E

Enseñanza: seguridad del lactante (7-9 meses) 5647

Definición: Enseñanza de la seguridad de los siete a los nueve meses de vida.

Actividades:
- Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar fuentes de intoxicación por plomo.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a mantener los elementos peligrosos fuera del alcance del bebé.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a colocar barreras en las zonas peligrosas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a supervisar la actividad del bebé continuamente.

5.ª edición 2008

Bibliografía:
American Academy of Pediatrics. (1994). *6 to 12 months: Safety for your child* [brochure]. Elk Grove Village, IL: Author.
California Center for Childhood Injury Prevention. (1997). *Safe home assessment program*. San Diego, CA: Author.
California Department of Health Services Childhood Lead Poisoning Prevention Branch. (1994). *Lead: Simple things that you can do to prevent childhood lead poisoning* [brochure]. Sacramento, CA: Author.
Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Enseñanza: seguridad del lactante (10-12 meses) 5648

Definición: Enseñanza de la seguridad de los diez a los doce meses de vida.

Actividades:
- Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a proteger los muebles de cristal, los bordes afilados, los muebles inestables y los aparatos eléctricos.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a almacenar todos los productos de limpieza, los medicamentos y los productos de aseo personal fuera del alcance del lactante.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a utilizar pestillos a prueba de niños en los armarios.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar el acceso del lactante a ventanas de pisos superiores, balcones y escaleras.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a mantener alejado al lactante de estanques, piscinas, váter y recipientes con líquido para evitar que se ahogue.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a elegir los juguetes de acuerdo con las recomendaciones del fabricante respecto a la edad.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a asegurar las zonas de la piscina/bañeras calientes con múltiples barreras.

5.ª edición 2008

Bibliografía:
American Academy of Pediatrics. (1994a). *1 to 2 years: Safety for your child* [brochure]. Elk Grove Village, IL: Author.
American Academy of Pediatrics. (1994b). *6 to 12 months: Safety for your child* [brochure]. Elk Grove Village, IL: Author.
California Center for Childhood Injury Prevention. (1997). *Safe home assessment program*. San Diego, CA: Author.
California Department of Health Services Childhood Lead Poisoning Prevention Branch. (1994). *Lead: Simple things that you can do to prevent childhood lead poisoning* [brochure]. Sacramento, CA: Author.
Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Enseñanza: seguridad del niño (13-18 meses) 5665

Definición: Enseñanza de la seguridad de los trece a los dieciocho meses de vida.

Actividades:

- Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a supervisar al niño cuando esté al aire libre.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a enseñar al niño los peligros de lanzar objetos y dar golpes.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar el acceso a enchufes, cables y equipo/instalaciones/instrumentos eléctricos.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a guardar las armas y objetos similares cerrados bajo llave.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a educar al niño sobre formas seguras de interactuar con los animales de compañía.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a asegurar puertas/verjas para evitar el acceso del niño a zonas peligrosas (p. ej., calle, calzada, piscina).
- Enseñar a los progenitores/cuidador a desechar y/o eliminar las puertas de neveras, congeladores y otros recipientes herméticos no utilizados.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a utilizar los quemadores traseros de la cocina, instalar protecciones en los tiradores y/o limitar el acceso del niño a la cocina.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a poner la temperatura del calentador del agua de casa entre 49 y 55 °C.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

American Academy of Pediatrics. (1994a). *1 to 2 years: Safety for your child* [brochure]. Elk Grove Village, IL: Author.

American Academy of Pediatrics. (1994b). *2 to 4 years: Safety for your child* [brochure]. Elk Grove Village, IL: Author.

California Center for Childhood Injury Prevention. (1997). *Safe home assessment program*. San Diego, CA: Author.

California Department of Health Services Childhood Lead Poisoning Prevention Branch. (1994). *Lead: Simple things that you can do to prevent childhood lead poisoning* [brochure]. Sacramento, CA: Author.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Enseñanza: seguridad del niño (19-24 meses) 5666

Definición: Enseñanza de la seguridad de los diecinueve a los veinticuatro meses de vida.

Actividades:

- Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a instalar un asiento del coche adecuado y utilizarlo de acuerdo con las instrucciones del fabricante.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a guardar los objetos afilados, aparatos eléctricos y elementos de la cocina fuera del alcance del niño.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a enseñar al niño los peligros de la calle.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a mantener todos los productos de limpieza, medicamentos y productos de aseo personal fuera del alcance del niño.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a asegurar las zonas de la piscina/bañeras calientes con múltiples barreras.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

American Academy of Pediatrics. (1994a). *1 to 2 years: Safety for your child* [brochure]. Elk Grove Village, IL: Author.

American Academy of Pediatrics. (1994b). *2 to 4 years: Safety for your child* [brochure]. Elk Grove Village, IL: Author.

California Center for Childhood Injury Prevention. (1997). *Safe home assessment program*. San Diego, CA: Author.

California Department of Health Services Childhood Lead Poisoning Prevention Branch. (1994). *Lead: Simple things that you can do to prevent childhood lead poisoning* [brochure]. Sacramento, CA: Author.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Enseñanza: seguridad del niño (25-36 meses) 5667

Definición: Enseñanza de la seguridad de los veinticinco a los treinta y seis meses de vida.

Actividades:

- Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a enseñar al niño los peligros de las armas.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a elegir los juguetes de acuerdo con las instrucciones del fabricante respecto a la edad.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a supervisar y enseñar sobre el uso seguro de grandes juguetes de saltar y montar.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a mantener las cerillas/encendedores fuera del alcance del niño y enseñarle los peligros del fuego y pastillas para encender fuego.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a vigilar siempre al niño en piscinas, estanques y bañeras de hidromasaje.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a enseñar al niño los peligros de los desconocidos y distinguir entre el contacto bueno y el malo.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a proporcionar un casco homologado para ir en bicicleta y enseñarle que debe llevarlo siempre.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a prevenir el acceso del niño a ventanas de pisos superiores, balcones y escaleras.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a vigilar estrechamente al niño en lugares públicos.
- Enseñar a los progenitores/cuidador a enseñar al niño cómo obtener ayuda de adultos cuando esté asustado o en peligro.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

American Academy of Pediatrics. (1994). *2 to 4 years: Safety for your child* [brochure]. Elk Grove Village, IL: Author.

California Center for Childhood Injury Prevention. (1997). *Safe home assessment program*. San Diego, CA: Author.

California Department of Health Services Childhood Lead Poisoning Prevention Branch. (1994). *Lead: Simple things that you can do to prevent childhood lead poisoning* [brochure]. Sacramento, CA: Author.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Enseñanza: sexualidad 5624

Definición: Ayudar a las personas a comprender las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y desarrollo sexuales.

Actividades:

- Crear una atmósfera de aceptación y sin prejuicios.
- Explicar la anatomía y fisiología humanas del cuerpo masculino y femenino.
- Explicar la anatomía y fisiología de la reproducción humana.
- Comentar los signos de fertilidad (relacionados con la ovulación y el ciclo menstrual).
- Explicar el desarrollo emocional durante la infancia y la adolescencia.
- Facilitar la comunicación entre el niño o adolescente y el progenitor.
- Apoyar el papel de los progenitores como principales educadores sexuales de sus hijos.
- Educar a los progenitores sobre el crecimiento y desarrollo sexuales a lo largo de la vida.
- Proporcionar a los progenitores bibliografía sobre educación sexual.
- Comentar cuáles son los valores, la forma de obtenerlos y los efectos que tienen en nuestras opciones en la vida.
- Facilitar la concienciación del niño y del adolescente sobre la influencia de la familia, sus compañeros, la sociedad y los medios de comunicación en los valores.
- Utilizar las preguntas adecuadas para ayudar al niño y al adolescente a reflejar lo que es importante a nivel personal.
- Discutir las presiones sociales y de los compañeros en la actividad sexual.
- Explorar el significado de los papeles sexuales.
- Discutir la conducta sexual y las formas adecuadas de expresar los propios sentimientos y necesidades.
- Informar al niño y al adolescente de los beneficios de posponer la actividad sexual.
- Educar a los niños y adolescentes en las consecuencias negativas del embarazo precoz (pobreza y pérdida de la educación y de oportunidades profesionales).
- Educar sobre las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.
- Fomentar la responsabilidad de la conducta sexual.
- Comentar los beneficios de la abstinencia.
- Informar acerca de medios anticonceptivos eficaces, según corresponda.
- Explicar la accesibilidad a los anticonceptivos y la forma de obtenerlos.
- Ayudar a elegir un anticonceptivo adecuado, según corresponda.
- Facilitar el juego de roles en los que se puedan practicar la toma de decisiones y las habilidades de comunicación para resistir las presiones sociales y de sus compañeros sobre la actividad sexual.
- Potenciar la autoestima mediante la modelación de la conducta con compañeros y el juego de roles.
- Discutir cómo los cambios en el envejecimiento (p. ej., medicamentos, condiciones médicas, enfermedades crónicas) pueden afectar los deseos y las acciones sexuales, según corresponda.
- Identificar recursos útiles en internet proporcionados por organizaciones responsables.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

E

Bibliografía:
Center for Parent Information and Resources. (2016). *Sexuality education for students with disabilities*. Obtenido de http://www.parentcenterhub.org/respository/sexed/.
Kazer, M. W. (2012). Issues regarding sexuality. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer, & D. Zwicker (Eds.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (4th ed., pp. 500-515). New York, NY: Springer.
McLaughlin, L., & Broer, E. (2014). Effectiveness of sexual health promotion in adolescents. *RN Journal*. Obtenido de http://rn-journal.com/journal-of-nursing/effectiveness-of-sexual-health-promotion-in-adolescents.
Steinke, E., Jaarsma, T., Barnason, S., Byrne, M., Doherty, S., Dougherty, C., & Moser, D. (2013). Sexual counseling for individuals with cardiovascular disease and their partners. *European Heart Journal, 34*(41), 3217-3235.

E

Entrenamiento autógeno 5840

Definición: Ayuda con la autosugestión sobre sensación de pesadez y calor con el objeto de inducir la relajación.

Actividades:
- Elegir un lugar tranquilo y cómodo.
- Preparar un ambiente tranquilo.
- Tomar precauciones para que no haya interrupciones.
- Instruir al paciente sobre el propósito de la intervención.
- Sentar al paciente en una silla reclinable o en un sitio en el que se pueda colocar en decúbito.
- Disponer que el paciente lleve ropas cómodas y holgadas.
- Leer un guión preparado al paciente, haciendo pausas lo suficientemente largas como para que tenga tiempo de repetir las frases en su interior.
- En el guión se deberán utilizar frases que induzcan sentimientos de pesadez, ligereza o flotación de determinadas partes del cuerpo.
- Instruir al paciente para que repita las frases para sí mismo y para provocar los sentimientos dentro de las partes corporales a las que se dirigen.
- Ensayar con el guión unos 15-20 minutos.
- Animar al paciente para que permanezca relajado otros 15-20 minutos.
- Proceder a inducir sensaciones de calidez después de que se dominen las sensaciones de pesadez.
- Seguir el procedimiento de inducción de pesadez mediante un guión preparado o una cinta de audio para provocar calidez.
- Proporcionar instrucciones mediante un guión o cinta de audio para que el paciente las ponga en práctica en casa.
- Animar al paciente a realizar la sesión tres veces al día.
- Instruir al paciente a llevar un diario para documentar el progreso obtenido con cada sesión.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:
Crowther, D. (2001). Autogenic therapy. In D. Rankin-Box (Ed.), *The nurse's handbook of complementary therapies* (2nd ed., pp. 139-144). London: Bailliere Tindall.
Kanji, N., & Ernst, E. (2000). Autogenic training for stress and anxiety: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine, 8*(2), 106-110.
Linden, W. (1990). *Autogenic training: A clinical guide*. New York, NY: Guilford.
Linden, W. (1994). Autogenic training: A narrative and quantitative review of clinical outcome. *Biofeedback and Self-Regulation, 19*(3), 227-264.

Entrenamiento de la asertividad 4340

Definición: Ayuda para la expresión efectiva de sentimientos, necesidades e ideas a la vez que se respetan los derechos de los demás.

Actividades:
- Identificar las barreras a la asertividad (p. ej., estado de desarrollo, enfermedad médica o psiquiátrica crónica, falta de conocimientos y socialización de la mujer).
- Ayudar al paciente a que reconozca y reduzca las distorsiones cognitivas que bloquean la asertividad.
- Diferenciar entre conductas asertivas, agresivas, pasivas 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 (p. ej., realizando solicitudes, respondiendo que no a solicitudes no razonables, e iniciando y finalizando una conversación).
- Facilitar las oportunidades de practicar mediante la discusión, modelación y juego de roles.
- Ayudar en la práctica de habilidades de conversación y sociales (p. ej., utilización de frases con «Yo», comportamientos no orales, apertura y aceptación de cumplidos).
- Ayudar a identificar la comunicación no verbal (p. ej., sonrisa, contacto visual, tono y volumen de la voz) que ayudará u obstaculizará la asertividad.
- Ayudar a desarrollar habilidades de comunicación que permitirán al paciente articular con precisión la información.
- Valorar los esfuerzos en la expresión de sentimientos e ideas.

- Monitorizar los niveles de ansiedad e incomodidad relacionados con el cambio de conducta.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Chitty, K. K. (2004). Mood disorders. In C. R. Kneisl, H. S. Wilson, & E. Trigoboff (Eds.), *Contemporary psychiatric-mental health nursing* (pp. 334-365). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

McCabe, C., & Timmins, F. (2003). Teaching assertiveness to undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice, 3*(1), 30-42.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2010). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (7th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole pp. 252–254.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott, Williams, & Wilkins p. 955.

Stuart, G. W. (Ed.). (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing* (10th ed., pp. 580-581). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Vanel, S., & Morris, B. (2010). Staff's perceptions of voluntary assertiveness skills training. *Journal for Nurses in Staff Development, 26*(6), 256-259.

Wheeler, K. (2008). *Psychotherapy for the advanced practice psychiatric nurse.* St. Louis, MO: Mosby: Elsevier p. 185.

E

Entrenamiento de la memoria 4760

Definición: Mejorar la memoria.

Actividades:

- Comentar con el paciente y la familia cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado.
- Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente, si procede.
- Recordar experiencias pasadas con el paciente, según corresponda.
- Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información.
- Ayudar en las tareas asociadas con el aprendizaje, como la práctica de aprendizaje y el recuerdo de la información verbal o gráfica presentada, si procede.
- Proporcionar entrenamiento de orientación, como que el paciente repase información y fechas personales, según corresponda.
- Proporcionar oportunidades para la concentración, como el juego de emparejar cartas.
- Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes.
- Guiar el nuevo aprendizaje, como localizar accidentes geográficos en un mapa, según corresponda.
- Facilitar el uso de la memoria de reconocimiento de imágenes, si procede.
- Estructurar los métodos de enseñanza de acuerdo con la organización de la información por parte del paciente.
- Remitir a terapia ocupacional, si es apropiado.
- Animar al paciente a que participe en grupos de programas de entrenamiento de la memoria, según corresponda.
- Vigilar la conducta del paciente durante la terapia.
- Identificar y corregir con el paciente errores de orientación.
- Controlar cambios de la memoria con el entrenamiento.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Cognitive process. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 1219-1252). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Drofman, D. R., & Ager, C. L. (1989). Memory and memory training: Some treatment implications for use with the well elderly. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics, 7*(3), 21-41.

Godfrey, H. P., & Knight, R. G. (1988). Memory training and behavioral rehabilitation of a severely head-injured adult. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation, 69*(6), 458-460.

Schmidt, I. W., Dijkstra, H. T., Berg, I. J., & Deelman, B. G. (1999). Memory training for remembering names in older adults. *Clinical Gerontologist, 20*(2), 57-73.

Schmidt, I. W., Berg, I. J., & Deelman, B. G. (2000). Memory training for remembering texts in older adults. *Clinical Gerontologist, 21*(4), 67-90.

Entrenamiento de la vejiga urinaria 0570

Definición: Mejora de la función de la vejiga en aquellas personas afectadas de incontinencia de urgencia aumentando la capacidad de la vejiga para mantener la orina y la capacidad del paciente para suprimir la micción.

Actividades:

- Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de la eliminación urinaria.
- Animar al paciente a miccionar a diario.
- Mantener un registro específico de continencia durante 3 días para establecer el patrón de eliminación urinaria.
- Ayudar al paciente a identificar los patrones de incontinencia.
- Revisar la micción a diario con el paciente.
- Establecer los intervalos de la pauta inicial para ir al baño, en función del patrón de eliminación urinaria.
- Establecer una hora de inicio y finalización de la pauta para ir al baño, si no es de 24 horas.
- Establecer un intervalo de tiempo para ir al baño no inferior a 1 hora y preferiblemente no inferior a 2 horas.
- Llevar al paciente al baño o recordarle que orine en los intervalos prescritos.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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 al paciente a miccionar.
- Evitar dejar al paciente en el aseo durante más de 5 minutos.
- Reducir el intervalo de ir al baño en media hora si se producen más de tres episodios de incontinencia en 24 horas.
- Mantener el intervalo de ir al baño si se producen tres o menos episodios de incontinencia en 24 horas.
- Aumentar el intervalo de ir al baño en media hora si el paciente no puede orinar en dos o más veces programadas para ir al baño.
- Aumentar el intervalo de ir al baño en 1 hora si el paciente no tiene ningún episodio de incontinencia durante 3 días hasta que se consiga el intervalo óptimo de 4 horas.
- Expresar la confianza en la posibilidad de mejorar la continencia.
- Enseñar al paciente a controlar conscientemente la orina hasta la hora programada de ir al baño.
- Estudiar el registro diario de continencia con el paciente para darle seguridad.

2.ª edición 1996; revisada en 2004

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 1063-1100). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Smith, D. A., & Newman, D. K. (1990). Urinary incontinence: A problem not often assessed or treated. *Focus on Geriatric Care and Rehabilitation, 3*(10), 1-8.

Specht, J. P., & Maas, M. L. (2001). Urinary incontinence: Functional, iatrogenic, overflow, reflex, stress, total, and urge. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions* (pp. 252-278). St. Louis, MO: Mosby.

Entrenamiento del hábito urinario 0600

Definición: Establecer un horario individualizado para ir al baño con el fin de evitar el vaciamiento involuntario de la vejiga en personas con capacidad cognitiva o física limitada.

Actividades:

- 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.
- Establecer un intervalo de tiempo para ir al baño preferiblemente no inferior a 2 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 pasamanos, 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.
- Reducir el intervalo de ir al baño en media hora si se producen más de dos episodios de incontinencia en 24 horas.
- Mantener el intervalo de ir al baño si se producen dos o menos episodios de incontinencia en 24 horas.
- Aumentar el intervalo de ir al baño en media hora si el paciente no tiene episodios de incontinencia en 48 horas, hasta que se consiga el intervalo óptimo de 4 horas.
- Comentar el registro diario de continencia con los cuidadores para dar seguridad y fomentar el cumplimiento con el programa de ir al baño.
- Mantener el programa de ir al baño para ayudar a establecer y mantener el hábito miccional.
- Realizar una retroalimentación positiva o refuerzo positivo (5 minutos de conversación social) al paciente cuando miccione en los momentos programados y no realizar ningún comentario cuando el paciente presente incontinencia.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Lewis, S., Dirkson, S., Heitkemper, M., Bucher, L., & Camera, I. (2011). *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby pp. 1150-1151.

Ostaszkiewicz, J., Chestney, T., & Roe, B. (2004, updated 2009). Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004*.(2).

Entrenamiento en salud 5305

Definición: Ayudar a los individuos a tomar decisiones y cambios de comportamiento que promuevan su salud y bienestar general.

Actividades:

- Crear una relación que promueva la confianza y la intimidad.
- 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 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.
- 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.
- Proporcionar apoyo para nuevas ideas, comportamientos y acciones que involucren asumir riesgos o el miedo al fracaso.
- Ayudar al individuo a realizar acciones que lo lleven al logro de las metas deseadas y prevenir recaídas.
- 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.

7.ª edición 2018

Bibliografía:

Hayes, E., & Kalmakis, K. (2007). From the sidelines: Coaching as a nurse practitioner strategy for improving health outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioner, 19*(11), 555-562.

Heinen, M., Bartholomew, L., Wensing, M., van de Kerkhof, P., & van Achterberg, T. (2006). Supporting adherence and healthy lifestyles in leg ulcer patients: Systematic development of the Lively Legs program for dermatology outpatient clinics. *Patient Education and Counseling, 61*(2), 279-291.

Hess, D., Dossey, B., Southard, M., Luck, S., Schalb, B., & Bark, L. (2013). *The art and science of nurse coaching: the provider's guide to coaching scope and competencies*. Silver Spring, MD: American Nurses Association.

Kreitzer, M. J., & Sierpina, V. (2008). Health coaching: Innovative education and clinical programs emerging. *Explore: The Journal of Science and Healing, 4*(2), 154-155.

Entrenamiento intestinal 0440

Definición: Ayudar al paciente a entrenar el intestino para evacuar a intervalos determinados.

Actividades:

- Planificar un programa intestinal personalizado con el paciente y demás personas relacionadas.
- Consultar al médico y al paciente respecto al uso de supositorios.
- Enseñar al paciente/familia los principios de la educación intestinal.
- Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra.
- Proporcionar alimentos ricos en fibra y/o que hayan sido identificados por el paciente como medio de ayuda.
- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
- Asegurarse de que se realiza el ejercicio adecuado.
- Programar un momento sistemático y sin interrupciones para la defecación.
- Asegurar la intimidad.
- Administrar supositorios, según se precise.
- Usar un supositorio de bisacodilo basado en polietilenglicol, si lo tolera el paciente.
- Utilizar un enema de pequeño volumen, según sea necesario.
- Enseñar al paciente la dilatación rectal digital, según se precise
- Realizar dilatación rectal digital, si es preciso.
- Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares.
- Modificar el programa intestinal, si es necesario.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Frisbie, J. H. (1997). Improved bowel care with a polyethylene glycol based bisacadyl suppository. *Journal of Spinal Cord Medicine, 20*(2), 227-229.

Lewis, S., Heitkemper, M., Dirksen, S., O'Brien, P., & Bucher, L. (2007). *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (7th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Maas, M., & Specht, J. (2001). Bowel incontinence. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions* (pp. 238-251). St. Louis, MO: Mosby.

McLane, A. M., & McShane, R. E. (1992). Bowel management. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (2nd ed., pp. 73-85). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004) *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (Vol. 1). (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004) *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (Vol. 2). (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

E

Entrenamiento para controlar los impulsos 4370

Definición: Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.

Actividades:

- 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.
- Elaborar un plan de acción para la resolución de problemas en el contexto de situaciones que sean significativas para el paciente.
- Ayudar al paciente a identificar los cursos de acción posible y sus costes y beneficios.
- Ayudar al paciente a elegir el curso de acción más beneficioso.
- Proporcionar un refuerzo positivo (alabanzas, recompensas) de los resultados satisfactorios.
- 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.
- Disponer oportunidades para que el paciente practique la solución de problemas (p. ej., juego de rol) 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.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Fujita, K. (2011). On conceptualizing self-control as more than the effortful inhibition of impulses. *Personality and Social Psychology Review, 15*(4), 352-366.

Hofmann, W., Friese, M., & Strack, F. (2009). Impulse and self-control from a dual-systems perspective. *Perspectives on Psychological Science, 4*(20), 162-176.

Limandri, B. J., & Boyd, M. A. (2005). Personality and impulse control disorders. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed., pp. 420-469). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Oberle, E., Schonert-Reichl, K., Lawlor, M., & Thomson, K. (2012). Mindfulness and inhibitory control in early adolescence. *The Journal of Early Adolescence, 32*(4), 565-588.

Escucha activa 4920

Definición: Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.

Actividades:

- 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 inexpresados 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.
- Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
- Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
- 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 animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2004

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2000). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins pp. 336–338.

Deering, C. (2006). Therapeutic relationships and communication. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric-mental health nursing* (6th ed., pp. 55-78). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Helms, J. (1985). Active listening. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Treatments for nursing diagnosis* (pp. 328-337). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Johnson, B. S. (1993). *Psychiatric–mental health nursing: Adaptation and growth* (3rd ed.). Philadelphia, PA: J.B. Lippincott pp. 65–68.

Mary Hitchcock Memorial Hospital Audio Visual Campus. (1994). *Active listening* [video]. San Diego: Levitz Sommer Productions.

Establecer límites 4380

Definición: Establecer los parámetros de una conducta deseable y aceptable del paciente.

Actividades:

- Utilizar un método constante, práctico, sin prejuicios.
- Indicar, limitar o identificar (con la participación del paciente, según corresponda) la conducta indeseable del paciente.
- Comunicar el límite en términos positivos (p. ej., «no se quite la ropa», en vez de «la conducta es inadecuada»).
- Comentar las preocupaciones con el paciente acerca de su conducta.
- Establecer las consecuencias (con la participación del paciente, cuando corresponda) de aparición/ausencia de conductas deseadas.
- Comentar con el paciente, cuál es la conducta deseable en cada situación, cuando proceda.
- Establecer expectativas razonables de la conducta del paciente, en función de la situación y del paciente.
- Evitar discutir o negociar las consecuencias y expectativas conductuales establecidas con el paciente.
- Comunicar las expectativas y consecuencias conductuales establecidas para el paciente en un lenguaje que sea fácilmente comprensible y no punitivo.
- Comunicar las consecuencias establecidas y las expectativas conductuales con el equipo de tratamiento para lograr una coherencia y continuidad de los cuidados.
- Ayudar al paciente a mostrar conductas deseadas, cuando sea necesario y adecuado.
- Observar si se producen o no las conductas deseadas del paciente.
- Poner en marcha las consecuencias establecidas para la aparición/ausencia de las conductas deseadas.
- Modificar las consecuencias y expectativas conductuales, si es necesario, para adaptar los cambios razonables en la situación del paciente.
- Disminuir el establecimiento de límites, a medida que el paciente se aproxima a las conductas deseadas.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Deering, C. (2006). Therapeutic relationships and communication. In W. Mohr (Ed.), *Psychiatric mental health nursing* (6th ed., pp. 55-78). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Lowe, T., Wellman, N., & Taylor, R. (2003). Limit-setting and decision-making in the management of aggression. *Journal of Advanced Nursing, 41*(2), 154-161.

Rickelman, B. L. (2006). The client who displays angry, aggressive, or violent behavior. In W. Mohr (Ed.), *Psychiatric mental health nursing* (6th ed., pp. 659-686). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Videbeck, S. L. (2006). *Psychiatric mental health nursing* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Establecimiento de objetivos comunes 4410

Definición: Colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar estos objetivos.

Actividades:

- 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.
- Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas y asequibles.
- Construir y utilizar una escala de consecución de objetivos, según proceda.
- Identificar con el paciente los objetivos de los cuidados.
- Establecer los objetivos en términos positivos.
- Ayudar al paciente a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables.
- Reconocer el valor y el sistema de creencias del paciente al establecer los objetivos.
- Animar al paciente a establecer los objetivos de manera clara, evitando el uso de alternativas.
- Evitar imponer valores personales al paciente al determinar los objetivos.
- Explicar al paciente que solo se deben modificar los comportamientos de uno en uno.
- Ayudar al paciente a priorizar (sopesar) los objetivos identificados.
- Aclarar, junto con el paciente, los papeles del cuidador y del paciente, respectivamente.
- Explorar con el paciente distintas formas para conseguir los mejores objetivos.
- Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos.
- Ayudar al paciente a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos.
- Ayudar al paciente a fijar límites temporales realistas.
- Ayudar al paciente a priorizar las actividades utilizadas en la consecución de los objetivos.
- Valorar el nivel de funcionamiento actual del paciente con respecto a cada objetivo.
- Facilitar al paciente la identificación de resultados esperados individualizados para cada objetivo.
- Ayudar al paciente a identificar un indicador de medida específico (comportamiento o suceso social) para cada objetivo.
- Preparar los resultados conductuales para ser utilizados en la escala de consecución de objetivos.
- Ayudar al paciente a centrarse en los resultados esperados más que en los deseados.
- Fomentar la aceptación del logro de objetivos parciales.
- Desarrollar una escala de niveles inferiores y superiores relacionados con los resultados esperados de cada objetivo.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Identificar los niveles de la escala definidos por sucesos conductuales o sociales para cada objetivo.
- Ayudar al paciente a determinar el momento en que se medirá cada indicador.
- Explorar con el paciente los métodos para medir el progreso hacia los objetivos.
- Coordinar con el paciente fechas de revisión periódicas para valorar el progreso hacia los objetivos.
- Revisar la escala (tal como se ha desarrollado con el paciente) durante las fechas de revisión para valorar el progreso.
- Calcular la puntuación de la consecución de los objetivos.
- Reevaluar los objetivos y el plan, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Boyd, M. A. (2005). Psychiatric-mental health nursing interventions. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed., pp. 218-232). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Hefferin, E. A. (1979). Health goal setting: Patient-nurse collaboration at Veterans Administration facilities. *Military Medicine, 144*(12), 814-822.

Horsley, J. A., Crane, J., Haller, K. B., & Reynolds, M. A. (1982). Mutual goal setting in patient care. CURN Project. New York: Grune & Stratton.

Simons, M. R. (1992). Interventions related to compliance. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 477-494.

Stanley, B. (1984). Evaluation of treatment goals: The use of goal attainment scaling. *Journal of Advanced Nursing, 9*(4), 351-356.

Webster, J. (2002). Client-centered goal planning. *Nursing Times, 98*(6), 36-37.

Estimulación cognitiva 4720

Definición: Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados.

Actividades:

- 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 activa en actividades culturales y artísticas.
- Fomentar el uso de un programa de multiestimulación (p. ej., cantar y escuchar música, actividades creativas, ejercicio, conversación, interacciones sociales o resolución de problemas) para estimular y proteger la capacidad cognitiva.
- Solicitar opiniones y puntos de vista en lugar de respuestas objetivas.
- Proporcionar una estimulación sensorial planificada.
- Utilizar la televisión, radio o música como parte del programa de estímulos planificados.
- Proporcionar períodos de descanso.
- Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente.
- Utilizar la repetición en la presentación de materiales nuevos.
- Variar los métodos de presentación de materiales.
- Utilizar ayudas de memoria: listas, programas y notas recordatorias.
- Reforzar o repetir la información.
- Presentar la información en dosis pequeñas, concretas.
- Solicitar al paciente que repita la información.
- Utilizar el contacto de manera terapéutica, según corresponda.
- Proporcionar instrucciones orales y escritas.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Albers, E. M., Riksen-Walraven, J. M., & Weerth, C. D. (2010). Developmental stimulation in child care centers contributes to young infants' cognitive development. *Infant Behavior and Development, 33*(4), 401-408.

Karatay, G., & Akkus, Y. (2011). The effectiveness of a stimulation program on cognitive capacity among individuals older than 60. *Western Journal of Nursing Research, 33*(1), 26-44.

Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., & Lyketsos, C. G. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry, 162*(11), 1996-2021.

Marquié, J. C., Duarte, L. R., Bessières, P., Dalm, C., Gentil, C., & Ruidavets, J. B. (2010). Higher mental stimulation at work is associated with improved cognitive functioning in both young and older workers. *Ergonomics, 53*(11), 1287-1301.

Niu, Y., Tan, J., Guan, J., Zhang, Z., & Wang, L. (2010). Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms of Alzheimer's disease: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation, 24*(12), 1102-1111.

Pearson, G. (2006). Psychopharmacology. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric-mental health nursing* (6th ed., pp. 243-285). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Spector, A., Orrell, M., & Woods, B. (2010). Cognitive stimulation therapy (CST): Effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 25*(12), 1253-1258.

Estimulación cutánea 1340

Definición: Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con el objeto de disminuir signos y síntomas indeseables, como dolor, espasmo muscular, inflamación o náuseas.

Actividades:

- Comentar los diversos métodos de estimulación de la piel, sus efectos sobre la sensibilidad y las expectativas del paciente durante la actividad.
- Seleccionar una estrategia de estimulación cutánea específica en función de la disponibilidad individual para participar, capacidad de participar, preferencias, apoyo de allegados y contraindicaciones.
- Seleccionar el tipo de estimulación cutánea más adecuada para el paciente y la afección (p. ej., masaje, frío, hielo, calor, mentol, vibración o estimulación nerviosa eléctrica transcutánea).
- Instruir sobre las indicaciones, frecuencia y procedimiento de la aplicación.
- Seleccionar el sitio de estimulación, considerando sitios alternativos cuando la aplicación directa no sea posible (p. ej., sitios adyacentes, distales, entre las zonas afectadas y el cerebro).
- Considerar los puntos de acupresión como sitios de estimulación, según corresponda.
- Establecer la duración y frecuencia de la estimulación en función del método elegido.
- Verificar que el dispositivo de estimulación eléctrica esté en buen estado de funcionamiento, según corresponda.
- Aplicar la estimulación directamente o alrededor del sitio afectado, según corresponda.
- Fomentar el uso de un método de estimulación intermitente, según corresponda.
- Dejar que la familia participe todo lo que sea posible.
- Seleccionar un método o sitio de estimulación alternativo, si no se consigue la modificación de la sensibilidad.
- Cancelar la estimulación si se produce un aumento del dolor o irritación de la piel.
- Valorar y registrar la respuesta a la estimulación.

1.ª edición 1992, revisada en 2013

Bibliografía:

Konno, R. (2010). Cochrane review summary for cancer nursing: Acupuncture-point stimulation for chemotherapy-induced nausea or vomiting. *Cancer Nursing, 33*(6), 479-480.

Kubsch, S. M., Neveau, T., & Vandertie, K. (2001). Effect of cutaneous stimulation on pain reduction in emergency department patients. *Accident and Emergency Nursing, 9*(3), 143-151.

Smith, T. J., Coyne, P. J., Parker, G. L., Dodson, P., & Ramakrishnan, V. (2010). Pilot trial of a patient-specific cutaneous electrostimulation device (MC5-A Calmare) for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Journal of Pain and Symptom Management, 40*(6), 883-891.

Timby, B. K., & Smith, N. E. (2007). Caring for clients with pain. In *Introductory medical-surgical nursing* (9th ed., pp. 175-188). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Estimulación de la integridad familiar 7100

Definición: Favorecer la cohesión y unidad familiar.

Actividades:

- Escuchar a los miembros de la familia.
- Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.
- Determinar la comprensión familiar de la dolencia.
- Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación.
- 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 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.
- Informar a los miembros de la familia de que la utilización de expresiones típicas de afecto en un entorno hospitalario es segura y aceptable.
- Facilitar la armonía dentro de/entre la familia.
- Proporcionar información regularmente a los miembros de la familia sobre el estado del paciente, de acuerdo con los deseos de este.
- Colaborar 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.
- Facilitar las visitas familiares.
- Remitir a la familia a grupos de apoyo de otras familias que experimenten problemas similares.
- Remitir a terapia familiar, si es preciso.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Keefe, M. R., Barbaos, G. A., Froese-Fretz, A., Kotzer, A. M., & Lobo, M. (2005). An intervention program for families with irritable infants. *MCN: American Journal of Maternal/Child Nursing, 30*(4), 230-236.

McBride, K. L., White, C. L., Sourial, R., & Mayo, N. (2004). Postdischarge nursing interventions for stroke survivors and their families. *Journal of Advanced Nursing, 47*(2), 192-200.

Mu, P., Kuo, H., & Chang, K. (2005). Boundary ambiguity, coping patterns, and depression in mothers caring for children with epilepsy in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies, 42*(3), 273-282.

E

Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido) 7104

Definición: Facilitar el crecimiento individual o de la familia que incorpora un hijo más al hogar.

Actividades:

- Establecer relaciones de confianza con los progenitores.
- Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de las familias.
- Respetar y apoyar el sistema de valores culturales de las familias.
- Identificar los patrones de interacción de las familias.
- Ayudar a la familia a identificar sus puntos fuertes y sus puntos débiles.
- Identificar los mecanismos normales de afrontamiento de la familia.
- Ayudar a la familia a desarrollar mecanismos de afrontamiento adaptados para tratar la transición a la paternidad.
- Observar la adaptación de los progenitores a la paternidad.
- Preparar a los futuros padres para los cambios de rol esperados al convertirse en progenitores.
- Educar a los progenitores sobre el posible conflicto de papeles y la sobrecarga de papeles.
- Promover la autoeficacia en el desarrollo del papel parental.
- Preparar a los progenitores para las responsabilidades relacionadas con la paternidad.
- Animar a los progenitores a expresar sus valores, creencias y expectativas respecto a la paternidad.
- Ayudar a los progenitores a tener expectativas reales de los papeles sobre la paternidad.
- Ayudar a los progenitores a enfrentarse a las sugerencias, críticas y preocupaciones sobre las expectativas y el desempeño del papel parental por parte de otros (p. ej., padres, abuelos, compañeros de trabajo, amigos).
- Educar a los progenitores sobre los efectos de la privación de sueño en el funcionamiento familiar.
- Reforzar los comportamientos parentales positivos.
- Ayudar a los progenitores a adquirir las habilidades necesarias para realizar tareas adecuadas a la etapa de desarrollo de la familia.
- Ayudar a los progenitores a equilibrar los papeles laboral, parental y conyugal.
- Ayudar a la madre a realizar planes para reincorporarse al trabajo, según corresponda.
- Proporcionar a los progenitores la oportunidad de expresar sus sentimientos sobre la paternidad.
- Identificar el efecto del recién nacido en la dinámica y el equilibrio de la familia.
- Animar a los progenitores a pasar tiempo juntos como pareja para mantener la satisfacción conyugal.
- Animar a los progenitores a hablar de las responsabilidades en el mantenimiento de la casa.
- Favorecer la manifestación de sentimientos, percepciones e inquietudes acerca de la experiencia del nacimiento.
- Explicar las causas y las manifestaciones de la depresión posparto.
- Animar a los progenitores a seguir con sus aficiones o intereses exteriores individuales.
- Animar a la familia a que asista a las clases de preparación de los hermanos, cuando proceda.
- Proporcionar información acerca de la preparación de los hermanos, si resulta oportuno.
- Proporcionar información a la familia sobre la rivalidad de los hermanos, según corresponda.
- Comentar la reacción de los hermanos hacia el recién nacido, si es el caso.
- Ayudar a la familia a identificar los sistemas de apoyo.
- Animar a la familia a utilizar sistemas de apoyo, según corresponda.
- Ayudar a la familia a desarrollar nuevas redes de apoyo, según corresponda.
- Ofrecerse a actuar en defensa de la familia.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. *Family Relations, 44*(4), 412-423.

Newman, B. M. (2000). The challenges of parenting infants and young children. In P. C. McKenry, & S. J. Price (Eds.), *Families & change: Coping with stressful events and transitions* (2nd ed., pp. 43-70). Thousand Oaks, CA: Sage.

Swartz, M. K., & Knafl, K. (2006). Enhancement of family support systems. In M. Craft-Rosenberg, & M. J. Krajicek (Eds.), *Nursing excellence for children & families* (pp. 77-95). New York: Springer.

Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) 154

Definición: Estimulación de la piel y tejidos subyacentes por medio de pulsos eléctricos controlados de baja tensión.

Actividades:

- Explicar el fundamento, los límites y los problemas potenciales de la TENS con el paciente y sus familiares.
- Determinar si la recomendación de la TENS es adecuada.
- No utilizar la TENS si el paciente tiene un marcapasos.
- Comentar el tratamiento con TENS con el profesional sanitario y obtener la prescripción para dicho tratamiento, si es apropiado.
- Verificar que el aparato de TENS tiene las baterías con la carga completa.
- Inspeccionar los cables para detectar los primeros signos de desgaste y sustituirlos si es preciso.
- Seleccionar el sitio de estimulación, teniendo en cuenta sitio alternativos cuando no sea posible una aplicación directa (p. ej adyacente, distal o ambos lados de dicho sitio, entre áreas afec tadas y el cerebro, así como contralateral al dolor).
- Aplicar los electrodos desechables o reutilizables en la zona d estimulación.
- Conectar los cables a los electrodos y al aparato de TENS, as gurándose de que los cables estén enchufados con seguridad las conexiones.
- Determinar la amplitud, frecuencia y ancho de pulso terapéutico
- Ajustar la amplitud, frecuencia y ancho del pulso a los ajust indicados predeterminados.

- Mantener la estimulación durante el intervalo predeterminado (continua o intermitente).
- Fijar el aparato de TENS al paciente (p. ej., al cinturón del paciente o a la cintura del pantalón) si se requiere una aplicación continua.
- Interrumpir el uso cuando la sensación sea intensa, aunque tolerable.
- Ajustar el sitio y los ajustes para lograr la respuesta deseada según la tolerancia individual.
- Inspeccionar los sitios de los electrodos para detectar una posible irritación cutánea con cada aplicación, o al menos cada 12 horas.
- Proporcionar instrucciones verbales y por escrito sobre el uso de la TENS y su funcionamiento.
- Utilizar la TENS sola o junto con otras medidas, según corresponda.
- Documentar la eficacia de la TENS.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

DeSantana, J. M., Walsh, D. M., Vance, C., Rakel, B. A., & Sluka, K. A. (2008). Effectiveness of transcutaneous electrical nerve stimulation for treatment of hyperalgesia and pain. *Current Rheumatology Reports, 10*(6), 492-499.

Herr, K. A., & Kwekkeboom, K. L. (2003). Assisting older clients with pain management in the home. *Home Health Care Management and Practice, 15*(3), 237-250.

Lynn, P. (2011). *Taylor's clinical nursing skills: A nursing process approach* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Sluka, K. S., & Walsh, D. M. (2003). Transcutaneous nerve stimulation: Basic science mechanisms and clinical effectiveness. *Journal of Pain, 4*(3), 109-121.

E

Etapas en la dieta 1020

Definición: Establecer las restricciones necesarias de la dieta con la progresión posterior de la misma según la tolerancia.

Actividades:

- Determinar la presencia de sonidos intestinales.
- Establecer una dieta absoluta, si es necesario.
- Pinzar la sonda nasogástrica y observar tolerancia, según corresponda.
- Observar el estado de alerta y la presencia de reflejo nauseoso, según corresponda.
- Comprobar la tolerancia a la ingestión de trocitos de hielo y agua.
- Comprobar si el paciente evacua las flatulencias.
- Colaborar con otros miembros del equipo de cuidadores para que la dieta avance lo más rápidamente posible sin que se produzcan complicaciones.
- Hacer avanzar la dieta desde la dieta líquida absoluta, dieta líquida espesa, dieta blanda, a dieta normal o especial, según la tolerancia, para adultos y niños.
- Progresar la dieta de los bebés desde el agua con glucosa o solución electrolítica oral, a fórmula de lactancia diluida al 50% y a fórmula al 100%.
- Observar la tolerancia a la progresión de la dieta.
- Pautar seis comidas pequeñas, en lugar de tres, según corresponda.
- Encontrar formas de incluir las preferencias del paciente en la dieta prescrita.
- Hacer que el ambiente en el que se ofrece la comida sea lo más agradable posible.
- Colocar la orden de restricción de dieta en la cama, en la historia clínica y en el plan de cuidados.

1.ª edición 1992, revisada en 2013

Bibliografía:

Dudek, S. G. (2007). *Feeding patients: Hospital food and enteral and parenteral nutrition. In EBT Nutrition essentials for nursing practice.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins pp. 417–456.

Holloway, N. M. (2004). *Medical-surgical care planning* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins p. 689.

Nyberg, M., & Olsen, T. D. (2010). Meals at work: Integrating social and architectural aspects. *International Journal of Workplace Health Management, 3*(3), 222-232.

Stanfield, P., & Hui, Y. H. (2010). *Nutrition and diet therapy: Self-instructional approaches* (5th ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett p. 266.

Etapas en la dieta: cirugía para la pérdida de peso 1024

Definición: Establecer los cambios necesarios en la dieta en fases progresivas después de la cirugía bariátrica.

Actividades:

- Instituir una dieta absoluta o la toma exclusiva de sorbos de agua durante las primeras 24-48 horas después de la cirugía, según las normas del centro.
- Administrar soluciones de dextrosa, suero salino o Ringer lactato para proporcionar una nutrición adecuada en las primeras 24 horas y hasta que el paciente pueda tolerar una dieta líquida completa.
- Progresar a una dieta líquida que se mantendrá durante 2-3 semanas.
- Instruir al paciente para que tome sorbos de líquidos a temperatura ambiente (p. ej., caldo, zumo no edulcorado, leche) despacio, consumiendo 60-90 ml cada vez.
- Instruir a los pacientes a llevar con ellos bebidas sin azúcar y beber a menudo.
- Incorporar alimentos triturados (p. ej., caldo con judías bien cocidas, pescado o carnes trituradas, yogur y frutas mezcladas) en la dieta cuando el cuerpo del paciente se haya adaptado a los líquidos.
- Añadir alimentos sólidos en puré (p. ej., carnes cortadas en lonchas finas, frutas enlatadas, harina de avena, huevos) entre 6-8 semanas después de la cirugía.
- Indicar al paciente que coma los alimentos proteicos del plato en primer lugar.
- Progresar a alimentos más sólidos que tengan un contenido bajo de azúcar, bajo en grasas saturadas y trans, y que con-

tengan proteínas de alta calidad, manteniendo esta dieta de por vida.
- Animar a los pacientes a desayunar y a tomar al menos de 4 a 5 comidas pequeñas a diario.
- Instruir a los pacientes para que den bocados pequeños, coman despacio y mastiquen los sólidos que estén bien cocinados.
- Indicar a los pacientes que incorporen frutas frescas y verduras en su ingesta de líquidos y alimentos.
- Controlar la intolerancia a la lactosa como una posible complicación posquirúrgica.
- Colaborar con un dietista después de la cirugía para garantizar que la nutrición proteica sea óptima y para modificar la dieta según las necesidades.
- Encontrar formas de incluir las preferencias del paciente en la dieta prescrita.
- Hacer que el ambiente en el que se ofrece la comida sea lo más agradable posible.
- Colocar las restricciones dietéticas en la cabecera de la cama, en la historia clínica y en el plan de cuidados.
- Instruir al paciente para que evite los alimentos y bebidas con grandes cantidades de azúcar (p. ej., gaseosa, zumos de fruta, batidos, helados normales), pues pueden causar un síndrome de vaciado gástrico precoz.
- Instruir al paciente para que no beba durante alrededor de media hora antes de comer, durante la comida y durante media hora después para reducir los vómitos y la diarrea.
- Instruir al paciente sobre la necesidad de tomar un suplemento multivitamínico para adultos con hierro, un suplemento del complejo B y con calcio añadido.
- Monitorizar la tolerancia a la progresión de la dieta.
- Alentar a los pacientes a llevar un registro de los tipos y cantidades de los alimentos que les provoquen molestias, malestar o intolerancia.
- Alentar a los pacientes a hacer al menos 35 minutos diarios de ejercicio aeróbico con entrenamiento de fuerza 3 veces a la semana para mantener una tasa metabólica adecuada.
- Fomentar la asistencia a un grupo de apoyo durante varios meses después de la cirugía.

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Dowd, J. (2005). Nutrition management after gastric bypass surgery. *Diabetes Spectrum, 18*(2), 82-84.

Elliot, K. (2003). Nutritional considerations after bariatric surgery. *Critical Care Nursing Quarterly, 26*(2), 133-138.

Farraye, F. A., & Forse, R. A. (Eds.). (2006). *Bariatric surgery: A primer for your medical practice* (pp. 148-153). Thorofare, NJ: Slack.

Strohmayer, E., Via, M. A., & Yanagisawa, R. (2010). Metabolic management following bariatric surgery. *Mount Sinai Journal of Medicine, 77*(5), 431-445.

Evaluación de compañeros 7700

Definición: Evaluación sistemática de la actuación de un compañero en comparación con las normas profesionales de práctica.

Actividades:

- Desarrollar y utilizar políticas para guiar la función de la comisión de revisión de los compañeros y analizar el proceso, si es necesario.
- Participar en el establecimiento de protocolos y normas para la práctica profesional.
- Participar en las reuniones de la comisión, según corresponda.
- Coordinar el proceso de evaluación, si es necesario.
- Observar al compañero durante la realización del servicio, según se requiera para la evaluación.
- Evaluar la calidad, la seguridad y los resultados de satisfacción del paciente.
- Considerar la etapa de desarrollo de la enfermera (de principiante a experta) al realizar la evaluación.
- Identificar la actuación que requiere el apoyo de los compañeros.
- Informar sobre las áreas de puntos fuertes y débiles, según se indique.
- Revisar las credenciales del compañero seleccionado, si es necesario.
- Recomendar la promoción o avance clínico, si es el caso.
- Proporcionar supervisión y asesoramiento, si resulta oportuno.
- Disponer oportunidades de retroalimentación.
- Desarrollar una responsabilidad compartida para los cambios o mejoras, si es necesario.
- Coordinar una educación y formación continua adecuadas, si es necesario.
- Participar en los procedimientos conciliatorios, cuando proceda.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

George, V., & Haag-Heitman, B. (2011). Nursing peer review: The manager's role. *Journal of Nursing Management, 19*(2), 254-259.

Haag-Heitman, B., & George, V. (2011). Nursing peer review: Principles and practice. *American Nurse Today, 6*(9), 48-53.

Haag-Heitman, B., & George, V. (2011). *Peer review in nursing: Principles for successful practice*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Morby, S. K., & Skalla, A. (2010). A human care approach to nursing peer review. *Nursing Science Quarterly, 23*(4), 297-300.

Evaluación de productos 7760

Definición: Determinar la eficacia de nuevos productos o equipos.

Actividades:

- Determinar la necesidad de un nuevo producto o el cambio de un producto actual.
- Conformar un equipo multidisciplinar para la selección y evaluación de productos en caso de que el cambio afecte a otros proveedores.
- Recopilar información sobre el uso del producto existente que está siendo reemplazado.
- Establecer criterios para la selección de productos.
- Decidir sobre un producto desechable frente a uno reutilizable.
- Procurar la estandarización del inventario cuando sea posible dentro de las instalaciones y entre ellas.
- Seleccione el producto para su valoración.
- Seleccione un producto que tenga una interfaz de usuario sencilla.
- Definir las perspectivas de análisis (beneficios para el paciente o el cuidador).
- Determinar la eficacia del producto y las cuestiones de seguridad.
- Ponerse en contacto con otras instituciones que utilicen el producto para disponer de información adicional.
- Definir los objetivos de la evaluación.
- Redactar los criterios de ensayo que han de utilizarse durante la evaluación.
- Establecer los objetivos adecuados en los que se ha de probar el nuevo producto.
- Dirigir la educación del personal necesaria para llevar a cabo el ensayo.
- Cumplimentar los formularios de evaluación de ensayo.
- Solicitar la colaboración de otros profesionales sanitarios (ingenieros biomédicos, farmacéuticos, médicos y otras instituciones), si es necesario.
- Obtener la evaluación del producto por parte del paciente, si resulta oportuno.
- Determinar los costes de la puesta en marcha del nuevo producto, incluidos los contratos de preparación, suministros adicionales y mantenimiento.
- Determinar si un producto de mayor coste logra mejores resultados para el paciente.
- Realizar las recomendaciones pertinentes a la comisión correspondiente o a la persona que coordine la evaluación.
- Participar en el seguimiento continuado del uso y la efectividad del producto.
- Reportar los eventos adversos más destacados de los dispositivos médicos al organismo regulador, así como al fabricante.

2.ª edición 1996; revisado en 2018

Bibliografía:

Goodbody, J., & Gallo, M. (2010). Ensuring reusable equipment meets patients' needs and infection prevention guidelines. *Nursing Times, 106*(27), 15 17.

Oman, K. S., Makic, M. B., Fink, R., Schraeder, N., Hulett, T., Keech, T., & Wald, H. (2012). Nurse-directed interventions to reduce catheter-associated urinary tract infections. *American Journal of Infection Control, 40*(6), 548-553.

Pyrek, K. M. (2012). Product evaluation and purchasing advice for perioperative nurses and infection preventionists. *Infection Control Today*. Obtenido de http://www.infectioncontroltoday.com/articles/2012/08/product-evaluation-and-purchasing-advice-for-perioperative-nurses-and-infection-preventionists.aspx.

U.S. Food and Drug Administration. (2015). *Medical device reporting (MDR)*. Obtenido de http://www.fda.gov/medicaldevices/safety/reportaproblem/default.htm.

World Health Organization. (2010). *Increasing complexity of medical technology and consequences for training and outcome of care*. Obtenido de http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js17699en/.

Examen de la vista 6675

Definición: Detección temprana de trastornos de la visión.

Actividades:

- Informar a los padres o al paciente de que la revisión no reemplaza el examen de los ojos y que no detectará todos los trastornos o enfermedades de la visión.
- Examinar a todos los niños de guardería, infantil o primaria, según protocolo.
- Examinar a todos los estudiantes nuevos y trasladados, a todos los niños con discapacidad auditiva (anualmente), a los niños referidos por un profesor y a cualquier otro de acuerdo con los protocolos de salud.
- Reconocer que los exámenes de la visión solo son capaces de detectar impedimentos visuales que dificulten la visión a distancia.
- Planificar exámenes de la vista para un día que no entre en conflicto con otras actividades escolares y asegurarse de que se anuncie en el calendario escolar.
- Planificar un día de reevaluación dentro de los 30 días de la evaluación inicial.
- Proporcionar formación al personal y a los voluntarios, incluyendo el mantenimiento de registros y la confidencialidad, según sea necesario.
- Practicar una buena higiene, incluyendo lavarse las manos antes de comenzar los exámenes.
- Desinfectar los oculares reutilizables antes de su uso y después de examinar a cada individuo.
- Tener en cuenta los factores sociales y culturales al realizar los controles; las personas que residen en áreas socioeconómicas más bajas son más susceptibles a la pobreza, la desnutrición y las consecuencias negativas para la salud visual.
- Asegurarse de que la sala de proyección esté bien iluminada, sin distracciones, paredes con dibujos o luz solar directa.
- Observar el ABC: Apariencia de los ojos (p. ej., párpados cruzados, errantes, rojos, llorosos, caídos); Comportamiento *(Behavior)* (p. ej., entrecerrar los ojos, parpadear, frotarse los ojos, girar la cabeza para usar solo un ojo, inclinar la cabeza, tropezar); Quejas *(Complaints)* (p. ej., dolores de cabeza, dolor en los ojos,

mareos, picor en los ojos, visión borrosa, sensibilidad inusual a la luz).
- Utilizar dispositivos y herramientas de detección avaladas para realizar pruebas de agudeza visual a distancia, estereoscopia (es decir, discernir la profundidad o distancia de un objeto) y deficiencia de color, según lo recomendado por una organización profesional de salud.
- Usar una prueba de visión basada en una tabla oftalmológica, apropiada para la edad y el nivel de habilidad, para aquellos de 3 años de edad o mayores como el estándar para determinar la agudeza visual a distancia.
- Empezar por examinar primero el ojo derecho para que, en caso de interrupción, sepa que siempre empieza por el ojo derecho.
- Seguir las instrucciones para realizar y puntuar cada prueba (p. ej., Agudeza Visual Monocular a Distancia, equilibrio muscular utilizando la Prueba de Cobertura Alternativa, detección de estereopsis utilizando el Test de Punto E Aleatorio, Déficit de Color).
- Reconocer que una visión deficiente en los adultos está asociada con un mayor riesgo de caídas y una menor calidad de vida.
- Remitir a un oftalmólogo a los niños a partir de los 6 años que hayan obtenido una puntuación de 20/30 y a los niños de 3 a 5 años que hayan obtenido una puntuación de 20/40 en la tabla oftalmológica.
- Derivar a un oftalmólogo a las personas a las que no pueda completar la prueba de visión.
- Derivar al oftalmólogo a las personas con baja visión, ojo rojo, ojos secos, moscas volantes, destellos, infección en las lentes de contacto, lesiones oculares y otras anomalías.
- Garantizar un seguimiento eficaz de las personas con trastornos visuales detectados.
- Limpiar y almacenar las herramientas y el equipo de visión después de su uso.
- Documentar todos los hallazgos y derivaciones de acuerdo con los protocolos de salud.

7.ª edición 2018

Bibliografía:

Ohio Department of Health. (2007). *Vision screening requirements and guidelines*. Columbus, OH: Author.

Unite for Sight. (n.d.). *Challenges and failure of vision screenings*. Obtenido de http://www.uniteforsight.org/health-screenings/vision-screenings.

Exploración mamaria 6522

Definición: Inspección y palpación de las mamas y de las zonas relacionadas.

Actividades:

- Evaluar los posibles factores de riesgo para el desarrollo de un cáncer de mama, incluyendo la edad, edad del primer embarazo, edad de la menarquia, edad de la menopausia, antecedentes familiares, antecedentes de enfermedades mamarias, estado de paridad e historial de lactancia materna.
- Averiguar si la paciente ha notado o no algún dolor, tumor, engrosamiento o hipersensibilidad dolorosa de la mama, secreción, distorsión, retracción o descamación del pezón.
- Ayudar a la paciente a colocarse cómodamente a medida que se realiza la exploración, permitiendo siempre la intimidad y la sensibilidad necesarias.
- Explicar los pasos específicos de la exploración a medida que se realiza.
- Dirigir la exploración cuando la paciente está en posición erguida y en decúbito supino.
- Dar instrucciones a la paciente para quitarse la ropa.
- Inspeccionar el tamaño, la forma y los cambios en la textura cutánea o el color de las mamas, incluyendo cualquier enrojecimiento, hoyuelo, arruga, descamación o retracción de la piel.
- Observar la simetría y el contorno de las mamas, así como la posición de los pezones de forma bilateral por si hay cualquier desviación o anomalía.
- Instruir a la paciente para que utilice cuatro posiciones diferentes para la exploración visual: brazos a los lados, manos en la cintura empujando hacia dentro y hacia las caderas, manos detrás de la cabeza y brazos cruzados en la cintura con el tórax inclinado hacia delante.
- Valorar la existencia de secreción por el pezón mediante una suave presión en cada pezón.
- Inspeccionar y palpar posibles anomalías en las cadenas ganglionares linfáticas, incluidos los ganglios supraclaviculares, infraclaviculares, laterales, centrales, subescapulares y anteriores.
- Apreciar el número, el tamaño, la ubicación, la consistencia y la movilidad de los ganglios.
- Colocar un cojín pequeño o una toalla debajo del hombro correspondiente a la mama que se debe explorar, abducir el brazo del mismo lado de la mama y colocar la mano de la paciente detrás de la cabeza.
- Utilizando un método sistemático, palpar el tejido mamario con la superficie palmar de los tres primeros dedos de la mano dominante del examinador.
- Mover de manera rotativa y comprimir el tejido de la mama contra la pared del tórax.
- Explorar los cuatro cuadrantes de la mama, incluida la cola axilar.
- Apreciar cualquier masa, incluyendo la posición, la forma, el tamaño (en cm), la sensibilidad dolorosa, la movilidad y la consistencia.
- Valorar si en el sitio de la cicatriz de la mastectomía se observa exantema, edema, engrosamiento y eritema, según corresponda.
- Repetir el mismo proceso con la otra mama.
- Documentar todos los hallazgos.
- Informar de las anomalías al médico o a la enfermera responsable, según corresponda.
- Animar a la paciente a realizar la autopalpación durante y después de la exploración clínica de la mama.
- Enseñar a la paciente la importancia de una autoexploración periódica de la mama.
- Aconsejar la realización de mamografías con regularidad, según corresponda a la edad, el estado y el riesgo.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

American Nurses Foundation. (1994). *Clinician's handbook of preventive services*. Waldorf, MD: American Nurses.

Champion, V. L. (1995). Results of a nurse-delivered intervention on proficiency and nodule detection with breast self-examination. *Oncology Nursing Forum, 22*(5), 819-824.

Edge, V., & Miller, M. (1994). *Women's health care*. St. Louis, MO: Mosby.

Mettlin, C., & Dodd, G. D. (1991). The American Cancer Society guidelines for the cancer-related checkup: An update. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 41*(5), 279-282.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (1998). *Clinical nursing skills and techniques* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Shaw, S. L. (1994). The role of the nurse in a comprehensive breast center. *Journal of Oncology Management, 3*(6), 49-51.

E

Extubación endotraqueal 3270

Definición: Retirada intencionada del tubo endotraqueal de la vía aérea nasofaríngea u orofaríngea.

Actividades:

- Instruir al paciente y a sus allegados sobre el procedimiento.
- Asegurarse de que al paciente se le extraiga el dispositivo lo antes posible.
- Asegurarse de que el paciente es capaz de mantener una vía aérea permeable y una ventilación espontánea adecuada y no requiere altos niveles de presión positiva en las vías respiratorias para mantener una oxigenación arterial normal.
- Asegurarse de que se cumplan los criterios previos a la extubación (p. ej., estabilidad en el estado hemodinámico, estado respiratorio, capacidad vital, flujo espiratorio máximo; frecuencia respiratoria al volumen corriente (tidal); presión espiratoria máxima).
- Asegurarse de que el paciente es apto para una extubación sin problemas (p. ej., respira espontáneamente, bien oxigenado, CO_2 normal, despierto y con capacidad de respuesta, sigue órdenes, fuerza adecuada de tos para eliminar las secreciones, función laríngea adecuada, estado nutricional adecuado, eliminación de efectos sedantes y de bloqueo neuromuscular).
- Evaluar en busca de factores de riesgo conocidos para el fracaso de la extubación (p. ej., edad mayor de 70 años o menor de 24, Hgb menor de 10 mg/dl, uso de sedación intravenosa continua, sedación mecánica de larga duración, presencia de un síndrome o afección médica crónica, afección médica o quirúrgica conocida de las vías respiratorias, vaciado pulmonar frecuente, pérdida de los reflejos protectores de las vías respiratorias).
- Proporcionar un ambiente en el cual el paciente pueda ser monitorizado fisiológicamente y en el cual el equipo de emergencia y los médicos adecuadamente capacitados para el manejo de las vías respiratorias estén disponibles de inmediato.
- Proporcionar el equipamiento necesario para asegurar la oxigenación del paciente durante la extubación (p. ej., fuente de oxígeno; dispositivos para suministrar oxígeno; aspirador de alto volumen y catéteres para la succión traqueal y faríngea; máscaras faciales del tamaño adecuado; equipo de intubación, como palas de laringoscopio, mangos, baterías).
- Proporcionar el equipo para procedimientos quirúrgicos de emergencia de las vías respiratorias durante la extubación (p. ej., bisturí, lidocaína, vía respiratoria quirúrgica de emergencia).
- Proporcionar equipo para la monitorización adecuada del paciente durante la extubación (p. ej., pulsioxímetro, monitor cardíaco, suministros para gasometría arterial).
- Proporcionar comodidad al paciente durante la extubación (p. ej., medicamentos para la sedación, posición adecuada).
- Colocar al paciente de forma que se aproveche al máximo el uso de los músculos de la ventilación, normalmente con el cabecero de la cama elevado 75°.
- Hiperoxigenar al paciente y aspirar la vía aérea endotraqueal.
- Aspirar la vía aérea bucal.
- Desinflar el balón de sujeción endotraqueal y retirar el tubo endotraqueal.
- Animar al paciente a que tosa y expectore.
- Administrar oxígeno, según prescripción.
- Estimular la tos y respiración profunda.
- Aspirar la vía aérea, si es preciso.
- Tomar medidas para prevenir aspiración postextubación, como se indique.
- Controlar los reflejos protectores de las vías respiratorias para detectar depresión inmediatamente después de la extubación y para evitar complicaciones por aspiración durante algún tiempo después de la extubación (es decir, período de alto riesgo inmediatamente después de la extubación).
- Monitorizar el período de postextubación, lo que incluye asegurarse de que el equipo, el personal y los medicamentos estén disponibles en caso de que surjan fenómenos de postextubación.
- Monitorizar la dificultad respiratoria, incluyendo una evaluación respiratoria frecuente que comprenda signos vitales, evaluación del estado neurológico, permeabilidad de las vías respiratorias, hallazgos a la auscultación, trabajo respiratorio y estado hemodinámico.
- Observar si hay signos de oclusión de la vía respiratoria.
- Vigilar los signos vitales.
- Favorecer el descanso de la voz de 4 a 8 horas, según corresponda.
- Comprobar la capacidad de deglución y conversación.
- Tomar las precauciones estándar para todos los pacientes utilizando las recomendaciones del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades para controlar la exposición a la tuberculosis y a los núcleos de gotitas.
- Tomar las precauciones apropiadas para la confirmación final del diagnóstico de agentes aerotransportados, de gotitas y de contacto en pacientes con sospecha de tener infecciones graves.
- Interactuar con el paciente y su familia para determinar las necesidades de atención en el hogar.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

American Association of Critical Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. Philadelphia: W.B. Saunders.

American Association of Respiratory Care. (2007). AARC clinical practice guidelines: Removal of the endotracheal tube – 2007 revision & update. *Respiratory Care, 52*(1), 81-93.

Dawkins, S. (2011). A literature review and guidance for nurse-led patient extubation in the recovery room/post anesthetic care unit: Endotracheal tubes. *Journal of Perioperative Practice, 21*(10), 352-355.

F

Facilitar el aprendizaje 5520

Definición: Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.

Actividades:

- Comenzar la instrucción solo después de que el paciente demuestre estar preparado para aprender.
- Establecer metas de aprendizaje realistas con el paciente.
- Identificar claramente los objetivos del aprendizaje y en términos mensurables.
- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.
- Adaptar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y/o afectivas del paciente.
- Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.
- Disponer un ambiente que induzca el aprendizaje.
- Establecer la información en una secuencia lógica.
- Organizar la información de simple a compleja, conocida a desconocida o concreta a abstracta, según corresponda.
- Diferenciar el contenido «crítico» del contenido «deseable».
- Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida/rutina del paciente.
- Relacionar la información con los deseos y necesidades personales del paciente.
- Proporcionar información que sea adecuada con los valores y creencias del paciente.
- Proporcionar información acorde con la situación de control del paciente.
- Asegurarse de que el material de enseñanza está actualizado.
- Proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante y/o compleja.
- Utilizar modalidades de enseñanza múltiples que sean apropiadas.
- Utilizar un lenguaje familiar.
- Explicar la terminología que no sea familiar.
- Relacionar el contenido nuevo con los conocimientos anteriores, cuando sea posible.
- Presentar la información de manera estimulante.
- Incorporar animación en presentaciones multimedia cuando sea posible y adecuado.
- Proporcionar folletos informativos, vídeos y recursos *online* cuando sea adecuado.
- Presentar al paciente personas que hayan pasado por experiencias similares.
- Fomentar la participación activa del paciente.
- Fomentar que el paciente comparta experiencias válidas durante la experiencia de aprendizaje.
- Utilizar instrucción a un ritmo marcado por el propio alumno, cuando sea posible.
- Evitar establecer límites de tiempo.
- Fomentar la expresión libre de opiniones e ideas diferentes.
- Dar el tiempo adecuado para dominar el contenido, según corresponda.
- Mantener sesiones de enseñanza cortas, según corresponda.
- Simplificar las instrucciones, siempre que sea posible.
- Repetir la información importante.
- Proporcionar avisos/recordatorios verbales, según corresponda.
- Proporcionar ayudas a la memoria, si es preciso.
- Evitar la exigencia de un pensamiento abstracto, si el paciente solo puede pensar en términos concretos.
- Asegurar que la información proporcionada por los diversos miembros del equipo de cuidados sea congruente.
- Utilizar demostraciones y pedir al paciente que las realice él, siempre que sea posible.
- Proporcionar oportunidades de práctica, si procede.
- Proporcionar retroalimentación frecuente acerca del progreso del aprendizaje.
- Corregir las malas interpretaciones de la información, si es el caso.
- Reforzar la conducta, si procede.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comente sus inquietudes.
- Responder a las preguntas de una forma clara y concisa.
- Remitir al paciente a los recursos en línea adecuados, incluidos los grupos de apoyo.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Bastable, S. B. (2003). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., & Erb, G. (2008). Teaching. In *Kozier, Erb's fundamentals of nursing. Concepts, process, practice* (8th ed., pp. 487-511). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Chang, M., & Kelly, A. (2007). Patient education: Addressing cultural diversity ad health literacy issues. *Urologic Nursing, 27*(5), 411-417.

Craven, R., & Hirnle, C. (2009). Client education. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed., pp. 344-363). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Fry, H., Ketteridge, S., & Marshall, S. (Eds.). (2009). *A handbook for teaching and learning in higher education: Enhancing academic practice* (3rd ed.). New York: Routledge.

Stern, C., & Lockwood, C. (2005). Knowledge retention from preoperative patient information. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 3*(3), 45-63.

Facilitar el crecimiento espiritual 5426

Definición: Facilitar el crecimiento de la capacidad del paciente para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida.

Actividades:

- Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente, con la familia del paciente y con los allegados.
- Fomentar la conversación que ayude al paciente a organizar los intereses espirituales.
- Modelar habilidades saludables de relación y razonamiento.
- Ayudar al paciente a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento.
- Ofrecer el apoyo de la oración al individuo o al grupo, según sea conveniente.

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

- Fomentar la participación en ceremonias religiosas, retiros y programas especiales de oración/estudio.
- Fomentar la relación con los demás para el compañerismo y el servicio.
- Fomentar el uso de celebraciones y rituales espirituales.
- Fomentar la exploración del paciente de su compromiso espiritual según sus creencias y valores.
- Proporcionar un entorno que favorezca una actitud meditativa/contemplativa para la autorreflexión.
- Ayudar al paciente a explorar las creencias en relación con la curación del cuerpo, la mente y el espíritu.
- Remitir a grupos de apoyo, de autoayuda mutua o a programas que se basen en la espiritualidad, según sea conveniente.
- Remitir a la atención pastoral o a cuidadores espirituales como garantía de resultados.
- Remitir a una asistencia y apoyo adicional para la conexión entre cuerpo, mente y espíritu, según sea necesario.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Carson, V. B. (1993). Spirituality: Generic or Christian. *Journal of Christian Nursing, 10*(1), 24-27.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Spiritual health. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 1381-1403). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Hawks, S., Hull, M., Thalman, R., & Richins, P. (1995). Review of spiritual health: Definition, role, & intervention strategies in health promotion. *American Journal of Health Promotion, 9*(5), 371-378.

Oldnall, A. (1996). A critical analysis of nursing: Meeting the spiritual needs of patients. *Journal of Advanced Nursing, 23*(1), 138-144.

Reed, P. G. (1991). Preferences for spiritually related nursing interventions among terminally ill and nonterminally ill hospitalized adults and well adults. *Applied Nursing Research, 4*(3), 122-128.

Reed, P. G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing & Health, 15*(5), 349-357.

Schnorr, M. A. (1990). Spiritual caregiving: A key component of parish nursing. In P. A. Solari-Twadell, A. M. Djupe, & M. A. McDermott (Eds.), *Parish nursing: The developing practice* (pp. 201-220). Park Ridge, IL: National Parish Nurse Resource Center.

Facilitar el duelo 5290

Definición: Ayuda en la resolución de una pérdida significativa.

Actividades:

- Identificar la pérdida.
- Ayudar al paciente a identificar la naturaleza de apego al objeto o persona que se ha perdido.
- Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial a la pérdida.
- Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.
- Escuchar las expresiones de duelo.
- Fomentar la expresión de experiencias de pérdidas anteriores.
- Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida, tanto pasados como actuales.
- Realizar afirmaciones empáticas sobre el duelo.
- Fomentar la identificación de los miedos más profundos sobre la pérdida.
- Explicar las fases del proceso de duelo, según corresponda.
- Apoyar la progresión a través de los estadios personales de duelo.
- Incluir a los allegados en las charlas y decisiones, según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de afrontamiento.
- Animar al paciente a implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas con la pérdida.
- Comunicar la aceptación del debate sobre la pérdida.
- Responder a las preguntas de los niños relacionadas con la pérdida.
- Utilizar palabras claras, como *muerte* o *muerto*, en lugar de eufemismos.
- Animar a los niños a comentar los sentimientos.
- Fomentar la expresión de sentimientos de una forma cómoda para el niño, escribiendo, dibujando o jugando.
- Ayudar al niño a clarificar los conceptos erróneos.
- Identificar fuentes de apoyo comunitario.
- Apoyar los esfuerzos para resolver conflictos anteriores, según corresponda.
- Apoyar los progresos conseguidos en el proceso de duelo.
- Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Collison, C., & Miller, S. (1987). Using images of the future in grief work. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 19*(1), 9-11.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2000). Loss and grieving. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (3rd ed., pp. 1299-1324). Philadelphia: J. B. Lippincott.

Egan, K. A., & Arnold, K. L. (2003). Grief and bereavement care: With sufficient support, grief and bereavement can be transformative. *American Journal of Nursing, 103*(9), 42-52.

Gifford, B. J., & Cleary, B. B. (1990). Supporting the bereaved. *American Journal of Nursing, 90*(2), 48-53.

Hampe, S. O. (1975). Needs of a grieving spouse in a hospital setting. *Nursing Research, 24*(2), 113-120.

Whiting, G., & Buckwalter, K. (1991). Dysfunctional grieving. In M. Maas, K. Buckwalter, & M. Hardy (Eds.), *Nursing diagnoses and interventions for the elderly* (pp. 505-518). Redwood City, CA: Addison-Wesley.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

F

Facilitar el duelo: muerte perinatal 529

Definición: Ayuda en la resolución de una pérdida perinatal.

Actividades:

- Discutir con los padres y la familia qué esperar si la pérdida es inminente o probable.
- Fomentar la participación en la toma de decisiones acerca de la interrupción del soporte vital.
- Ayudar a mantener vivo al bebé hasta la llegada de los padres.
- Bautizar al bebé, según corresponda.
- Animar a los padres a coger al bebé durante su muerte, según corresponda.
- Apoyar a los padres y a la familia con cualquier vínculo que pueda o no tener con el embarazo y el feto.
- Determinar cómo y cuándo se ha diagnosticado la muerte fetal o del bebé.
- Comentar los planes que se hayan realizado (entierro, funeral, nombre del bebé).
- Comentar las decisiones que deberán tomarse acerca de las disposiciones del funeral, autopsia, consejo genético y participación familiar.
- Describir los recuerdos que se obtendrán, incluyendo huellas de los pies, huellas de las manos, fotos, gorrito, batas, mantas, pañales y manguitos de presión arterial, según corresponda.
- Comentar los grupos de apoyo disponibles, según corresponda.
- Comentar las diferencias que hay entre los patrones de duelo masculino y femenino, según corresponda.
- Obtener huellas de los pies, de las manos, medición de la altura y peso del bebé, si es necesario.
- Preparar al bebé para que sea visto, bañándolo y vistiéndolo, incluyendo a los padres en las actividades, según corresponda.
- Animar a los familiares a ver y coger al bebé cuanto deseen.
- Comentar el aspecto del bebé en función de la edad gestacional y el tiempo transcurrido desde la defunción.
- Centrarse en las características normales del bebé, a la vez que se discuten las anomalías con sensibilidad.
- Animar a la familia para que esté un tiempo a solas con el bebé, según se desee.
- Remitir al capellán, servicios sociales, asesor de duelo y genético según corresponda.
- Elaborar recuerdos y presentarlos a la familia antes del alta, según corresponda.
- Ofrecer completar un certificado de nacimiento conmemorativo si la ley estatal no requiere uno a la edad gestacional del parto.
- Comentar las características del duelo normal y patológico, incluidos los factores desencadenantes que precipitan sentimientos de tristeza.
- Notificar al laboratorio o funeraria, para que dispongan del cuerpo, según corresponda.
- Trasladar al bebé al tanatorio o preparar el cuerpo para que sea trasladado por la familia a la funeraria.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Broderick, S., & Cochraine, R. (2013). *Perinatal loss: A handbook for working with women and their families*. New York, NY: Radcliffe.

Hochberg, T. (2011). Moments held—photographing perinatal loss. *The Lancet, 377*(9774), 1310-1311.

Johnson, O., & Langford, R. W. (2010). Proof of life: A protocol for pregnant women who experience pre-20-week perinatal loss. *Critical Care Nursing Quarterly, 33*(3), 204-211.

Lang, A., Fleiszer, A., Duhamel, F., Sword, W., Gilbert, K., & Corsini-Munt, S. (2011). Perinatal loss and parental grief: The challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 63*(2), 183-196.

Limbo, R., & Kobler, K. (2010). The tie that binds: Relationships in perinatal bereavement. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 35*(6), 316-321.

Musters, A., Taminiau-Bloem, E., van den Boogaard, E., van der Veen, F., & Goddijn, M. (2011). Supportive care for women with unexplained recurrent miscarriage: Patients' perspectives. *Human Reproduction, 26*(4), 873-877.

Facilitar el perdón 5280

Definición: Facilitar la disposición de un individuo para sustituir los sentimientos de enfado y resentimiento hacia otro, hacia uno mismo o hacia un ser superior por beneficencia, empatía y humildad.

Actividades:

- Identificar las opiniones del paciente que puedan dificultar/ayudar a olvidar un problema.
- Aceptar si el enfado y el resentimiento son justificables.
- Identificar la fuente de enfado y resentimiento, cuando sea posible.
- Escuchar con empatía sin moralizar o recurrir a tópicos.
- Investigar el perdón como un proceso.
- Ayudar al paciente a explorar sus sentimientos de ira, amargura y resentimiento.
- Utilizar la presencia, el contacto y la empatía para facilitar el proceso, según sea conveniente.
- Explorar las posibilidades de enmienda y reconciliación con uno mismo, con los demás y/o con un poder superior.
- Ayudar al paciente a examinar la dimensión saludable y curativa del perdón.
- Ayudar al paciente a vencer bloqueos para la curación utilizando prácticas espirituales (p. ej., oraciones de alabanza, guía y discernimiento; curación, contacto y visualización de la curación y agradecimiento), según sea conveniente.
- Enseñar el arte de la liberación y de la relajación emocional.
- Ayudar al paciente a buscar un árbitro (parte objetiva) para facilitar el problema individual o grupal.
- Sugerir el uso de rituales tradicionales de fe, según sea conveniente (p. ej., ungimiento, confesión, reconciliación).
- Conceder el perdón al ser superior o interiormente a uno mismo a través de la oración, de las escrituras o de otras lecturas, según cada caso.
- Comunicar la aprobación según el nivel de progreso del individuo.

3.ª edición 1996; revisada en 2008

Bibliografía:
Brush, B. L., McGee, E. M., Cavanaugh, B., & Woodward, M. (2001). Forgiveness: A concept analysis. *Journal of Holistic Nursing, 19*(1), 27-41.
Burkhardt, M. A., & Nagai-Jacobson, M. G. (2002). *Spirituality: Living our connectedness*. Albany, NY: Delmar.
Enright, R. D. (2001). *Forgiveness is a choice: A step-by-step process for resolving anger and restoring hope*. Washington, DC: American Psychological Association.
Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2000). *Helping clients to forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. Washington, DC: American Psychological Association.
Festa, L. M., & Tuck, I. (2000). A review of forgiveness literature and with implications for nursing practice. *Holistic Nursing Practice, 14*(4), 77-86.
Worthington, E. L., Jr. (1998). An empathy-humility-commitment model of forgiveness applied within family dyads. *Journal of Family Therapy, 20*(1), 59-76.

F

Facilitar la autohipnosis 5922

Definición: Enseñar y controlar el uso de un estado hipnótico autoinducido para un beneficio terapéutico.

Actividades:
- Determinar si el paciente es un candidato adecuado para la autohipnosis.
- Utilizar la autohipnosis como técnica complementaria de otras modalidades terapéuticas (p. ej., hipnoterapia individual mediante un terapeuta, psicoterapia individual, terapia de grupo, terapia familiar, etc.).
- Enseñar al paciente el concepto de autohipnosis como modalidad terapéutica.
- Identificar con el paciente los problemas/preocupaciones susceptibles de ser tratados con la autohipnosis.
- Obtener la historia del problema que se va a tratar por autohipnosis.
- Determinar los objetivos de la autohipnosis con el paciente.
- Determinar la receptividad del paciente al empleo de la autohipnosis.
- Corregir mitos y conceptos equivocados de la autohipnosis.
- Asegurarse que el paciente ha aceptado el tratamiento.
- Evaluar la idoneidad del paciente determinando su sugestibilidad hipnótica.
- Proporcionar al paciente un procedimiento individualizado para el proceso de autohipnosis que refleje sus necesidades y objetivos específicos.
- Ayudar al paciente a identificar las técnicas de inducción adecuadas (p. ej., péndulo de Chevreul, relajación, imaginar que se baja por una escalera, cerrar los ojos, levitación de brazos, relajación muscular, ejercicios de visualización, atención a la respiración y repetición de palabras/frases clave).
- Ayudar al paciente a identificar técnicas adecuadas de intensificación (p. ej., movimiento de la mano delante de la cara, técnica de imaginación escalada, fraccionamiento y otras).
- Animar al paciente a dominar la autohipnosis practicándola.
- Pactar con el paciente un programa, si es necesario.
- Controlar la respuesta del paciente a la autohipnosis.
- Solicitar la retroalimentación del paciente respecto a su confort con el procedimiento y la experiencia de la autohipnosis.
- Ayudar al paciente a procesar e interpretar lo que ocurre como resultado de las sesiones de autohipnosis.
- Recomendar modificaciones en la práctica de autohipnosis del paciente (frecuencia, intensidad, técnicas específicas) basándose en su respuesta y nivel de confort.
- Ayudar al paciente a evaluar el progreso realizado hacia los objetivos de la terapia.

4.ª edición 2004; revisada en 2008

Bibliografía:
Fontaine, K. L. (2005). Hypnotherapy and guided imagery. In K. L. Fontaine (Ed.), *Complementary & alternative therapies for nursing practice* (2nd ed., pp. 301-338). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
(2004). Hypnosis. In L. Freeman (Ed.), (Ed.). *Mosby's complementary & alternative medicine: A research-based approach* (2nd ed., pp. 237-274). St. Louis: Mosby.
Fromm, E., & Kahn, S. (1990). *Self-hypnosis. The Chicago paradigm*. New York: The Guilford Press.
Lynn, S. J., & Kirsch, I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis: An evidence-based approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
Rankin-Box, D. (2001). Hypnosis. In D. Rankin-Box (Ed.), *The nurse's handbook of complementary therapies* (2nd ed., pp. 208-214). Edinburgh: Bailliere Tindall.
Sanders, S. (1991). *Clinical self-hypnosis: The power of words and images*. New York: The Guilford Press.
Zahourek, R. P. (1985). *Clinical hypnosis and therapeutic suggestion in nursing*. Orlando. FL: Grune & Stratton.
Zarren, J. I., & Eimer, B. N. (2002). *Brief cognitive hypnosis: Facilitating the change of dysfunctional behavior*. New York: Springer.

Facilitar la autorresponsabilidad 4480

Definición: Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.

Actividades:
- 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.
- Brindar oportunidades para la autoevaluación y la autorreflexión.
- Monitorizar el nivel de responsabilidad que el paciente asume.
- Proporcionar retroalimentación constructiva positiva para aceptar responsabilidad adicional por el cambio de comportamiento.
- Fomentar el reconocer las malas conductas, según corresponda.
- Establecer límites sobre las conductas manipuladoras.
- Abstenerse de discutir o regatear sobre los límites establecidos con el paciente.
- 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.
- Animar a los padres a comunicar claramente las expectativas de conducta responsable del niño, si es el caso.
- Animar a los padres a realizar un seguimiento de la conducta responsable del niño, según corresponda.
- Facilitar el apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad buscado o conseguido por el paciente.
- Ayudar en la creación de un horario que guíe el aumento de responsabilidad en el futuro.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Betancourt, J. R., & Quinlan, J. (2007). Personal responsibility versus responsible options: Health care, community health promotion, and the battle against chronic disease. *Preventing Chronic Disease*, *4*(3), Obtenido de http://www.cdc.gov/pc/issues/2007/jul/07_0017.htm.

Fortinash, K., & Worret, P. (2012). *Psychiatric mental health nursing* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Horton, S. (2014). What is personal health responsibility? *ABNF Journal*, *25*(1), 5-9.

Schmidt, H. (2009). Just health responsibility. *Journal of Medical Ethics*, *35*(1), 21-26.

Snelling, P. C. (2012). Say something interesting about responsibility for health. *Nursing Philosophy*, *13*(3), 161-178.

Facilitar la expresión del sentimiento de culpa 5300

Definición: Ayudar a una persona a afrontar los sentimientos dolorosos de responsabilidad, real o percibida.

Actividades:

- Guiar al paciente/familia en la identificación de sentimientos dolorosos de culpa.
- Ayudar al paciente/familia a identificar y examinar las situaciones en las que se experimentan o generan estos sentimientos.
- 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.
- Utilizar una prueba de realidad para ayudar al paciente/familia a identificar posibles creencias irracionales.
- Ayudar al paciente/familia a identificar proyecciones destructivas de sentimientos hacia otras personas que comparten la responsabilidad de la situación.
- Facilitar la discusión de los efectos de la situación sobre las relaciones familiares.
- Facilitar el consejo genético, según corresponda.
- Derivar al paciente/familia al grupo adecuado de trauma, abuso, duelo, enfermedad, cuidador o supervivientes en busca de educación y apoyo.
- Facilitar el apoyo espiritual, según corresponda.
- Enseñar al paciente a utilizar técnicas de bloqueo del pensamiento y de sustitución del pensamiento, junto con la relajación muscular deliberada si aparecen sentimientos persistentes de culpa en la mente.
- Dirigir al paciente por los pasos del autoperdón cuando la propia culpa está confirmada.
- Ayudar al paciente/familia a identificar las opciones de prevención, restitución, expiación y resolución, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Antai-Otong, D. (2003). Crisis intervention management: The role of adaptation. In *Psychiatric nursing: Biological and behavioral concepts* (pp. 841-862). Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.

Kemp, C. (2004). Grief and loss. In K. M. Fortinash, & P. A. Holloday Worret (Eds.), *Psychiatric mental health nursing* (3rd ed., pp. 573-588). St. Louis: Mosby.

Stuart, G. (2005). Self concept responses and dissociative disorders. In G. W. Stuart, & M. T. Laraia (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed., pp. 303-329). St. Louis: Mosby.

Sundeen, S. (2005). Psychiatric rehabilitation and recovery. In G. W. Stuart, & M. T. Laraia (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed., pp. 239-257). St. Louis: Mosby.

Veenema, T. G., & Schroeder-Bruce, K. (2002). The aftermath of violence: Children, disaster, and posttraumatic stress disorder. *Journal of Pediatric Health Care*, *16*(5), 235-244.

Facilitar la meditación

5960

Definición: Facilitar que una persona modifique su nivel de consciencia centrándose específicamente en una imagen o pensamiento.

Actividades:

- Analizar la experiencia previa del paciente con la meditación.
- Conversar sobre el deseo del paciente de aprender a meditar.
- Explicar que durante la meditación uno está calmado, pero alerta.
- Proporcionar tiempo de tranquilidad, libre de interrupciones.
- Escoger un ambiente tranquilo y apacible.
- Sugerir al paciente que use ropa cómoda.
- Decidir la duración de la sesión de meditación.
- Instruir al paciente para que se siente en una posición cómoda con la espalda recta y las manos apoyadas en el regazo, si es posible.
- Informar al paciente de que los ojos pueden estar cerrados o abiertos, mirando suavemente hacia abajo unos tres pies por delante.
- 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.
- Instruir para retornar la atención al objeto escogido siempre que los pensamientos surjan en la mente, más allá de participar en el pensamiento o soñar despierto.
- Animar al paciente a meditar durante unos 10 minutos cada día, hasta ir incrementando el tiempo según lo desee a unos 25 minutos, o dos veces al día.
- Sugerir grupos de meditación en los que el paciente pueda recibir apoyo e instrucción adicional en meditación.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2018

Bibliografía:

Austin, J. H. (2011). *Meditating selflessly: Practical neural Zen*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Press.

Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness for beginners: Reclaiming the present moment and your life*. Boulder, CO: Sounds-True.

Lutz, A., Slagter, H., Dunne, J., & Davidson, R. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences, 12*(4), 163-169.

Watson, J. (2008). *Nursing: Philosophy and science of caring (revised)*. Boulder, CO: University Press of Colorado.

Facilitar la práctica religiosa

5424

Definición: Facilitación de la participación en prácticas religiosas.

Actividades:

- Identificar las inquietudes del paciente respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, ceremonias de circuncisión o prácticas alimentarias).
- Coordinar o proporcionar servicios de curación, comunión, meditación u oración en el lugar de residencia o en otro contexto.
- Fomentar el uso y la participación en cualquier ritual o práctica religiosa que no perjudique la salud.
- Proporcionar cintas de vídeo o audio de servicios religiosos, si se dispone de ellas.
- Tratar al individuo con dignidad y respeto.
- Dar oportunidades para comentar diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo.
- Coordinar o proporcionar transporte hasta el lugar de culto.
- Fomentar la planificación del ritual y la participación en él, según sea conveniente.
- Fomentar la asistencia al ritual, según sea conveniente.
- Investigar alternativas de culto.
- Fomentar la conversación sobre intereses religiosos.
- Escuchar y desarrollar un sentido de la medida del tiempo para la oración o el ritual.
- Remitir a un consejero religioso de su elección.
- Participar en modificaciones del ritual para satisfacer las necesidades de los discapacitados o enfermos.

3.ª edición 2000; revisada en 2004

Bibliografía:

Beck, R., & Metrick, S. (1990). *The art of ritual*. Berkley, CA: Celestial Arts.

LeMone, P. (2001). Spiritual distress. In M. L. Maas, K. C. Buckwalter, M. D. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. G. Titler, & J. P. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes and interventions* (pp. 782-793). St. Louis: Mosby.

Ramshaw, E. (1987). *Ritual and pastoral care*. Philadelphia: Fortress Press.

Walton, D. (1995). Adapting faith rituals. *Church of the Brethren Messenger*, 14.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

F

Facilitar la presencia de la familia 7170

Definición: Facilitar la presencia de la familia para apoyar a un individuo que esté recibiendo reanimación y/o procedimientos invasivos.

F

Actividades:

- Presentarse al personal que está tratando al paciente y a la familia.
- Determinar la conveniencia de la colocación física para la presencia familiar.
- Obtener el consenso del personal para la presencia de la familia y el momento de dicha presencia.
- Informar al equipo terapéutico de la reacción emocional de la familia respecto al estado del paciente, según corresponda.
- Obtener información respecto al estado del paciente, la respuesta al tratamiento y las necesidades identificadas.
- Presentarse y presentar a otros miembros del equipo de apoyo a la familia y al paciente.
- Comunicar de manera oportuna la información respecto al estado actual del paciente.
- Asegurar a la familia que el paciente está recibiendo la mejor atención posible.
- Cuando se hable con la familia, utilizar el nombre del paciente.
- Determinar las necesidades de apoyo emocional, físico, psicosocial y espiritual del paciente 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 corresponda.
- Preparar a la familia, asegurándose de que ha sido informada sobre qué esperar, qué oirá, olerá y/o verá.
- Informar a la familia de las expectativas y los límites de la conducta.
- Asignar un miembro del personal para asegurarse de que los miembros de la familia nunca estarán desatendidos a la cabecera del paciente.
- Acompañar a la familia a y desde la zona de tratamiento o de reanimación y anunciar su presencia al personal sanitario cada vez que la familia entre en la zona de tratamiento.
- Dar información y explicaciones sobre las intervenciones, lenguaje médico/enfermero y expectativas de la respuesta del paciente al tratamiento.
- Acompañar a la familia para alejarse de la cabecera del paciente si así lo solicita el personal que proporciona cuidados directos.
- Permitir a la familia que realice preguntas y que vea, toque y hable con el paciente antes de los traslados.
- Ayudar al paciente o a los miembros de la familia a realizar llamadas telefónicas, si es necesario.
- Ofrecer y suministrar medidas de confort y apoyo, incluida la derivación a otros servicios adecuados, si es necesario.
- Participar en la evaluación de las necesidades emocionales del personal y propias.
- Ayudar a identificar las necesidades de una consulta de estrés por incidente crítico, para desactivar sucesos, etc., según corresponda.
- Participar, iniciar y/o coordinar el seguimiento de la aflicción familiar a intervalos establecidos, según corresponda.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

American Heart Association (2000). Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Part 2: Ethical aspects of CPR and ECC. *Circulation, 102*(Suppl. 8), I-12-I-21.

Eichhorn, D., Meyers, T., Guzzetta, C., Clark, A., Klein, J., & Calvin, A. (2001). Family presence during invasive procedures and resuscitation: Hearing the voice of the patient. *American Journal of Nursing, 101*(5), 48-55.

Emergency Nurses Association (1998). Emergency Nurses Association position statement: Family presence at the bedside during invasive procedures and/or resuscitation. *Journal of Emergency Nursing, 21*(2), 26A.

Emergency Nurses Association (2001). *Presenting the option for family presence* (2nd ed.). Des Plaines, IL: Author.

Hampe, S. O. (1975). Needs of a grieving spouse in a hospital setting. *Nursing Research, 24*, 113-120.

McPhee, A. T. (1983). Let the family in. *Nursing, 13*(1), 120.

Meyers, T. A., Eichborn, D. J., & Guzzetta, C. E. (1998). Do families want to be present during CPR? A retrospective survey. *Journal of Emergency Nursing, 24*(5), 400-405.

Meyers, T. A., Eichborn, D. J., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Klein, J. D., Taliaferro, E., & Calvin, A. (2000). Family presence during invasive procedures and resuscitation. *American Journal of Nursing, 100*(2), 32-42.

Facilitar las visitas 7560

Definición: Estimulación de las visitas beneficiosas por parte de la familia y amigos.

Actividades:

- Determinar las preferencias del paciente en cuanto a visitas y a la información que se proporciona.
- Considerar las implicaciones legales/éticas de las visitas del paciente y la familia e informar de los derechos.
- Determinar la necesidad de la limitación de las visitas, como, por ejemplo, demasiados visitantes, que el paciente está impaciente o cansado o su estado físico no lo permite.
- Determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares y amigos.
- Identificar problemas específicos con las visitas, si los hubiera.
- Establecer una política de visitas flexible y centrada en el paciente, según corresponda.
- Preparar el entorno para las visitas.
- Comentar las normas de visitas con los miembros de la familia/allegados.
- Comentar las normas sobre permanencia por la noche de miembros de la familia/allegados.
- Comentar la comprensión por parte de la familia del estado del paciente.
- Establecer las responsabilidades y actividades de la familia/allegados para ayudar al paciente, como, por ejemplo, alimentarle.

- Establecer horas de visitas óptimas por parte de la familia/allegados.
- Explicar el fundamento de la limitación del tiempo de visitas.
- Evaluar periódicamente tanto con el paciente como con la familia las visitas realizadas en relación con las necesidades del paciente/familia, y revisar en consecuencia.
- Explicar a los visitantes, incluidos los niños, lo que pueden esperar ver y oír antes de su primera visita al hospital, según corresponda.
- Explicar el procedimiento realizado.
- Animar a los miembros de la familia a utilizar el contacto físico, así como las comunicaciones verbales, según corresponda.
- Proporcionar una silla a la cabecera del paciente.
- Ser flexibles con las visitas al mismo tiempo que se facilitan períodos de descanso.
- Evaluar la respuesta del paciente a las visitas de la familia.
- Observar los indicios verbales y no verbales del paciente respecto a las visitas.
- Facilitar las visitas de los niños, según corresponda.
- Fomentar el uso del teléfono para mantener el contacto con los seres queridos, según corresponda.
- Seleccionar los visitantes, especialmente los niños, por razones de enfermedades transmisibles antes de la visita.
- Clarificar el significado de lo que perciba el miembro familiar durante la visita.
- Proporcionar apoyo y aprecio a los miembros de la familia después de la visita, si es necesario.
- Ofrecer a la familia el número de teléfono de la unidad para que llamen desde su casa.
- Informar a la familia de que un cuidador los llamará a casa si se produce un cambio importante en el estado del paciente.
- Preparar un sitio para que los familiares puedan dormir cerca del paciente, según corresponda.
- Ayudar a los familiares a encontrar un alojamiento y un lugar adecuados donde comer.
- Informar a la familia de la legislación que les otorga el derecho a días de permiso para faltar al trabajo sin retribución.
- Responder a las preguntas y dar explicaciones de los cuidados en términos que los visitantes puedan entender.
- Transmitir sentimientos de aceptación a los visitantes.
- Facilitar el encuentro/consulta con el médico y otros cuidadores.
- Hacer preguntas a los visitantes, incluidos los niños, después de las visitas.
- Ayudar a los padres a planificar el apoyo continuo de los niños después de la visita.
- Preparar la visita de animales, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Daly, J. M. (1999). Visitation facilitation. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. Philadelphia: W.B. Saunders.

Halm, M. (1990). Effects of support groups on anxiety of family members during critical illness. *Heart & Lung, 19*(1), 62-71.

Kleiber, C., Davenport, T., & Freyenberger, B. (2006). Open bedside rounds for families with children in pediatric intensive care units. *American Journal of Critical Care, 15*(5), 492-496.

Kleiber, C., Montgomery, L. A., & Craft-Rosenberg, M. (1995). Information needs of the siblings of critically ill children. *Children's Health Care, 24*(1), 47-60.

Krapohl, G. L. (1995). Visiting hours in the adult intensive care unit: Using research to develop a system that works. *Dimensions of Critical Care Nursing, 14*(5), 245-258.

Lazure, L. L. (1997). Strategies to increase patient control of visiting. *Dimensions of Critical Care Nursing, 16*(1), 11-19.

Montgomery, L. A., Kleiber, C., Nicholson, A., & Craft-Rosenberg, M. (1997). A research-based sibling visitation program for the neonatal ICU. *Critical Care Nurse, 17*(2), 29-40.

Sims, J. M., & Miracle, V. A. (2006). A look at critical care visitation: The case for flexible visitation. *Dimensions of Critical Care Nursing, 25*(4), 175-180.

Titler, M. G., Cohen, M. Z., & Craft, M. J. (1991). Impact of adult critical care hospitalization: Perceptions of patients, spouses, children, and nurses. *Heart & Lung, 20*(2), 174-182.

Facilitar permisos 7440

Definición: Organizar una salida del centro sanitario para un paciente.

Actividades:

- Obtener la orden del médico para el permiso, según corresponda.
- Establecer los objetivos para el permiso.
- Proporcionar información acerca de las restricciones y duración del permiso.
- Proporcionar la información necesaria para su uso en caso de urgencia durante el permiso.
- Proporcionar información sobre las cuberturas de su seguro médico para el permiso, según corresponda.
- Determinar quién es la persona responsable del paciente, si procede.
- Comentar el permiso con la persona responsable describiendo los cuidados/autocuidados, si es necesario.
- Conseguir la medicación que debe llevarse durante el permiso e instruir a la persona responsable.
- Proporcionar los dispositivos y equipos de asistencia, si se precisan.
- Ofrecer sugerencias para la realización de actividades adecuadas durante el permiso, si es preciso.
- Ayudar a empaquetar las pertenencias personales para el permiso, si es necesario.
- Disponer tiempo para que el paciente, la familia y los amigos hagan preguntas y expresen inquietudes.
- Instruir a la persona correspondiente con la información que necesitará acerca de la medicación, los alimentos y la ingesta de alcohol mientras esté de permiso.
- Proporcionar instrucciones escritas, según sea necesario.
- Obtener la firma del paciente o de la persona responsable en el formulario de salida.
- Anotar en el formulario de salida la fecha y hora de salida; el nombre, la concentración, la dosis y la cantidad de medicamentos suministrados; las instrucciones proporcionadas y otras acciones pertinentes.
- Evaluar al regreso si se han cumplido los objetivos del permiso.
- Verificar a la vuelta que los medicamentos fueron tomados según las instrucciones.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:
Alper, E., O'Malley, T. A., & Greenwald, J. (2013). *Hospital discharge*. Obtenido de UpToDate database http://www.uptodate.com/contents/hospital-discharge
BC Children's Hospital. (2011). *Leave of absence—Patient (day/overnight pass)*. Obtenido de http://bccwhcms.medworxx.com/Site_Published/bcc/document_render.aspx?documentRender.IdType=30&documentRender.GenericField=1&documentRender.Id=3827
BC Children's Hospital. (2013). *Dispensing medication to patients grante temporary leave of absence from hospital ("pass meds")*. Obtenido de http:/ bccwhcms.medworxx.com/Site_Published/bcc/document_render.aspx?do cumentRender.IdType=30&documentRender.GenericField=1&documen tRender.Id=7855

F

Fisioterapia torácica 323

Definición: Ayudar al paciente a expulsar las secreciones de las vías respiratorias mediante percusión, vibración y drenaje postural.

Actividades:
- Determinar la presencia de contraindicaciones para el uso de fisioterapia torácica (exacerbación aguda de EPOC, neumonía sin evidencia de producción excesiva de esputo, osteoporosis, cáncer de pulmón y edema cerebral).
- Realizar la fisioterapia torácica al menos 2 horas después de comer.
- Explicar al paciente la finalidad y los procedimientos usados durante la fisioterapia torácica.
- Colocar todos los equipos necesarios cerca (p. ej., dispositivo de aspiración, recipiente para el esputo y pañuelos de papel).
- 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.
- Determinar el segmento o segmentos pulmonares que contienen secreciones excesivas.
- 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 (es decir, evitar colocar a los pacientes con EPOC, traumatismo craneoencefálico agudo y problemas cardíacos en posición de Trendelenburg, pues provoca disnea, aumento de la presión intracraneal y estrés, respectivamente).
- Utilizar almohadas para sostener al paciente en la posición designada.
- 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, las incisiones y las costillas fracturadas.
- Aplicar sistemas neumáticos, acústicos o eléctricos de percusión torácica.
- Aplicar vibración manual de forma rápida y vigorosa, manteniendo los hombros y los brazos rectos y las muñecas rígidas, sobre las áreas que se van a drenar mientras el paciente espira
- tose de 3 a 4 veces.
- Instruir al paciente para que expectore las secreciones liberada mediante respiraciones profundas.
- Animar al paciente a que tosa durante y después del proced miento.
- Aspirar las secreciones liberadas.
- Monitorizar la tolerancia del paciente durante y después d procedimiento (p. ej., pulsioximetría, signos vitales y nivel d comodidad referido).

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:
Cantin, A. M., Bacon, M., & Berthiaume, Y. (2006). Mechanical airway cle rance using the frequencer electro-acoustical transducer in cystic fibros *Clinical & Investigative Medicine*, *29*(3), 159-165.
Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2009). Oxygenation: Respiratory function. *Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed., pp. 816-87 Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
Nelson, D. M. (1992). Interventions related to respiratory care. *Nursing Clin of North America*, *27*(2), 301-323.
Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2008). Respiratory care. In *Clinic nursing skills: Basic to advanced skills* (7th ed., pp. 939-1002). Upper Sadd River, N J: Pearson Prentice Hall.
Workman, M. L. (2010). Care of patients with noninfectious lower respirato problems. In D. D. Ignatavicius, & M. L. Workman (Eds.), *Medical-surgi nursing: Patient-centered collaborative care* (6th ed., pp. 609-652). St. Lou MO: Saunders Elsevier.
Yang, M., Yan, Y., Yin, X., Wang, B. Y., Wu, T., Liu, G. J., & Don, B. R. (201 Chest physiotherapy for pneumonia in adults. *Cochrane Database of Syst matic Reviews*(2), CD006338.

Fitoterapia 242

Definición: Uso de ingredientes activos o sustancias contenidas en plantas medicinales para mantener la salud o trata enfermedades.

Actividades:
- Utilizar la historia clínica para determinar la idoneidad de la terapia con hierbas o esencias florales.
- Verificar el historial de salud sobre alergias.
- Instruir al paciente sobre el uso terapéutico de hierbas o esencias florales (p. ej., antecedentes, filosofía, modos de acción, contraindicaciones).
- Seleccionar el tipo de planta adecuada en relación con el esta de salud de la persona.
- Obtener sustancias medicinales de fuentes reconocidas.
- Considerar el uso de esencias florales preparadas como la cole ción de 38 elixires florales de Bach.
- Preparar hierbas o flores medicinales (p. ej., recolectar, lav cortar, cocinar), según se indique.

- Determinar la forma en que se prepara la planta medicinal o parte de la planta (p. ej., infusión, decocción, maceración).
- Almacenar los preparados fuera de la luz directa del sol en un ambiente templado.
- Determinar la dosis y las pautas para la administración de los productos herbales.
- Ayudar al paciente en el uso correcto de los productos herbales (p. ej., preparación, tiempo y método de administración).
- Explicar los efectos de la interacción con otros medicamentos recetados, si es necesario.
- Monitorizar la respuesta esperada o los posibles efectos adversos.
- Registrar en la historia clínica la acción y respuesta a la fitoterapia.

7.ª edición 2018

Bibliografía:

Brendler, T., Gruenwald, J., Ulbricht, C., & Basch, E. (2006). Devil's claw (harpagophytum procumbens DC): An evidence-based systematic review by the natural standard research collaboration. *Journal of Herbal Pharmacotherapy, 6*(1), 89-126.

Bunchorntavakul, C., & Reddy, K. R. (2013). Review article: Herbal and dietary supplement hepatotoxicity. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics. 37*(1), 3-17.

Dwyer, A. V., Whitten, D. L., & Hawrelak, J. A. (2011). Herbal medicines, other than St. John's Wort, in the treatment of depression: A systematic review. *Alternative Medicine Review, 16*(1), 40-49.

Lakhan, S., & Vieira, K. (2010). Nutritional and herbal supplements for anxiety and anxiety-related disorders: Systematic review. *Nutrition Journal, 9*(42), doi: 10.1186/1475-2891-9-42.

Sánchez, M. T. (2012). Phytotherapy for the treatment of chronic venous insufficiency. *The buckeye. Revista Internacional De Ciencias Podológicas, 6*(1), 31-37.

Sarris, J., Panossian, A., Schweitzer, I., Stough, C., & Scholey, A. (2011). Herbal medicine for depression, anxiety, and insomnia: A review of psychopharmacology and clinical evidence. *European Neuropsychopharmacology, 21*(12), 841-860.

Scheffer, M. (2009). *Bach flowers for crisis care: Remedies for emotional and psychological well-being*. Rochester, VT: Healing Arts Press.

F

Flebotomía: muestra de sangre arterial 4232

Definición: Obtención de una muestra sanguínea de una arteria sin canalizar para valorar los niveles de oxígeno y dióxido de carbono y el equilibrio acidobásico.

Actividades:

- Mantener las precauciones universales.
- Palpar la arteria braquial o radial para observar el pulso.
- Realizar el test de Allen antes de la punción de la arteria radial.
- Limpiar la zona con una solución adecuada.
- Introducir una pequeña cantidad de heparina en la jeringa para recubrir su depósito y la luz de la aguja.
- Expulsar todas las burbujas de aire de la jeringa.
- Fijar la arteria tensando la piel.
- Insertar la aguja directamente sobre el pulso con un ángulo de 45 a 60 grados, según la zona de punción.
- Obtener una muestra de 3 a 5 ml de sangre.
- Retirar la aguja cuando se haya obtenido la muestra.
- Aplicar presión sobre el sitio de 5 a 15 minutos.
- Tapar la jeringa y colocarla en hielo inmediatamente.
- Etiquetar la muestra, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Organizar el transporte inmediato de la muestra al laboratorio.
- Aplicar una venda compresiva sobre el sitio, según corresponda.
- Registrar la temperatura, porcentaje de oxígeno, método de entrega, sitio de punción y valoración circulatoria después de la punción.
- Interpretar los resultados y ajustar el tratamiento, según corresponda.

2.ª edición 1996; revisada en 2004

Bibliografía:

Evans-Smith, P. (2005). Oxygenation. In *Taylor's clinical nursing skills: A nursing process approach* (pp. 543-628). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Garza, D., & Becan-McBride, K. (1984). *Phlebotomy handbook* (pp. 105-107). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Fluid, electrolyte, and acid-base balance. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 1351-1409). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Miller, K. (1985). Arterial puncture. In S. Millar, L. Sampson, & S. Soukup (Eds.), *AACN procedure manual for critical care* (pp. 54-61). Philadelphia: W. B. Saunders.

Flebotomía: muestra de sangre venosa 4238

Definición: Extracción de una muestra sanguínea venosa de una vena sin canalizar.

Actividades:

- Revisar la orden médica de la muestra que debe extraerse.
- Verificar la correcta identificación del paciente.
- Minimizar la ansiedad del paciente explicando el procedimiento y las razones de la extracción, según corresponda.
- Crear un ambiente de intimidad.
- Revisar las experiencias previas de venopunción y las preferencias del paciente sobre el sitio de la venopunción.
- Seleccionar la vena, teniendo en cuenta la cantidad de sangre necesaria, el estado mental, comodidad, edad, disponibilidad y condición de los vasos sanguíneos, así como la presencia de fístulas o derivaciones arteriovenosas.
- Evitar las áreas con riesgo de lesiones nerviosas (p. ej., un área de 8 cm por encima del pulgar o en la parte interna de la muñeca justo por encima de la palma de la mano).
- Seleccionar el tipo y el tamaño de aguja adecuados.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Seleccionar el tubo de muestra sanguínea adecuado.
- Colocar la extremidad por debajo del nivel del corazón.
- Estimular la dilatación del vaso mediante el uso de un torniquete, gravedad, aplicación de calor, masajeando la vena o apretando el puño y luego relajándolo.
- Evitar aplicar el torniquete más de 1 minuto para minimizar la hemólisis de la muestra.
- Limpiar la zona con una solución adecuada, según protocolo del centro.
- Limpiar la zona con un movimiento circular, comenzando en el punto de la venopunción establecido y moviéndose en círculos hacia afuera.
- Mantener una técnica aséptica estricta.
- Mantener las precauciones universales.
- Solicitar al paciente que permanezca quieto durante la venopunción.
- Insertar la aguja con un ángulo de 20-30° en la dirección del retorno sanguíneo venoso.
- Observar si se produce retorno sanguíneo en la aguja.
- Extraer la muestra de sangre.
- Retirar la aguja de la vena y aplicar presión inmediatamente en el sitio con una gasa seca mínimo durante 1 minuto.
- Aplicar un apósito, si procede.
- Aconsejar al paciente que deje el apósito en su lugar durante al menos una hora.
- Etiquetar la muestra con el nombre del paciente, fecha y hora de la extracción, y demás información, según protocolo del centro.
- Enviar la muestra etiquetada al laboratorio correspondiente.
- Colocar todos los objetos afilados (agujas) en un contenedor.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Appold, K. (2009). Solving phlebotomy problems. *Journal of Continuing Education Topics and Issues*, *11*(3), 102-105.

Downing, J., Yoder, L. H., & Kirksey, K. M. (2011). A qualitative study of phlebotomy device selection. *MEDSURG Nursing*, *2*(6), 291-295.

Potter, P., Perry, A., Stockert, P., & Hall, A. (Eds.). (2013). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Scales, K. (2008). A practical guide to venepuncture and blood sampling. *Nursing Standard*, *22*(29), 29-36.

Flebotomía: obtención de una unidad de sangre 4234

Definición: Obtención de sangre y hemoderivados de donantes.

Actividades:

- Mantener las precauciones estándar.
- Seguir el protocolo del centro para el análisis y la aceptación de donantes (p. ej., consumo de drogas y VIH).
- Obtener información demográfica del donante.
- Obtener el consentimiento escrito del donante autorizando la extracción y utilización de su sangre.
- Asegurarse de que el donante ha comido en las 4-6 horas anteriores a la donación de sangre.
- Determinar los niveles de hemoglobina y hematocrito.
- Pesar y comprobar los signos vitales del paciente antes de la donación.
- Asegurar la disponibilidad del equipo de emergencia.
- Asegurarse de que la piel del sitio de venopunción no presenta lesiones.
- Mantener una técnica aséptica estricta.
- Reunir el equipo.
- Colocar al donante en posición semiacostada durante el proceso de donación.
- Limpiar la piel con una preparación yodada antes de la venopunción, según el protocolo del centro.
- Realizar la venopunción.
- Conectar el sistema y la bolsa de extracción de sangre.
- Asegurarse de que la sangre recogida en la bolsa se mezcla con anticoagulantes.
- Indicar al donante que eleve el brazo y que aplique presión firme durante 2-3 minutos después de finalizar el proceso de donación de sangre o de hemoderivados.
- Colocar una venda o apósito compresivo sobre el sitio de venopunción, según corresponda.
- Indicar al donante que permanezca tumbado durante 1-2 minutos, o más si se nota desfallecimiento o debilidad.
- Animar al donante a permanecer sentado durante 10-15 minutos después de la donación.
- Indicar al donante que coma y que beba líquidos justo después de la donación.
- Etiquetar y guardar la sangre, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Permanecer con el donante durante e inmediatamente después de la extracción de sangre.
- Indicar al donante que mantenga el vendaje compresivo durante varias horas después de la donación.
- Indicar al donante que evite levantar pesos durante varias horas después de la donación.
- Indicar al donante que evite fumar durante 1 hora y que no consuma bebidas alcohólicas durante 3 horas después de la donación.
- Indicar al donante que aumente la ingesta de líquidos durante los 2 días siguientes a la donación.
- Indicar al donante que ingiera comidas bien equilibradas durante las 2 semanas siguientes a la donación.

2.ª edición 1996; revisada en 2004

Bibliografía:

Beekmann, S. E., Vaughn, T. E., McCoy, K. D., Ferguson, K. J., Torner, J. C., Woolson, R. F., & Doebbeling, B. N. (2001). Hospital bloodborne pathogens programs: Program characteristics and blood and body fluid exposure rates. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, *22*(2), 73-82.

Ernst, D. J., & Ernst, C. (2001). *Phlebotomy for nurses and nursing personnel.* Ramsey, IN: HealthStar Press.

Garza, D., & Becan-McBride, K. (1999). *Phlebotomy handbook: Blood collection essentials* (5th ed., pp. 227-252). Stamford, CT: Appleton & Lange.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed., pp. 1188-1196). St. Louis: Mosby.

Flebotomía: vía canalizada 4235

Definición: Extracción de una muestra de sangre a través de un catéter vascular permanente para pruebas de laboratorio.

Actividades:

- Montar el equipo, lavarse las manos y ponerse guantes.
- Parar cualquier infusión i.v. que pueda contaminar la muestra de sangre.
- Quitar el tapón o el tubo para acceder a la conexión; limpiar la conexión con alcohol y dejarla secar.
- Seguir las instrucciones del fabricante para obtener una muestra de un catéter permanente.
- Aplicar un torniquete central al lugar i.v. periférico, solo si es necesario.
- Conectar un adaptador sin aguja y un vacutainer, o jeringa, a la conexión de acceso vascular; abrir la vía al paciente ajustando la llave de cierre o abriendo las pinzas.
- Aspirar suavemente la sangre en la jeringa o tubo de muestras adecuado; desechar la primera cantidad según el catéter utilizado, las pruebas de laboratorio prescritas y las normas del centro; recoger la sangre necesaria para las pruebas de laboratorio.
- Quitar el torniquete, si se ha aplicado.
- Lavar la conexión y el catéter con la solución adecuada. Monitorizar con atención para evitar que se introduzcan burbujas de aire o coágulos en la línea.
- Colocar un tapón limpio en la conexión de acceso y reanudar las infusiones que se hayan interrumpido.
- Llenar los tubos de muestras de la jeringa del vacutainer de la manera adecuada (p. ej., tubo heparinizado al final).
- Etiquetar y empaquetar las muestras según las normas del centro; enviar al laboratorio indicado.
- Colocar todos los objetos cortantes y contaminados en el contenedor adecuado.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

Darovic, G., & Vanriper, S. (1995). Arterial pressure monitoring. In G. Darovic (Ed.), *Hemodynamic monitoring: Invasive and noninvasive clinical applications* (2nd ed., pp. 205-207). Philadelphia: W. B. Saunders.

Evans-Smith, P. (2005). Fluid, electrolyte, and acid-base balance. In *Taylor's clinical nursing skills: A nursing process approach* (pp. 629-672). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kennedy, C., Angermuller, S., King, R., Noviello, S., Walker, J., Warden, J., & Vang, S. (1996). A comparison of hemolysis rates using intravenous catheters versus venipuncture tubes for obtaining blood samples. *Journal of Emergency Nursing, 22*(6), 566-569.

Laxson, C., & Titler, M. (1994). Drawing coagulation studies from arterial lines: An integrative literature review. *American Journal of Critical Care, 3*(1), 16-24.

Mohler, M., Sato, Y., Bobick, K., & Wise, L. (1988). The reliability of blood sampling from peripheral intravenous infusion lines: Complete blood cell counts, electrolyte panels, and survey panels. *Journal of Intravenous Nursing, 21*(4), 209-214.

Fomentar el apego 6710

Definición: Facilitar el desarrollo de una relación afectiva y duradera entre el lactante y los progenitores.

Actividades:

- Comentar con los progenitores las expresiones de apego basadas en su cultura, antes y después del parto.
- Comentar la reacción de los progenitores al embarazo.
- Determinar la imagen que tienen los progenitores de su bebé aún no nacido.
- Comentar la experiencia de los progenitores al oír los tonos cardíacos fetales.
- Comentar la experiencia de los progenitores sobre los movimientos fetales.
- Animar a los progenitores a asistir a clases prenatales.
- Instruir a la pareja de la paciente sobre las formas de participar durante el parto.
- Colocar al recién nacido sobre el cuerpo de la madre inmediatamente después del parto.
- Dar al padre la oportunidad de ver, coger y explorar al recién nacido justo después del parto (es decir, diferir los procedimientos innecesarios y proporcionar intimidad).
- Facilitar el contacto ocular entre el progenitor y el recién nacido justo después del parto (es decir, usar una posición enfrentada, atenuar las luces de la habitación y proporcionar un entorno tranquilo e íntimo).
- Completar las evaluaciones materna y del recién nacido mientras se permite al progenitor sostener al recién nacido.
- Compartir la información obtenida de la valoración física inicial del recién nacido con los padres.
- Informar a los progenitores de los cuidados proporcionados al recién nacido.
- Proporcionar analgesia a la madre.
- Animar 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, llorar).
- 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).
- Alentar a que se proporcione una respuesta rápida y homogénea al llanto del lactante.
- Mostrar a los progenitores técnicas para calmar al lactante.
- Comentar las características conductuales del lactante con los progenitores.
- Señalar las pistas del lactante que indican su capacidad de respuesta al progenitor.
- Instruir a los progenitores sobre los signos de sobreestimulación.
- 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).

F

- Instruir a los progenitores sobre las diversas maneras de proporcionar contacto piel con piel (p. ej., método canguro, masajes y baños conjuntos).
- Instruir a los progenitores sobre los cuidados del lactante (p. ej., cambio del pañal, alimentación, forma de cogerlo, masajes).
- Alentar la participación de los familiares y amigos en los cuidados del lactante.
- 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.
- Ayudar a los progenitores de partos múltiples a reconocer la individualidad de cada 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.
- 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 el equipo y las tubuladuras.
- Enseñar las formas de tocar a un lactante que se encuentre en una cámara de aislamiento.
- Proporcionar objetos visuales correspondientes al lactante (p. ej., fotografía del lactante, huella del pie) a los progenitores de lactantes hospitalizados.
- Actualizar con frecuencia la información ofrecida a los progenitores sobre el estado del lactante hospitalizado.
- Instruir a los progenitores sobre el desarrollo del apego, haciendo hincapié en su complejidad, naturaleza evolutiva y oportunidades.
- Proporcionar orientación anticipatoria sobre los hitos del desarrollo que se producirán.
- Determinar cómo afronta la familia las transiciones.
- Proporcionar a los progenitores la posibilidad de comentar los temas que les preocupan (p. ej., miedos, preguntas relativas a los cuidados del lactante, sentimientos de cansancio, tratamiento del dolor y formas de interactuar con el lactante y responderle).
- Monitorizar los factores que puedan interferir con un apego óptimo (p. ej., trastornos psiquiátricos en los progenitores, dificultades económicas, separación de los progenitores y el niño por motivos médicos o una intervención quirúrgica, dificultades con la lactancia materna, proporcionar cuidados de acogida y adopción).
- Derivar a otros servicios (p. ej., económicos, religiosos y de asesoramiento), según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Denehy, J. A. (1992). Interventions related to parent-infant attachment. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 425-443.

Gribble, K. D. (2007). A model for caregiving of adopted children after institutionalization. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing, 20*(1), 14-26.

Moore, E. R., Anderson, G. C., & Bergman, N. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007*(3), doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub2.

Murphy, N. L. (2009). Facilitating attachment after international adoption. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 34*(4), 210-215.

Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2009). *Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, & families*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.

Wheeler, B., & Wilson, D. (2007). Health promotion of the newborn and family. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (8th ed., pp. 257-309). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Fomentar el desarrollo: adolescentes 8272

Definición: Facilitar el crecimiento físico, cognitivo, social y emocional óptimo de los individuos durante la transición de la infancia a la edad adulta.

Actividades:

- Crear una relación de confianza con el adolescente y sus cuidadores.
- Animar al adolescente para que se implique activamente en las decisiones respecto a su propio cuidado de salud.
- Comentar los hitos del desarrollo y las conductas asociadas normales con el adolescente y sus cuidadores.
- Investigar los problemas de salud relacionados con el adolescente y/o sugeridos por el historial del paciente (p. ej., anemia, hipertensión, alteraciones visuales o auditivas, hiperlipemias, problemas dentales, madurez sexual anormal, crecimiento físico anormal, trastornos de la imagen corporal, trastornos de la alimentación, mala nutrición, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, conducta sexual no saludable, enfermedad infecciosa, bajo autoconcepto, baja autoestima, depresión, relaciones difíciles, abuso, problemas de aprendizaje o problemas laborales).
- Proporcionar las vacunas adecuadas (p. ej., sarampión, parotiditis, rubéola, difteria, tétanos, hepatitis B).
- Proporcionar asesoramiento y orientación sobre la salud al adolescente y a sus cuidadores.
- Fomentar la higiene y el arreglo personal.
- Favorecer la participación en ejercicios seguros con regularidad.
- Fomentar una dieta saludable.
- Facilitar el desarrollo de la identidad sexual.
- Favorecer una conducta sexual responsable.
- Proporcionar anticonceptivos con instrucciones para su uso, si es necesario.
- Fomentar la evitación del alcohol, el tabaco y las drogas.
- Impulsar la seguridad en la conducción.
- Facilitar las habilidades de toma de decisiones.
- Promover las habilidades comunicativas.
- Fomentar las habilidades de asertividad.
- Facilitar el sentido de la responsabilidad para uno mismo y para los demás.
- Promover las respuestas no violentas para la resolución de conflictos.
- Favorecer la fijación de objetivos de los adolescentes.
- Promover el desarrollo y el mantenimiento de las relaciones sociales.
- Favorecer la participación en las actividades escolares, extraescolares y de la comunidad.
- Fomentar la eficacia de los adolescentes como progenitores.
- Remitir a servicios de asesoramiento, según sea necesario.

3.ª edición 2000

Bibliografía:
Aquilino, M. L. (2001). Teen pregnancy: Primary prevention. In M. Craft-Rosenberg, & J. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants, children, and families* (pp. 659-674). Thousand Oaks, CA: Sage.
Archer, S. (Ed.). (1994). *Interventions for adolescent identity development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
Papalia, D., & Olds, S. (1995). *Human development* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.
Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Rice, F. (1997). *Child and adolescent development*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
Ross-Alaolmolki, K. (2001). Teaching conflict resolution. In M. Craft-Rosenberg, & J. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants, children, and families* (pp. 691-706). Thousand Oaks, CA: Sage.

F

Fomentar el desarrollo: lactantes 8278

Definición: Facilitar el crecimiento óptimo de los niños menores de 1 año de edad en los ámbitos físico, cognitivo, social y emocional.

Actividades:

- Instruir a los progenitores sobre una nutrición y unos hábitos adecuados de nutrición del lactante.
- Comentar y apoyar la decisión de emplear lactancia materna o con biberón.
- Instruir sobre el modo adecuado de almacenar, preparar y manipular la leche materna o la leche artificial para lactantes.
- Introducir los alimentos sólidos alrededor de los 6 meses de edad, instruyendo a los progenitores sobre la selección y preparación de los alimentos, los métodos de introducción y el almacenamiento de los mismos.
- Instruir a los progenitores para que no ofrezcan al lactante un biberón con zumo o leche cuando esté en la cama.
- Proporcionar orientación anticipatoria para el destete del lactante, incluidos los signos indicativos de que está preparado.
- Fomentar que se establezcan rituales para acostarse que reduzcan o eliminen las alteraciones del ciclo sueño-vigilia.
- Ayudar a los progenitores a identificar la presencia de alteraciones o trastornos del sueño.
- Determinar la técnica adecuada para el manejo de las alteraciones o trastornos del sueño.
- Comentar los riesgos y beneficios de que el lactante y el cuidador duerman juntos.
- Proporcionar estimulación visual, auditiva, táctil y cinética durante el juego.
- Estructurar el juego y los cuidados según el estilo conductual del lactante y sus patrones temperamentales.
- Proporcionar juguetes y actividades seguros según el grado de desarrollo.
- Explicar la necesidad de suplementación con flúor a partir de los 6 meses de edad.
- Instruir a los progenitores para que comiencen a limpiar la cavidad oral del lactante con un paño húmedo tras la erupción del primer diente.
- Utilizar un cepillo dental de cerdas blandas con agua o con pasta de dientes sin flúor una vez que hayan salido varios dientes.
- Determinar el calendario adecuado para la revisión dental inicial y las siguientes.
- Realizar los estudios de cribado recomendados (p. ej., anemia, exposición al plomo y visión).
- Proporcionar una información precisa sobre los riesgos, beneficios, contraindicaciones y efectos secundarios de las vacunas programadas.
- Identificar la necesidad de inmunizaciones adicionales para grupos seleccionados de niños.
- Proporcionar orientación anticipatoria sobre la disciplina, dependencia, aumento de la movilidad y seguridad.
- Comentar las estrategias de tiempo de espera frente a las de castigo corporal para lograr la disciplina, alentando las segundas.
- Instruir a los progenitores sobre estrategias de prevención de lesiones adaptadas al estadio concreto de desarrollo del niño y a su nivel de curiosidad.
- Fomentar la provisión de un espacio seguro para que el lactante explore.
- Comentar las estrategias de prevención de lesiones para las quemaduras por llama y eléctricas, asfixia y aspiración, intoxicación, caídas, lesiones corporales, ahogamiento y lesiones por accidente de tráfico.
- Instruir a los progenitores sobre las estrategias de prevención del SMSL (síndrome de muerte súbita del lactante).
- Instruir a los progenitores sobre el temperamento del niño y su asociación con el tipo de interacción del lactante con los demás.
- Fomentar y facilitar el vínculo y el apego de la familia con el lactante.
- Apoyar y alabar las habilidades y esfuerzos parentales.
- Comentar el regreso de los progenitores al trabajo y las opciones para el cuidado del niño.
- Identificar y tratar la presencia de conflictos, falta de apoyo y enfermedades en la familia.
- Proporcionar información a los progenitores sobre el desarrollo y la crianza del niño.
- Remitir a servicios de educación parental, según corresponda.

6.ª edición 2013

Bibliografía:
Ball, J. W., & Bindler, R. C. (2008). Health promotion and health maintenance for the newborn and infant. In *Pediatric nursing: Caring for children* (4th ed., pp. 281-308). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
Levine, D. A. (2006). Evaluation of the well child. In R. M. Kliegman, K. J. Marcdante, H. B. Jenson, & R. E. Behrman (Eds.), *Nelson essentials of pediatrics* (5th ed., pp. 34-43). Philadelphia: Elsevier Saunders.
Wilson, D. (2007). Health promotion of the infant and family. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (8th ed., pp. 499-565). St. Louis: Mosby Elsevier.
Wong, D. L., Hockenberry, M. J., Wilson, D., Perry, S. E., & Lowdermilk, D. L. (2006). The infant and family. In *Maternal child nursing care* (3rd ed., pp. 1027-1088). St. Louis: Mosby Elsevier.

F

Fomentar el desarrollo: niños

82

Definición: Facilitar o enseñar a los progenitores/cuidadores a conseguir un crecimiento óptimo de los niños en edad prees colar y escolar en los ámbitos motor grueso y fino, lingüístico, cognitivo, social y emocional.

Actividades:

- Desarrollar una relación de confianza con el niño.
- Establecer una interacción individual con el niño.
- Ayudar a cada niño a tener conciencia de su importancia como individuo.
- Identificar las necesidades especiales del niño y las adaptaciones necesarias, cuando proceda.
- Desarrollar una relación de confianza con los cuidadores.
- Enseñar a los cuidadores los hitos de desarrollo normales y las conductas relacionadas con ellos.
- Mostrar a los cuidadores las actividades que promueven el desarrollo.
- Facilitar el contacto de los cuidadores con los recursos comunitarios, según corresponda.
- Remitir a los cuidadores a grupos de apoyo, según corresponda.
- Facilitar la integración del niño con sus compañeros.
- Asegurarse de que el lenguaje corporal concuerda con la comunicación verbal.
- Animar al niño a que interactúe con otros mediante habilidades de interacción por modelos de rol.
- Proporcionar actividades que fomenten la integración entre los niños.
- Ayudar al niño a compartir y a establecer turnos.
- Animar al niño a que se exprese a través de recompensas o retroalimentación positivas por los intentos.
- Abrazar o mecer y consolar al niño, especialmente cuando esté contrariado.
- Establecer la cooperación, y no la competencia, entre los niños.
- Crear un espacio seguro y bien definido que el niño explore y en el que aprenda.
- Enseñar al niño a solicitar ayuda de los demás, cuando sea necesario.
- Fomentar los sueños o fantasías, cuando corresponda.
- Ofrecer juguetes o materiales apropiados a la edad.
- Ayudar al niño a que aprenda habilidades de autoayuda (alimentarse, ir al baño, cepillarse los dientes, lavarse las manos y vestirse).
- Escuchar y hablar de música.
- Cantar y conversar con el niño.
- Animar al niño a que cante y baile.
- Enseñar al niño a que obedezca instrucciones.
- Facilitar juegos de rol sobre las actividades diarias de los adultos trasladadas al mundo del niño (jugar a tiendas, etc.).
- Ser coherente y estructurado con las estrategias de manejo/modificación de la conducta.
- Redirigir la atención, cuando sea necesario.
- Establecer que el niño que se porta mal tenga «descansos «tiempos muertos».
- Proporcionar oportunidades y materiales para construir, dibu modelar con arcilla, pintar y colorear.
- Ayudar con el recorte y pegado de diversas formas.
- Proporcionar la oportunidad de armar puzles y laberintos.
- Enseñar al niño a reconocer y manipular formas.
- Enseñar al niño a escribir nombres/reconocer primeras letr reconocer nombres, según corresponda.
- Nombrar objetos del ambiente en que se desenvuelva.
- Contar o leer cuentos al niño.
- Trabajar en el orden y secuencia de las letras, números y objet
- Ayudar en la organización del espacio.
- Enseñar a planificar animando al niño a adivinar lo que sucede a continuación y disponer que el niño dé una lista de las posib opciones, etc.
- Proporcionar oportunidades y animar a hacer ejercicio y acti dades motoras de los músculos mayores.
- Enseñar al niño a saltar sobre objetos.
- Enseñar al niño a realizar volteretas.
- Proporcionar oportunidades de jugar en el patio.
- Salir a caminar con el niño.
- Vigilar el régimen de medicación prescrito, según corresponc
- Asegurar que las pruebas y/o tratamientos médicos se realiz de una manera oportuna, según corresponda.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

American Public Health Association and the American Academy of Pediatr (1992). *Caring for our children—National health and safety performar standards: Guidelines for out-of home child care programs*. Washingtc DC: Author.

Kane, M. (1984). Cognitive styles of thinking and learning: Part 1. *Acaden Therapy, 19*(5), 527-536.

Peck, J. (1989). Using storytelling to promote language and literacy develo ment. *The Reading Teacher, 43*(2), 138-141.

Phillips, S., & Hartley, J. T. (1988). Developmental differences and interventio for blind children. *Pediatric Nursing, 14*(3), 201-204.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbeari and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins.

Fomentar el rol parental 8300

Definición: Proporcionar información sobre el rol parental, apoyo y coordinación de servicios globales a familias de alto riesgo.

Actividades:

- 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 y 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 en el cambio de papeles y en las expectativas del rol parental.
- Remitir a visitadores masculinos a domicilio para trabajar con los padres, según sea conveniente.
- Proporcionar la orientación anticipatoria necesaria en los diferentes niveles de desarrollo.
- Proporcionar folletos, libros y otro tipo de material para desarrollar las habilidades parentales.
- Debatir las estrategias de control de conducta adecuadas a cada edad.
- Ayudar a los progenitores a identificar el temperamento específico del bebé.
- Enseñar a los progenitores a responder a las conductas mostradas por el niño.
- Modelar y fomentar la interacción parental con el niño.
- Remitir a grupos de apoyo a los progenitores, si procede.
- 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 los progenitores a desarrollar habilidades sociales.
- Enseñar y modelar habilidades de afrontamiento.
- Fomentar las habilidades de resolución de problemas a través del modelado de roles, la práctica y el refuerzo.
- Proporcionar juguetes mediante un sistema de préstamo.
- Monitorizar el estado de salud del niño, los reconocimientos del niño sano y el estado de inmunización.
- Controlar el estado de salud parental y las actividades de mantenimiento de salud.
- Organizar el transporte para las visitas del niño sano u otros servicios, según sea necesario.
- Remitir a los recursos de la comunidad, según sea conveniente.
- Coordinar el trabajo de las instituciones de la comunidad con la familia.
- Proporcionar una conexión para conseguir un empleo o el aprendizaje de un trabajo, según sea necesario.
- Informar a los progenitores sobre dónde encontrar servicios de planificación familiar.
- Controlar el uso constante y correcto de anticonceptivos, según sea conveniente.
- Ayudar a encontrar una guardería, según sea necesario.
- Remitir a servicios de cuidados por relevo, según sea conveniente.
- Remitir a un centro de atención de la violencia doméstica, según sea necesario.
- Remitir a un centro para el tratamiento del abuso de sustancias, según sea necesario.
- Recoger y registrar los datos según esté indicado para el seguimiento y la evaluación del programa.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Clarke, B. A., & Strauss, S. S. (1992). Nursing role supplementation for adolescent parents: Prescriptive nursing practice. *Journal of Pediatric Nursing, 7*(5), 312-318.

Denehy, J. A. (2001). Parenting promotion. In M. Craft-Rosenberg. & J. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants, children, and families* (pp. 99-118). Thousand Oaks, CA: Sage.

Fuddy, L., & Thompson, R. A. (2001). Healthy start: A statewide system of family support for the prevention of child abuse and neglect. In G. B. Melton, R. A. Thompson, & M. A. Small (Eds.), *Toward a child-centered, neighborhood-based child protection system: A report of the consortium on children, families, and the law* (pp. 214-232). Westport, CT: Praeger.

Hardy, J. B., & Streett, R. (1989). Family support and parenting education in the home: An effective extension of clinic-based preventive health care services for poor children. *Journal of Pediatrics, 115*(6), 927-931.

Olds, D. L., & Kitzman, H. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Home Visiting, 3*(3), 53-92.

F

F

Fomentar la implicación familiar 711

Definición: Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.

Actividades:

- 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 sobre el paciente de acuerdo con los deseos de este último.
- Facilitar la comprensión de los aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia.
- Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas.
- Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes, sentimientos del paciente y conductas de este.
- Identificar otros factores estresantes situacionales para los mier bros de la familia.
- Reconocer los síntomas físicos relacionados con el estrés de l miembros de la familia (llanto, náuseas, vómitos y distraibilidad
- Determinar el nivel de dependencia respecto de la familia q tiene el paciente por la edad o la enfermedad, según corresponc
- Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positi de la situación del paciente.
- Reconocer y respetar los mecanismos de afrontamiento utiliz dos por la familia.
- Identificar junto con los miembros de la familia las dificultad de afrontamiento del paciente.
- Identificar junto con los miembros de la familia los puntos fuert y las habilidades del paciente.
- Informar a los miembros de la familia de los factores que pued mejorar el estado del paciente.
- Animar a los miembros de la familia a mantener relacion familiares, según cada caso.
- Comentar las opciones existentes según el tipo de cuidad necesarios en casa, como vida en grupo, cuidados en residenc y cuidados por relevo, según corresponda.
- Facilitar el control familiar de los aspectos médicos de la enfe medad por parte de los miembros de la familia.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2008

Bibliografía:

Gosline, M. B. (2003). Client participation to enhance socialization for fr elders. *Geriatric Nursing, 24*(5), 286-289.

Powaski, K. M. (2006). Nursing interventions in pediatric palliative ca *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 15*(3), 717-73

Schumacher, K., Koresawa, S., West, C., Hawkins, C., Johnson, C., Wais, & Miaskowski, C. (2002). Putting cancer pain management regimens in practice at home. *Journal of Pain Symptom Management, 23*(5), 369-382

Fomentar la mecánica corporal 014

Definición: Facilitar el uso de posturas y movimientos en las actividades diarias para evitar la fatiga y la tensión o las lesiones musculoesqueléticas.

Actividades:

- Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas.
- Colaborar mediante fisioterapia en el desarrollo de un plan para fomentar la mecánica corporal, si está indicado.
- 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.
- Determinar la conciencia del paciente sobre las propias anom lías musculoesqueléticas y los efectos potenciales de la postu y del tejido muscular.
- Instruir sobre la utilización de colchones/sillas o almohad 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 períod de tiempo prolongados.
- Enseñar a cambiar el peso de un pie al otro al estar de pie.
- Enseñar al paciente a mover los pies primero y luego el cuerp al girarse para andar desde la posición de bipedestación.
- Utilizar los principios de la mecánica corporal junto con manipulación segura del paciente y ayudas para el mov miento.

- Ayudar al paciente/familia a identificar ejercicios posturales adecuados.
- Ayudar al paciente a seleccionar actividades de calentamiento antes de comenzar cualquier ejercicio o trabajo no habitual.
- Ayudar al paciente a realizar ejercicios de flexión para facilitar la movilidad de la espalda, si está indicado.
- Instruir al paciente/familia acerca de la frecuencia y número de veces que ha de repetirse cada ejercicio.
- Monitorizar la mejora de la postura/mecánica corporal del paciente.
- Proporcionar información sobre causas posibles de dolor muscular o articular relacionadas con la postura.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Patient Safety Center of Inquiry, Veterans Health Administration and Department of Defense. (2005). *Patient care ergonomics resource guide: Safe patient handling and movement*. Obtenido de http://www.visn8.va.gov/visn8/patientsafetycenter/resguide/ErgoGuidePtOne.pdf

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2004). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

F

Fomentar la normalización familiar 7200

Definición: Ayudar a los progenitores y otros familiares de niños con enfermedades crónicas o discapacidades a tener experiencias vitales normales para sus niños y familias.

Actividades:

- Ayudar a la familia a aceptar la condición del niño.
- 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.
- Alentar a la familia a modificar las expectativas de desarrollo preconcebidas centrándose más en los pequeños logros inesperados.
- Ayudar a la familia a realizar cambios en el ambiente hogareño que disminuyan el recuerdo de las necesidades especiales del niño.
- Determinar la accesibilidad y la capacidad del niño para participar en actividades.
- Establecer las adaptaciones necesarias para acomodar las limitaciones del niño, para que pueda participar en actividades normales.
- Comunicar la información acerca del estado del niño a aquellos que la precisan para realizar una supervisión segura u oportunidades educativas adecuadas al niño.
- Ayudar a la familia a modificar el régimen terapéutico prescrito para que se adapte al horario normal, cuando proceda.
- Ayudar a la familia a solicitar un sistema escolar que asegure el acceso a programas educativos adecuados.
- Animar al niño a que participe en las actividades escolares y comunitarias adecuadas al nivel de desarrollo y capacidad.
- Animar a los progenitores a que tengan las mismas expectativas y utilicen las mismas técnicas con todos los niños de la familia.
- Animar a los progenitores a que pasen tiempo con todos los niños de la familia.
- Implicar a los hermanos en los cuidados y actividades del niño, si es posible.
- Determinar la necesidad de cuidados por relevo para los progenitores y demás cuidadores.
- Establecer los recursos de cuidados por relevo comunitarios.
- Animar a los progenitores a que dispongan de tiempo para el cuidado de sus necesidades personales.
- Proporcionar información a la familia acerca del estado del niño, tratamiento y grupos de apoyo asociados para las familias.
- Animar a los progenitores a equilibrar la implicación entre programas especiales para las necesidades especiales del niño, la familia normal y las actividades comunitarias.
- Animar a la familia a mantener una red social y un sistema de apoyo habituales.
- Animar a la familia a mantener los hábitos, rituales y rutinas normales.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Deatrick, J., Knafl, K., & Murphy-Moore, C. (1999). Clarifying the concept of normalization. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 31*(3), 209-214.

Knafl, K., Deatrick, J., & Gallo, A. (2008). The interplay of concepts, data, and methods in the development of the family management style framework. *Journal of Family Nursing, 14*(4), 412-428.

Peck, B., & Lillibridge, J. (2005). Normalization behaviours of rural fathers living with chronically-ill children: An Australian experience. *Journal of Child Health Care, 9*(1), 31-45.

Protudjer, J., Kozyrskyj, A., Becker, A., & Marchessault, G. (2009). Normalization strategies of children with asthma. *Qualitative Health Research, 19*(1), 94-104.

Rehm, R., & Bradley, J. (2005). Normalization in families raising a child who is medically fragile/technology dependent and developmentally delayed. *Qualitative Health Research, 15*(6), 807-820.

Rehm, R., & Franck, L. (2000). Long-term goals and normalization strategies of children and families affected by HIV/AIDS. *Advances in Nursing Science, 23*(1), 69-82.

Seligman, M., & Darling, R. (2007). *Ordinary families, special children: A systems approach to childhood disability* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.

F

Fomentar la resiliencia

834

Definición: Ayudar a individuos, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de factores protectores para ser utilizados para afrontar factores estresantes ambientales y sociales.

Actividades:

- Facilitar la cohesión familiar.
- Fomentar el apoyo familiar.
- Fomentar el desarrollo y la adhesión a rutinas y tradiciones familiares (cumpleaños, vacaciones).
- Ayudar a los jóvenes a ver la familia como un recurso para pedir consejo y apoyo.
- Facilitar la comunicación familiar.
- Fomentar que la familia coma junta de forma regular.
- Relacionar a los jóvenes con adultos interesados en la comunidad.
- Proporcionar a la familia/comunidad modelos de conducta convencional.
- Motivar a los jóvenes a perseguir éxitos académicos y objetivos.
- Fomentar la implicación de la familia en las tareas y las actividades escolares de los niños.
- Ayudar a la familia a proporcionar un clima que favorezca el aprendizaje.
- Fomentar que la familia/comunidad valore el logro.
- Fomentar que la familia/comunidad valore la salud.
- Fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud.
- Ayudar a los progenitores a determinar las expectativas de sus hijos adecuadas a su edad.
- Fomentar que la familia establezca reglas y consecuencias para la conducta del niño/joven.
- Ayudar a los progenitores a establecer normas para el control parental sobre los amigos y actividades que realice.
- Ayudar a los jóvenes a adquirir habilidades asertivas.
- Ayudar a los jóvenes en el juego de roles de habilidades en la toma de decisiones.
- Ayudar a los jóvenes a desarrollar habilidades para hacer amigos.
- Fomentar a la familia y a los jóvenes la asistencia a servicios y/o actividades religiosas.
- Fomentar la implicación de los jóvenes en las actividades es colares y/o en asociaciones de voluntarios.
- Dar oportunidades para la implicación de los jóvenes en activ dades voluntarias de la comunidad.
- Ayudar a los jóvenes a desarrollar una conciencia social y globa
- Fomentar escuelas de calidad en la comunidad.
- Organizar que las escuelas/gimnasios/bibliotecas estén abierto fuera de su horario habitual para realizar actividades.
- Informar e implicar a la comunidad en programas para jóvene
- Facilitar el desarrollo y el uso de recursos del vecindario.
- Ayudar a jóvenes/familias/comunidades a ser optimistas respect al futuro.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Benson, P. (1993). *The troubled journey: A portrait of 6th-12th grade youth* Minneapolis, MN: Search Institute.

Castiglia, P. T. (1993). Gangs. *Journal of Pediatric Health Care, 7*(1), 39-41.

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework fo understanding and action. *Journal of Adolescent Health, 12*(8), 597-605.

Keltner, B., Keltner, N. L., & Farren, E. (1990). Family routines and conduc disorders in adolescent girls. *Western Journal of Nursing Research, 12*(2) 161-174.

McCubbin, M., & Van Riper, M. (1996). Factors influencing family functioning and the health of family members. In S. M. H. Hanson, & S. T. Boyd (Eds.), *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (pp. 101-121). Philadelphia: F. A. Davis.

Raphel, S., & Bennett, C. F. (2005). Child psychiatric nursing. In G. W. Stuart, & M. T. Laraia (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed., pp. 728-752). St. Louis: Mosby.

Fomentar la salud bucal

1720

Definición: Fomentar la higiene bucal y el cuidado dental en un paciente con salud bucal y dental normal.

Actividades:

- Monitorizar el estado de la boca del paciente (p. ej., labios, lengua, mucosas, dientes, encías, así como aparatos dentales y su ajuste).
- Realizar programas de cribado de salud oral y de evaluación de riesgos.
- Determinar la rutina habitual de higiene dental del paciente, con identificación de aspectos que deben tratarse, si es necesario.
- Instruir al paciente o a su familia sobre la frecuencia y la calidad de la atención de la salud oral adecuada (p. ej., uso de hilo dental, cepillado, colutorios, nutrición adecuada, uso de agua con fluoruros, suplementos u otros productos preventivos, así como otras consideraciones basadas en el nivel de desarrollo del paciente y su capacidad de autocuidado).
- Ayudar a los pacientes en el cepillado de los dientes, las encías y la lengua, los colutorios y la limpieza con hilo dental, según sea necesario.
- Ayudar a los pacientes portadores de prótesis en el cuidado oral, según sea necesario (es decir, retirar, limpiar y volver a poner las dentaduras postizas; cepillar las encías, dientes restantes y la lengua; masaje de las encías con cepillo o con los dedos).
- Proporcionar cuidado oral para el paciente inconsciente, tomando las precauciones adecuadas (es decir, girar la cabeza del paciente hacia el lado o colocar en decúbito lateral, 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 jeringa pera u otro dispositivo de succión).
- Limpiar la boca del bebé con una gasa o un paño seco.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal, si es necesario.
- Ayudar al paciente o a su familia a identificar y obtener los productos de higiene bucal más adecuados para satisfacer sus necesidades (p. ej., cepillo de dientes con mango fácil de sujetar, cepillo de dientes eléctrico, soporte para hilo dental, limpiador de inmersión para prótesis dentales y protector bucal deportivo).

- Explicar el papel del azúcar en el desarrollo de la caries (es decir, aconsejar al paciente a limitar el consumo de azúcar natural, sugerir el uso de edulcorantes artificiales en la dieta, sobre todo xilitol, e instruir a los progenitores sobre el uso adecuado de los biberones y tazas para bebés y sus contenidos).
- Desaconsejar el hábito de fumar y de mascar tabaco (es decir, instruir a los pacientes sobre los efectos del consumo de tabaco, aplicar medidas de prevención del uso del tabaco y proporcionar ayuda para dejar de fumar).
- Explicar la importancia de los chequeos dentales regulares, incluido el momento de la primera visita del niño al odontólogo.
- Prestar servicios a nivel comunitario (es decir, ayudar a los pacientes a satisfacer las necesidades de servicios de transporte y de traducción, uso de congresos sanitarios y de eventos culturales como oportunidades para la educación, así como elaboración de anuncios de servicio público).
- Derivar al paciente, según sea necesario.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Brickhouse, T. H. (2010). Family oral health education. *General Dentistry, 58*(3), 212-219.

Clarke, W., Periam, C., & Zoitopoulos, L. (2009). Oral health promotion for linguistically and culturally diverse populations: Understanding the local non-English-speaking population. *Health Education Journal, 68*(2), 119-129.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2009). Self-care and hygiene. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed., pp. 703-755). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Harris, N. O., Garcia-Godoy, F., & Nathe, C. N. (Eds.). (2009). *Primary preventive dentistry* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Petersen, P. E., & Kwan, S. (2010). The 7th Global Conference on Health Promotion: Towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009). *Community Dental Health, 27*(Suppl. 1), 129-136.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2008). Personal hygiene. In *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (7th ed., pp. 208-248). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Yevlahova, D., & Satur, J. (2009). Models for individual oral health promotion and their effectiveness: A systematic review. *Australian Dental Journal, 54*(3), 190-197.

F

Fomentar la salud de la comunidad 8500

Definición: Ayudar a los miembros de la comunidad a identificar los intereses sanitarios de la comunidad, la movilización de recursos y la aplicación de soluciones.

Actividades:

- Identificar las preocupaciones sanitarias, los puntos fuertes y las prioridades con los miembros de la comunidad.
- Proporcionar oportunidades para que participen todos los segmentos de la comunidad.
- Ayudar a los miembros de la comunidad a tomar conciencia de los problemas y de los intereses sanitarios.
- Participar en el diálogo para definir los intereses sanitarios de la comunidad y desarrollar planes de acción.
- Facilitar la aplicación y la revisión de los planes de la comunidad.
- Ayudar a los miembros de la comunidad en el desarrollo y la obtención de recursos.
- Aumentar las redes de apoyo a la comunidad.
- Identificar y fomentar los posibles líderes de la comunidad.
- Mantener una comunicación abierta con los miembros y sus instituciones.
- Reforzar los contactos entre los individuos y los grupos para discutir intereses comunes y enfrentados.
- Proporcionar un marco de trabajo organizativo a través del cual la gente pueda aumentar sus habilidades de comunicación y negociación.
- Proporcionar un entorno en el que se creen situaciones donde los individuos y los grupos se sientan seguros a la hora de expresar sus puntos de vista.
- Desarrollar estrategias para el manejo de conflictos.
- Unir a los miembros de la comunidad mediante una misión común.
- Asegurar que los miembros de la comunidad controlen la toma de decisiones.
- Hacer que la comunidad se comprometa, mostrándole cómo su participación influirá en la vida de cada individuo y en la mejora de los resultados.
- Desarrollar mecanismos para la implicación de los miembros en actividades locales, autonómicas y nacionales relacionadas con los intereses sanitarios de la comunidad.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Denhan, A., Quinn, S., & Gamble, D. (1998). Community organizing for health promotion in the rural south: An exploration of community competence. *Family and Community Health, 2*(1), 1-21.

Eng, E., & Parker, E. (1994). Measuring community competence in the Mississippi Delta: The interface between program evaluation and empowerment. *Health Education Quarterly, 21*(2), 199-220.

May, K., Mendelson, C., & Ferketich, S. (1995). Community empowerment in rural health care. *Public Health Nursing, 12*(1), 25-30.

Spradley, B., & Allender, J. (1996). *Community health nursing: Concepts and practice* (4th ed.). Philadelphia, PA: J. B. Lippincott.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (1996). *Community health nursing: Promoting health of aggregates, families and individuals* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Fomentar la seguridad en el vehículo 9050

Definición: Ayudar a los individuos, familias y comunidades a aumentar la concienciación de las medidas que hay que tomar para reducir las lesiones involuntarias en vehículos con y sin motor.

F

Actividades:

- Determinar la concienciación actual de la seguridad vial, según sea conveniente.
- Identificar las necesidades de seguridad del público a quien va dirigido.
- Identificar individuos y grupos con alto riesgo de lesiones en vehículos.
- Identificar los peligros para la seguridad en el entorno.
- Eliminar los peligros para la seguridad en el entorno siempre que sea posible.
- Dar información acerca de los riesgos asociados a los vehículos con y sin motor, según esté indicado.
- Enseñar a las poblaciones de alto riesgo los peligros y los riesgos en los vehículos (p. ej., beber alcohol, conductas arriesgadas, incumplimiento de las normas de circulación).
- Colaborar con las instituciones de la comunidad (p. ej., escuelas, policía, departamento local de salud, asociaciones de seguridad infantil) en los esfuerzos educativos para fomentar la seguridad en los vehículos.
- Proporcionar información impresa sobre la importancia y los métodos para aumentar la seguridad en los vehículos.
- Enseñar las normas de circulación para conductores de vehículos con y sin motor.
- Enseñar la importancia del uso correcto y sistemático de mecanismos protectores para disminuir el riesgo de lesiones (sillas para coches, cinturones de seguridad, cascos).
- Enfatizar la importancia de ponerse siempre el cinturón de seguridad.
- Fomentar que los conductores no pongan en marcha el automóvil hasta que todos los pasajeros estén sujetos correctamente.
- Fomentar que los adultos sirvan como modelo de rol en el uso de los cinturones de seguridad y de las prácticas de conducción segura.
- Proporcionar información sobre el ajuste correcto de manera que los cinturones de seguridad sean cómodos y seguros.
- Controlar que los padres usen las sillas y cinturones de seguridad homologados para niños.
- Enseñar la colocación correcta de las sillas de seguridad para niños.
- Enseñar a los padres a colocar a los niños en las sillas de seguridad y a los menores de 13 años en la parte trasera del automóvil.
- Fomentar que los padres utilicen sillas de seguridad para niños cuando viajen (avión, tren, autobús).
- Demostrar las estrategias que pueden utilizar los padres para mantener distraídos a los niños mientras les abrochan el cinturón de seguridad o les sujetan en las sillas.
- Elogiar a los niños y a las familias por el uso correcto y sistemático de prácticas de seguridad en el vehículo.
- Proporcionar sillas de seguridad para niños a todas las familias a través de los servicios de la comunidad.
- Informar a los padres de la importancia de elegir una bicicleta de tamaño apropiado para el niño y de adaptarla a medida que el niño crece.
- Fomentar el uso de dispositivos para aumentar la seguridad en el vehículo (espejos, bocinas, mecanismos reflectores, luces).
- Señalar la importancia de utilizar el casco y ropa brillante o reflectante al circular en bicicleta, motocicleta y otros vehículos motorizados (*quads*, motos de nieve).
- Subrayar la importancia de utilizar zapatos y ropa protectora mientras se conducen vehículos con y sin motor.
- Controlar las tasas de lesiones en la comunidad para determinar las necesidades educativas adicionales.
- Apoyar las iniciativas legales que fomentan y hacen cumplir la seguridad vial.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Arneson, S. (2001). Environmental management: Automobile safety. In M. Craft-Rosenberg, & J. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants, children, and families* (pp. 509-520). Thousand Oaks, CA: Sage.

Duchossois, G., & Vanore, M. L. (2002). The development and evolution of a hospital-based child safety seat program. *Journal of Trauma Nursing, 9*(4), 103-110.

Morrison, D. S., Petticrew, M., & Thomson, H. (2003). What are the most effective ways of improving population health through transport interventions? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology & Community Health, 57*(5), 327-333.

Otis, J., Lesage, D., Godin, G., Brown, B., Farley, C., & Lambert, J. (1992). Predicting and reinforcing children's intentions to wear protective helmets while bicycling. *Public Health Reports, 107*(3), 283-289.

Solis, G. R. (1991). Evaluation of a children's safety fair. *Pediatric Nursing, 17*(3), 255-258.

Watts, D., O'Shea, N., Ile, A., Flynn, E., Trask, A., & Kelleher, D. (1997). Effect of a bicycle safety program and free bicycle safety program and free bicycle helmet distribution on the use of bicycle helmets by elementary school children. *Journal of Emergency Nursing, 23*(5), 417-419.

Fomento del ejercicio 0200

Definición: Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

Actividades:

- Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico.
- Investigar experiencias deportivas anteriores.
- Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.
- Explorar los obstáculos para el ejercicio.
- Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca del ejercicio o la necesidad del mismo.
- 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 al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.

- Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.
- Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su 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 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.
- Controlar el cumplimiento del programa/actividad de ejercicio por parte del individuo.
- Ayudar al individuo a preparar y registrar en un gráfico/hoja los progresos para motivar la adhesión al programa de ejercicios.
- Instruir al individuo acerca de las condiciones que justifiquen el cese o alteración del programa de ejercicios.
- 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 (p. ej., estimación del aumento de la resistencia; pesajes semanales).
- Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios.
- Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

Allan, J. D., & Tyler, D. O. (1999). Exercise promotion. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 130-148). Philadelphia: W.B. Saunders.

Bennett, C. (2001). Exercise promotion. In M. Craft-Rosenberg, & J. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants, children, and families* (pp. 555-572). Thousand Oaks, CA: Sage.

Glick, O. J. (1992). Interventions related to activity and movement. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 541-568.

NIH Consensus Development Panel of Physical Activity and Cardiovascular Health (1996). Physical activity and cardiovascular health. *Journal of the American Medical Association, 276*(3), 241-246.

Rippe, J., Ward, A., Porcari, M. S., Freedson, P., O'Hanley, S., & Wilkie, S. (1989). The cardiovascular benefits of walking. *Practical Cardiology, 15*(1), 66-72.

Topp, R. (1991). Development of an exercise program for older adults: Pre-exercise testing, exercise prescription and program maintenance. *Nurse Practitioner, 16*(10), 16-28.

Fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza 0201

Definición: Facilitar el entrenamiento muscular frente a resistencia para mantener o aumentar la fuerza del músculo.

Actividades:

- Examinar el estado general antes del ejercicio para identificar los posibles riesgos del ejercicio utilizando escalas estandarizadas de la preparación para la actividad física y/o una anamnesis y una exploración física completas
- Obtener el permiso médico para iniciar un programa de ejercicios de fuerza, según sea conveniente.
- Ayudar a expresar las propias opiniones, valores y objetivos del paciente respecto al buen estado muscular y la salud.
- 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 o pruebas de laboratorio (p. ej., levantamiento máximo, número de levantamientos por unidad de tiempo).
- 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.
- Enseñar qué indumentaria evita acalorarse en exceso o enfriarse.
- 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.
- Especificar el nivel de resistencia, el número de repeticiones, el número de series y la frecuencia de las sesiones de «entrenamiento» de acuerdo con el nivel de forma física y la presencia o ausencia de factores de riesgo con el ejercicio.
- Enseñar a descansar brevemente después de cada serie, según sea necesario.
- Especificar el tipo y la duración de la actividad de calentamiento/enfriamiento (p. ej., estiramientos, andar, calistenia).
- Mostrar la alineación corporal (postura) adecuada y la forma de levantar las pesas para ejercitar cada grupo muscular principal durante el ejercicio.
- Utilizar movimientos recíprocos para evitar lesiones en ejercicios concretos.
- Ayudar a controlar/ejecutar los patrones prescritos de movimientos sin peso hasta aprender la forma correcta de hacerlos.
- Modificar los movimientos y los métodos de aplicación de resistencia para los pacientes que deben estar sentados o encamados.
- Enseñar a reconocer señales/síntomas de tolerancia/intolerancia al ejercicio durante y después de las sesiones del mismo (p. ej., mareo; disnea; más dolor muscular, óseo o articular del habitual; debilidad; fatiga extrema; angina; sudoración excesiva; palpitaciones).
- Enseñar a realizar sesiones de ejercicios para grupos musculares concretos en días alternos para facilitar la adaptación muscular al entrenamiento.
- Enseñar a realizar tres sesiones de entrenamiento a la semana con cada grupo muscular hasta que se consigan los objetivos de entrenamiento y después incluirlo en un programa de mantenimiento.
- Enseñar a evitar el ejercicio de entrenamiento de fuerza en caso de temperaturas extremas.
- Ayudar a determinar la velocidad de aumento progresivo del trabajo muscular (p. ej., grado de resistencia y número de repeticiones y series).

- Proporcionar instrucciones ilustradas, escritas, para llevar a casa sobre las normas generales y la forma de movimiento para cada grupo muscular.
- Ayudar a desarrollar un sistema de registro que incluya la cantidad de resistencia, el número de repeticiones y series para controlar el progreso de la forma física muscular.
- Volver a evaluar los niveles de forma física muscular mensualmente.
- Establecer un programa de seguimiento para mantener la motivación, ayudar a resolver problemas y controlar el progreso.
- Ayudar a alternar los programas o a desarrollar otras estrategias para evitar el aburrimiento y el abandono.
- 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.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Hyatt, G. (1996). Strength training for the aging adult. In J. Clark (Ed.), *Exerc programming for older adults* (pp. 27-36). New York, NY: Haworth Pres

Mobily, K., & Mobily, P. (1996). *Progressive resistive training* [M. Titler, Seri Ed.]. Iowa City, IA: The University of Iowa Gerontological Nursing Int ventions Research Center Research Development and Dissemination Co

Robbins, G., Fowers, D., & Burgess, S. (1997). *A wellness way of life* (3rd ed Madison, WI: Brown & Benchmark.

Roberts, S. (1997). Principles of prescribing exercise. In S. Roberts, R. Rober & F. Hanson (Eds.), *Clinical exercise testing and prescription: Theory a application* (pp. 235-261). Boca Raton, NY: CRC Press.

Sharpe, P., & McConnell, C. (1992). Exercise beliefs and behaviors among old employees: A health promotion trial. *The Gerontologist, 32*(4), 444-449.

Southard, D. R., & Lombard, D. (1997). Principles of health behavior chan In S. O. Roberts, R. A. Robergs, & P. Hanson (Eds.), *Clinical exercise t ting and prescription: Theory and application* (pp. 263-280). Boca Rat NY: CRC Press.

Fomento del ejercicio: estiramientos 020

Definición: Facilitar ejercicios sistemáticos de estiramiento muscular lento y mantenido con relajación posterior, con el fi de preparar los músculos y articulaciones para ejercicios más vigorosos o para aumentar o mantener la flexibilidad corpora

Actividades:

- Obtener el permiso médico para instaurar un plan de ejercicios de estiramientos, si es necesario.
- 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.
- Proporcionar información sobre los cambios en la estructura musculoesquelética relacionados con el envejecimiento y los efectos de la falta de uso.
- Proporcionar información sobre las opciones de secuencia, actividades de estiramiento específicas, tiempo y lugar.
- Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios coherente con la edad, estado físico, metas, motivación y estilo de vida.
- Ayudar a desarrollar un plan de ejercicios que incorpore una secuencia ordenada de movimientos de estiramiento, incrementos de duración de la fase de mantenimiento del movimiento y aumentos del número de repeticiones de cada movimiento de estiramiento mantenido lento, coherente con el nivel de estado físico musculoesquelético o de alguna patología presente.
- Enseñar que hay que comenzar la rutina de ejercicios por los grupos de músculos/articulaciones que estén menos rígidos o lesionados y cambiar gradualmente a los grupos de músculos/articulaciones más limitados.
- Estirar los grupos musculares principales, incluyendo los extensores de cadera, los extensores de rodilla, los flexores plantares del tobillo, los bíceps, los tríceps, los hombros, los extensores de espalda y los músculos abdominales.
- Enseñar a extender lentamente el músculo/articulación hasta el punto de estiramiento máximo (o un punto de molestia razonable) manteniendo la extensión durante el tiempo especificado y posteriormente relajar lentamente los músculos estirados.
- Enseñar a evitar movimientos rápidos, forzados o de rebote para impedir la estimulación excesiva del reflejo miotático o el dolor muscular excesivo.
- Enseñar las formas de controlar el propio seguimiento del programa y su evolución hacia las metas fijadas (aumento del arco de movimiento articular, conciencia de la liberación de la tensi muscular, aumento de la duración de la fase de «mantenimient y del número de repeticiones del ejercicio sin dolor ni fatiga aumento de la tolerancia al ejercicio vigoroso).
- Proporcionar instrucciones ilustradas, escritas, que pued llevarse a casa, de cada componente de los movimientos.
- Realizar demostraciones de los ejercicios, si es preciso.
- Controlar el cumplimiento de las técnicas y del programa en tiempo y lugar de seguimiento determinados.
- Controlar la tolerancia al ejercicio (presencia de síntomas tal como disnea, taquicardia, palidez, mareos y dolor o inflamaci muscular) durante el mismo.
- Volver a evaluar el plan si persisten los síntomas de poca tol rancia al ejercicio después del cese del mismo.
- Colaborar con los miembros de la familia en la planificació enseñanza y control de un plan de ejercicios.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Fernández-de-Las-Peñas, C., Alonso-Blanco, C., Morales-Cabezas, M., Miangolarra-Page, J. (2005). Two exercise interventions for the manageme of patients with ankylosing spondylitis: A randomized controlled tri *American Journal of Physical Medicine Rehabilitation, 84*(6), 407-419.

Fradkin, A. J., Gabbe, B. J., & Cameron, P. A. (2006). Does warming up prev injury in sport? The evidence from randomized controlled trials. *Journa Science & Medicine in Sport, 9*(3), 214-220.

Hayden, J. A., van Tulder, M. W., & Tomlinson, G. (2005). Systematic revi Strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic l back pain. *Annals of Internal Medicine, 142*(9), 776-785.

Resnick, B. (2009). Promoting exercise for older adults. *Journal of the Americ Academy of Nurse Practitioners, 21*(2), 77-78.

Selles, R., Li, X., Lin, F., Chung, S., Roth, E., & Zhang, L. (2005). Feedba controlled and programmed stretching of the ankle plantarflexors a dorsiflexors in stroke: Effects of a 4-week intervention program. *Archi of Physical Medicine & Rehabilitation, 86*(12), 2330-2336.

Fototerapia: neonato

6924

Definición: Uso de la fototerapia para disminuir los niveles de bilirrubina en recién nacidos.

Actividades:

- 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).
- Observar 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.
- 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 bebé a una altura adecuada.
- Comprobar la intensidad de las luces a diario.
- Monitorizar los signos vitales según protocolo o según se precise.
- Cambiar la posición del lactante cada 4 horas o según protocolo.
- Monitorizar los niveles de bilirrubina según protocolo o por solicitud del médico.
- Evaluar el estado neurológico cada 4 horas o según protocolo.
- Observar si hay signos de deshidratación (depresión de fontanelas, escasa turgencia cutánea, pérdida de peso).
- Pesar a diario.
- Recomendar la ingesta de ocho tomas al día.
- Animar a la familia a que participe en la fototerapia.
- Instruir a la familia acerca de la fototerapia domiciliaria, si procede.

2.ª edición 1996; revisada en 2000

Bibliografía:

Merenstien, G., & Gardner, S. (1993). *Handbook of neonatal intensive care.* St. Louis: Mosby.

Pillitteri, A. (2007). Nursing care of the high-risk newborn and family. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed., pp. 747-795). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Fototerapia: regulación del biorritmo

6926

Definición: Administración de dosis de luz brillante para elevar el estado de ánimo y/o normalizar el reloj interno del organismo.

Actividades:

- Obtener la orden del médico para la fototerapia (es decir, frecuencia, distancia, intensidad y duración de la fototerapia), según corresponda.
- Enseñar el tratamiento al paciente/familiares (es decir, indicaciones de uso, procedimiento terapéutico).
- Ayudar al paciente a obtener la fuente de luz adecuada para el tratamiento.
- Ayudar al paciente a colocar la fuente de luz, según esté prescrito, en la preparación del tratamiento.
- Apoyar al paciente en el uso del tratamiento.
- Supervisar al paciente, durante el tratamiento, según sea necesario.
- Controlar si se producen efectos secundarios del tratamiento (p. ej., cefalea, fatiga ocular, náuseas, insomnio, hiperactividad).
- Si el paciente sufre efectos secundarios, finalizar el tratamiento.
- Notificar los efectos secundarios al médico que supervisa el tratamiento.
- Modificar el tratamiento, según esté prescrito, para disminuir/eliminar los efectos secundarios.
- Documentar el tratamiento y la respuesta del paciente.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

Elmore, S. K. (1991). Seasonal affective disorder, Part II: Phototherapy, an expanded role of the psychosocial nurse. *Archives of Psychiatric Nursing, 5*(6), 365-372.

Frisch, N. C. (2002). Complimentary and somatic therapies (2001). In N. C. Frisch, & L. E. Frisch (Eds.), *Psychiatric mental health nursing* (2nd ed., pp. 743-757). Albany, NY: Delmar.

Hagerty, B. (2000). Mood disorders: Depression and mania. In K. M. Fortinash, & P. A. Holoday-Worret (Eds.), *Psychiatric mental health nursing* (pp. 258-262). St. Louis: Mosby.

Stuart, G. (1998). Somatic therapies. In G. W. Sturart, & M. T. Laraia (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (6th ed., pp. 604-617). St. Louis: Mosby.

Terman, M., & Terman, J. S. (1999). Bright light therapy: Side effects and benefits across the symptom spectrum. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*(11), 799-808.

Townsend, M. C. (2000). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care* (3rd ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis.

University of Iowa Hospitals & Clinics Department of Nursing. (2001). Light therapy. In Behavioral Health Service (BHS)—Psychiatric. Section II (16). Iowa City, IA: Author.

F

G

Gestión de casos

Definición: Coordinar la asistencia y defensa de individuos concretos y poblaciones de pacientes en diversos contextos reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y conseguir los resultados desea

Actividades:

- Identificar los individuos o las poblaciones de pacientes que se beneficiarían de la gestión de casos (p. ej., coste alto, gran volumen y/o alto riesgo).
- Identificar la fuente de financiación del servicio de gestión de casos.
- Explicar el papel del gestor del caso al paciente y a la familia.
- Informar del coste del servicio al paciente y/o a la familia antes de prestar la asistencia.
- Obtener el permiso del paciente o de la familia para incluirle en un programa de gestión de casos, según corresponda.
- Desarrollar relaciones con el paciente, la familia y otros proveedores de asistencia sanitaria, según sea necesario.
- Utilizar habilidades comunicativas eficaces con el paciente, la familia y otros proveedores de asistencia sanitaria.
- Tratar al paciente y a la familia con dignidad y respeto.
- Procurar la confidencialidad y la intimidad del paciente y de la familia.
- Valorar el estado físico y mental, la capacidad funcional, los sistemas formales e informales de apoyo, los recursos económicos y las condiciones del entorno del paciente, según sea necesario.
- Determinar el plan del tratamiento con los recursos del paciente y/o de la familia.
- Explicar las vías clínicas al paciente y a la familia.
- Individualizar las vías clínicas para el paciente.
- Determinar los resultados que deben obtenerse con la aportación del paciente y/o de la familia.
- Debatir el plan de asistencia y los resultados deseados con el médico del paciente.
- Negociar el esquema de trabajo con la directora de enfermería (enfermera jefa) para asistir semanalmente a las sesiones prácticas de grupo, según sea necesario.
- Integrar la información del control de la asistencia y las intervenciones revisadas (procesos) en el informe del cambio de turno y las sesiones prácticas de grupo, según sea necesario.
- Evaluar de forma continuada el progreso hacia los objetivos fijados.
- Revisar las intervenciones y los objetivos, para satisfacer las necesidades del paciente, según sea necesario.
- Identificar los recursos y/o los servicios necesarios.
- Coordinar la provisión de los recursos y de los servicios precisos.
- Coordinar la asistencia con otros proveedores de atención sanitaria que puedan resultar oportunos (p. ej., otras enfermeras, médicos, trabajadores sociales, terceros pagadores, fisioterapeutas).
- Proporcionar asistencia directa según las necesidades.
- Enseñar al paciente y/o a la familia la importancia del autocuidado.
- Fomentar actividades de toma de decisiones adecuadas paciente y/o la familia.
- Documentar todas las actividades de la gestión del caso.
- Monitorizar el plan para asegurar la calidad, la cantid oportunidad y la efectividad de los servicios.
- Facilitar el acceso a servicios sanitarios y sociales necesar
- Ayudar al paciente y/o a la familia a acceder a los siste salud existentes.
- Guiar al paciente y/o a la familia a través del sistema sani
- Ayudar al paciente y/o a la familia a tomar decisiones infor en cuanto a la asistencia sanitaria.
- Defender al paciente según sea necesario.
- Admitir la necesidad de combinar los intereses del pac clínicos y económicos.
- Notificar al paciente y/o a la familia cualquier cambio en vicio, la finalización del servicio y la eliminación del pro de gestión del caso.
- Promover la utilización eficaz de los recursos.
- Controlar la rentabilidad de la asistencia.
- Modificar la asistencia para aumentar la rentabilidad, seg necesario.
- Establecer programas de mejora de la calidad para evalu actividades de gestión del caso.
- Documentar la rentabilidad de la gestión del caso.
- Informar de los resultados a los aseguradores y a otros te pagadores.
- Comercializar servicios a individuos, familias, asegurad empleados.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Bahe, D. K. (2001). Case management. In M. Craft-Rosenberg, & J. I (Eds.), *Nursing interventions for infants, children, and families* (pp. 25 Thousand Oaks, CA: Sage.

Bower, K. (1988). *Case management by nurses*. Washington, DC: Am Nurses.

Crummer, M. B., & Carter, V. (1993). Critical pathways—The pivot *Journal of Cardiovascular Nursing, 7*(4), 30-37.

Davis, V. (1996). Staff development for nurse case management. In E. L. (Ed.), *Nurse case management in the 21st century* (pp. 189-196). St. MO: Mosby.

Flarey, D. L., & Blancett, S. S. (1996). *Handbook of nursing case manag Health care delivery in a world of managed care*. Gaithersburg, MD:

Newell, M. (1996). *Using case management to improve health outcome* hersburg, MD: Aspen.

Zander, K. (1993). The impact of managing care on the role of a nurse *on Nursing Administration, 5*, 65-82.

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

Grupo de apoyo 5430

Definición: Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.

Actividades:

- 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.
- Crear una atmósfera relajada y de aceptación.
- Clarificar desde el principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros y de su líder.
- Utilizar un colíder, si procede.
- Utilizar un acuerdo por escrito, si se considera adecuado.
- 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.
- Comenzar y terminar con puntualidad, y esperar que los participantes permanezcan hasta la conclusión de la reunión.
- Disponer las sillas en un círculo en estrecha proximidad.
- Programar un número limitado de sesiones (normalmente de 6 a 12), en las que se cumplirá el trabajo del grupo.
- Hacer públicas las normas de admisión para evitar problemas que puedan aparecer a medida que el grupo avanza.
- 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.
- Subrayar la responsabilidad y control personales.
- Mantener una presión positiva para el cambio de conducta.
- Enfatizar la importancia del afrontamiento activo.
- Identificar los temas que se produzcan en los debates del grupo.
- No permitir que el grupo se convierta en una reunión social improductiva.
- Ayudar al grupo a progresar por las etapas de desarrollo grupal: desde la orientación pasando por la cohesión hasta la conclusión.
- Atender a las necesidades del grupo como un todo, así como a las necesidades de los miembros individuales.
- Remitir al paciente a otros especialistas, si procede.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

American Psychiatric Nurses Association (2007). *Psychiatric-mental health nursing: Scope and standards of practice*. Washington, DC: Author.

Cincinnati Children's Hospital Medical Center (2009). *Best evidence statement (BESt) inpatient support groups for families of children with intractable epilepsy*. Cincinnati, OH: Author.

Dundon, E. (2006). Adolescent depression: A metasynthesis. *Journal of Pediatric Health Care*, *20*(6), 384-392.

Kurlowicz, L., & Harvath, T. (2008). Depression. In E. Capezuti, D. Zwicker, M. Mezey, & T. Fulmer (Eds.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (3rd ed., pp. 57-82). New York, NY: Springer.

McQueen, K., Montgomery, P., Lappan-Gracon, S., Evans, M., & Hunter, J. (2008). Evidence-based recommendations for depressive symptom in postpartum women. *Journal of Obstetric. Gynecologic and Neonatal Nursing*, *37*(2), 127-136.

Percy, C. A., Gibbs, T., Potter, L., & Boardman, S. (2009). Nurse-led peer support group: Experiences of women with polycystic ovary syndrome. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(10), 2046-2055.

G

H

Hipnosis 5920

Definición: Ayudar al paciente a conseguir un estado de concentración atenta y centrada con suspensión parcial de la conciencia periférica para crear cambios de la sensibilidad, los pensamientos o la conducta.

Actividades:

- Realizar la anamnesis del problema que se va a tratar mediante hipnosis.
- Determinar los objetivos de la hipnosis con el paciente.
- Determinar la receptividad del paciente al empleo de la hipnosis.
- Corregir los mitos y conceptos equivocados de la hipnosis.
- Asegurarse que el paciente ha aceptado el tratamiento.
- Evaluar la idoneidad del paciente determinando su sugestionabilidad hipnótica.
- Determinar los antecedentes del paciente con estados de trance, como fantasías e «hipnosis de la autopista».
- Confirmar la presencia de una relación de confianza.
- Preparar un ambiente tranquilo y confortable.
- Tomar precauciones para evitar las interrupciones.
- Instruir al paciente sobre el objetivo de la intervención.
- Explicar al paciente que él será el que induzca el estado de trance y mantendrá el control.
- Sentarse de manera cómoda, en una posición algo lateralizada frente al paciente, cuando corresponda.
- Comentar con el paciente la sugestión hipnótica que ha de utilizarse antes de la inducción.
- Seleccionar una técnica de inducción (p. ej., péndulo de Chevreul, relajación, imaginar que se baja por una escalera, cerrar los ojos, levitación de brazos, relajación muscular simple, ejercicios de visualización, atención a la respiración, repetición de palabras/frases clave, etc.).
- Utilizar el lenguaje del paciente lo máximo posible.
- Dar una pequeña cantidad de sugerencias de forma asertiva.
- Combinar sugerencias con sucesos que se producen de forma natural.
- Mostrar una actitud permisiva para ayudar a la inducción del trance.
- Utilizar una voz monótona, rítmica y suave durante la inducción de la hipnosis.
- Sincronizar las frases con las respiraciones del paciente.
- Animar al paciente a que respire profundamente para intensificar el estado de relajación y disminuir la tensión.
- Ayudar al paciente a escapar a un lugar placentero utilizando la imaginación guiada.
- Ayudar al paciente a identificar técnicas de profundización adecuadas (p. ej., movimiento de una mano a la cara, técnica de aumento de la imaginación, fraccionamiento, etc.).
- Evitar adivinar lo que piensa el paciente.
- Ayudar al paciente a utilizar todos sus sentidos durante el procedimiento.
- Determinar si se va a utilizar la capacidad de imaginación dirigida o no dirigida con el paciente, según corresponda.
- Facilitar la inducción rápida por medio de una señal específica (verbal o visual) con experiencia.
- Explicar al paciente que el nivel del trance no es importante para que la hipnosis tenga éxito.
- Facilitar la salida del paciente del trance contando hasta un número prefijado, según corresponda.
- Ayudar al paciente a salir del trance a su propio ritmo, según corresponda.
- Proporcionar retroalimentación positiva al paciente después de cada episodio.
- Animar al paciente a que utilice la autoinducción independiente del cuidador para manejar el problema sometido a tratamiento.
- Identificar situaciones, como procedimientos dolorosos, en los que el paciente requiera apoyo de personal adicional para conseguir una inducción eficaz.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Fontaine, K. L. (2005). Hypnotherapy and guided imagery. In K. L. Fountaine (Ed.), *Complementary & alternative therapies for nursing practice* (2nd ed, pp. 301-338). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Freeman, L. (Ed.). (2004). Hypnosis. In *Mosby's complementary, alternative medicine: A research-based approach* (2nd, ed., pp. 237 – 274). St. Louis: Mosby.

Lynn, S. J., & Kirsch, I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis: An evidence-based approach*. Washington, DC: American Psychological Association.

Rankin-Box, D. (2001). Hypnosis. In D. Rankin-Box (Ed.), *The nurse's handbook of complementary therapies* (2nd ed, pp. 208-214). Edinburgh: Bailliere Tindall.

Zahourek, R. P. (1985). *Clinical hypnosis and therapeutic suggestion in nursing*. Orlando. FL: Grune & Stratton.

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

Humor

5320

Definición: Facilitar que el paciente perciba, aprecie y exprese lo que es divertido, gracioso o absurdo con el fin de establecer relaciones, aliviar tensiones, liberar sentimientos de ira, facilitar el aprendizaje o enfrentarse a sentimientos dolorosos.

Actividades:

- Determinar los tipos de humor apreciados por el paciente.
- Determinar la respuesta típica del paciente al humor (risa o sonrisas).
- Determinar la hora del día en la que el paciente es más receptivo.
- Evitar áreas de contenidos sensibles para el paciente.
- Comentar las ventajas de la risa con el paciente.
- Seleccionar materiales humorísticos que creen una excitación moderada en el individuo.
- Disponer de una selección de juegos, dibujos, chistes, vídeos, cintas, libros, etc., humorísticos.
- Señalar la incongruencia de una situación, con humor.
- Fomentar la visualización con humor (pintar una figura autoritaria imponente vestida en ropa interior).
- Fomentar las tonterías y guasas.
- Retirar barreras ambientales que impidan o disminuyan la ocurrencia de humor espontánea.
- Observar la respuesta del paciente y suspender la estrategia de humor, si no es efectiva.
- Evitar el uso en pacientes con trastornos cognitivos.
- Mostrar una actitud apreciativa sobre el humor.
- Responder de forma positiva a los intentos humorísticos del paciente.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Buxman, K. (1991). Make room for laughter. *American Journal of Nursing, 91*(12), 46-51.

Kolkmeier, L. G. (1988). Play and laughter: Moving toward harmony. In B. M. Dosseyk, L. Keegan, C. E. Guzetta, & L. G. Kolkmeier (Eds.), *Holistic nursing: A handbook for practice* (pp. 289-304). Rockville, MD: Aspen.

Smith, K. (2006). Humor. In M. Snyder, & R. Lindquist (Eds.), *Complimentary/alternative therapies in nursing* (5th ed, pp. 93-106). New York: Springer.

Sullivan, J. L., & Deane, D. M. (1988). Humor and health. *Journal of Gerontological Nursing, 14*(1), 20-24.

Identificación de riesgos

Definición: Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la priori a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.

Actividades:

- 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 estatus de las necesidades de la vida diaria.
- Determinar los recursos comunitarios adecuados para cubrir las necesidades vitales y de salud básicas.
- Determinar el cumplimento de los tratamientos médicos y de enfermería.
- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
- Fijar objetivos mutuos, si procede.
- Considerar criterios útiles para priorizar áreas de reducci riesgo (p. ej., nivel de concienciación y motivación, efecti coste, viabilidad, preferencias, equidad, estigmatización y ridad de los resultados si los riesgos continúan sin aborda
- Comentar y planificar las actividades de reducción del ries colaboración con el individuo o el grupo.
- Aplicar las actividades de reducción del riesgo.
- Proceder a derivar a otro personal de cuidados y/o instituci según corresponda.
- Planificar la monitorización a largo plazo de los riesgos p salud.
- Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y a dades de reducción del riesgo.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Doll, L. S., Bonzo, S. E., Mercy, J. A., & Sleet, D. A. (Eds.). (2007). *Han of injury and violence prevention* [E. N. Haas, Managing Ed.]. New Springer.

Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). *Suicide risk management: A manual for professionals*. Oxford: Blackwell.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2008). *Public health nursing: Population-ce health care in the community* (7th ed). St. Louis: Mosby Elsevier.

Identificación de riesgos: familia con recién nacido

Definición: Identificar al individuo o familia con posibles dificultades para la crianza de hijos y priorizar estrategias p prevenir problemas al respecto.

Actividades:

- Determinar la edad de la madre.
- Determinar el estadio de desarrollo de los progenitores.
- Determinar la paridad de la madre.
- Determinar el estatus económico de la familia.
- Conocer el nivel educativo de la madre.
- Determinar el estado civil de la madre.
- Determinar el estatus de residencia de la madre (p. ej., lugar de residencia, persona sin hogar, vive con alguien, estatus inmigratorio).
- Conocer el grado de alfabetización.
- Determinar los resultados de todos los embarazos previos.
- Determinar si los hijos anteriores de la madre están todavía a su cuidado.
- Determinar la comprensión de los idiomas utilizados en la comunidad.
- Determinar las implicaciones anteriores con los servicios sociales.
- Determinar el historial de abusos y violencia.
- Determinar los antecedentes de depresión o de otras enfermedades mentales.
- Identificar el estado de salud e inmunidad de los hermanos.
- Vigilar las conductas que puedan indicar un problema de apego.
- Revisar los registros prenatales y del parto para ver si hay indicios documentados de apego prenatal.
- Revisar el historial prenatal para determinar la presenc factores que puedan predisponer a la paciente a complicaci
- Revisar, actualizar y completar la información a medida q desarrolla el embarazo, en los períodos intraparto, posparto los ingresos neonatales, si procede.
- Determinar los medicamentos que haya podido recibir la m durante el período prenatal.
- Revisar el historial prenatal para ver si hay factores estresante afecten a la reserva de glucosa del recién nacido (p. ej., diabete pertensión inducida por el embarazo y trastornos cardíacos o ren
- Revisar el historial para ver si hay patrones de crecimiento natal anormales, según lo detectado por ecografía o cambio fondo uterino.
- Revisar el historial materno de dependencia de sustancias q cas, anotando la duración, el tipo de drogas utilizadas (inclui alcohol), y el momento y potencia de la última dosis antes del p
- Conocer los sentimientos de la paciente acerca del embaraz deseado.
- Determinar si el embarazo no deseado es aprobado por la fa
- Determinar si el embarazo no deseado es apoyado por la fa
- Documentar la adaptación psicosocial al embarazo por par la paciente, la familia, otros niños y adultos del hogar, familia otras personas que tengan una relación estrecha con la embara

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

- Determinar la presencia de un embarazo múltiple y considerar las dificultades de criar a varios bebés.
- Anotar los medicamentos recibidos por la madre (p. ej., sedantes, anestésicos o analgésicos) durante el período intraparto.
- Determinar las enfermedades concurrentes maternas que puedan diferir el apego (p. ej., parto prolongado, infección, sedantes).
- Determinar las enfermedades concurrentes fetales (p. ej., sufrimiento fetal, hipoxia, oligohidramnios o polihidramnios, hiper- o hipoglucemia) que podrían diferir su capacidad de interactuar con los cuidadores.
- Identificar la razón de la separación del recién nacido después del nacimiento.
- Observar las interacciones progenitor-bebé, determinando las conductas que supuestamente indican apego.
- Observar las conductas de apego en caso de parto múltiple (p. ej., gemelos, trillizos).
- Fomentar el apego familiar mediante la educación de la paciente.
- Poner en marcha actividades que fomenten el apego.
- Evaluar la conducta de los recién nacidos durante las consultas pediátricas iniciales para determinar las posibles indicaciones de problemas de ajuste en la crianza de los hijos.
- Recomendar una consulta de seguimiento en el posparto a las 2-6 semanas con un profesional sanitario cualificado.
- Recomendar una consulta de seguimiento neonatal a las 2 y a las 6 semanas con un profesional sanitario cualificado.
- Dar prioridad a las áreas de disminución de riesgos en colaboración con el individuo/familia.
- Planificar las actividades de disminución de riesgos en colaboración con el individuo/familia.
- Fomentar la seguridad neonatal indicando que se use un asiento homologado para el coche al dar de alta al recién nacido.
- Remitir al organismo comunitario apropiado para el seguimiento, si se ha identificado un riesgo de problemas con la crianza de los hijos o un retraso del apego.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Fouquier, K. F. (2011). The concept of motherhood among three generations of African American women. *Journal of Nursing Scholarship, 43*(2), 145-153.

Lutz, K. F., Anderson, L. S., Pridham, K. A., Riesch, S. K., & Becker, P. T. (2009). Furthering the understanding of parent-child relationships: A nursing scholarship review series. Part 1: Introduction. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 14*(4), 256-261.

Lutz, K. F., Anderson, L. S., Riesch, S. K., Pridham, K. A., & Becker, P. T. (2009). Furthering the understanding of parent-child relationships: A nursing scholarship review series. Part 2: Grasping the early parenting experience—The insider view. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 14*(4), 262-283.

Taubman-Ben-Ari, O., Findler, L., & Kuint, J. (2010). Personal growth in the wake of stress: The case of mothers of preterm twins. *Journal of Psychology, 144*(2), 185-204.

Underdown, A., & Barlow, J. (2011). Interventions to support early relationships: Mechanisms identified within infant massage programmes. *Community Practitioner, 84*(4), 21-26.

Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2009). *Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, & families*. Philadelphia: F. A. Davis.

Identificación de riesgos: genéticos 6614

Definición: Identificación y análisis de posibles factores de riesgo genético en un individuo familia o grupo.

Actividades:

- Asegurar la intimidad y la confidencialidad.
- Obtener o revisar la historia clínica completa, incluidos los antecedentes prenatales y obstétricos, el historial del desarrollo y el estado de salud pasado y presente en relación con la enfermedad genética confirmada o sospechada.
- Obtener o revisar el entorno (posibles exposiciones a teratógenos o a carcinógenos) y el estilo de vida (tabaco, alcohol, exposición a drogas o a fármacos).
- Determinar la presencia y la calidad del apoyo familiar, de otros sistemas de apoyo y habilidades previas de afrontamiento.
- Obtener o estudiar los antecedentes familiares exhaustivos y construir el árbol genealógico de, como mínimo, tres generaciones.
- Obtener un diagnóstico documentado de los miembros de la familia afectados.
- Investigar las opciones de pruebas de diagnóstico que confirmen o predigan la presencia de una alteración genética, como, por ejemplo, estudios bioquímicos o radiográficos, análisis de cromosomas, análisis de ligamiento o pruebas directas del ADN.
- Informar acerca de los procedimientos de diagnóstico.
- Explicar las ventajas, los riesgos y los costes económicos de las opciones diagnósticas.
- Comentar los asuntos sobre seguros y la posible discriminación laboral, según sea pertinente.
- Explicar la posibilidad de realizar pruebas a otros miembros de la familia, si procede.
- Iniciar el consejo genético según la identificación del riesgo, si es conveniente.
- Remitir a especialistas en atención sanitaria genética para el consejo genético, si procede.
- Proporcionar al paciente un resumen escrito del asesoramiento de identificación del riesgo, según esté indicado.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Andrews, L. B., Fullerton, J. E., Holtzman, N. A., & Motulsky, A. G. (Eds.). (1994). *Assessing genetic risks: Implications for health and social policy*. Washington, DC: National Academies Press.

Cohen, F. L. (2005). *Clinical genetics in nursing practice* (3rd ed). New York: Springer.

Nelson, H. D., Huffman, L. H., Fu, R., & Harris, E. L. (2005). Genetic risk assessment and BRCA mutation testing for breast and ovarian cancer susceptibility: Systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine, 143*(5), 362-379.

Pieterse, A. H., van Dulmen, S., van Dijk, S., Bensing, J. M., & Ausems, M. G. (2006). Risk communication in completed series of breast cancer genetic counseling visits. *Genetics in Medicine, 8*(11), 688-696.

Pillitteri, A. (2007). Genetic assessment and counseling. In *Maternal, child health nursing, Care of the childbearing, childrearing family* (5th ed, pp. 157-180). Philadelphia: Lippincott Williams, Wilkins.

Skirton, H., Patch, C., & Williams, J. (2005). *Applied genetics in healthcare: A handbook for specialist practitioners*. New York, NY: Taylor & Francis.

Stacey, D., DeGrasse, C., & Johnston, L. (2002). Addressing the support needs of women at high risk for breast cancer: Evidence-based care by advanced practice nurses. *Oncology Nursing Forum, 29*(6), E77-E84.

Identificación del paciente 6574

Definición: Verificación positiva de la identidad del paciente.

Actividades:

- Explicar al paciente la relevancia de una identificación adecuada durante toda la asistencia sanitaria.
- Preguntar al paciente su nombre y apellidos, así como la fecha de nacimiento.
- Verificar que la información proporcionada por el paciente sea la misma que la del dispositivo de identificación (p. ej., pulseras, etiqueta de cama, *software* de reconocimiento de huellas dactilares, escáner de venas de la palma de la mano) y la historia clínica.
- Seleccionar la ubicación más apropiada para colocar el dispositivo de identificación.
- Asegurarse de que los dispositivos de identificación se ponen en el lugar adecuado.
- Tener a mano una serie de pulseras de recambio y un proceso fácil para la impresión y colocación de una pulsera nueva si debe quitarse la antigua.
- Estandarizar el formato de las pulseras en todo el centro sanitario.
- Comparar la información proporcionada por el paciente con la presente en el dispositivo de identificación antes de cada proceso asistencial (p. ej., administración de medicamentos, realización de procedimientos invasivos, realización de pruebas diagnósticas, traslado del paciente).
- Usar al menos dos identificadores del paciente cuando se obtengan muestras de laboratorio o se administren medicamentos o hemoderivados.
- Llevar a cabo la verificación de los pacientes en varios momentos cuando el procedimiento sea complejo y conste de varias etapas.
- Utilizar la identificación por parte de un miembro de la familia o de un amigo íntimo cuando el paciente no pueda proporcionar información.
- Instituir una política de interrupción del proceso, si se sospecha un error de identificación (es decir, no llevar a cabo la acción prevista hasta que se realice la identificación positiva).
- Instruir al paciente sobre los riesgos relacionados con una identificación incorrecta.
- Comparar la información proporcionada por un familiar con la información del dispositivo de identificación para confirmar la muerte de un paciente.
- Garantizar la mejor práctica posible para la identificación del paciente mediante el establecimiento de unas normas del centro escritas con claridad y fáciles de entender.

6.ª edición, 2013

Bibliografía:

Association of periOperative Registered Nurses. (2006). Best practices for preventing wrong site, wrong person, and wrong procedure errors in perioperative settings. *AORN Journal, 84*(Suppl. 1), S13-S29.

Beyea, S. C. (2003). Patient identification: A crucial aspect on patient safety. *AORN Journal. 78*(3), 478 481.

Bittle, M. J., Charache, P., & Wassilchalk, D. M. (2007). Registration-associated patient misidentification in an academic medical centre: Causes and corrections. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 33*(1), 25-33.

Clarke, J. R., Johnson, J., & Finley, E. (2007). Getting surgery right. *Annals of Surgery, 246*(3), 395-403.

Edwards, P. (2008). Ensuring correct site surgery. *Journal of Perioperative Practice, 18*(4), 168-171.

Gray, J. E., Suresh, G., Ursprung, R., Edwards, W. H., Nickerson, J., Shiono, P. H., Plsek, P., Goldmann, D. A., & Horbar, J. (2006). Patient misidentification in the neonatal intensive care unit: Quantification of risk. *Pediatrics, 117*(1), e43-e47.

Hain, P., Joers, B., Rush, M., Slayton, J., Throop, P., Hoagg, S., Allen, L., Grantham, J., & Deshpande, J. (2010). An intervention to decrease patient identification band errors in a children's hospital. *Quality Safety in Health Care, 19*(3), 244-247.

High Tech Patient ID, Information technologists design system to recognize palm vein patterns. (2007) *Science Daily* http://www.sciencedaily.com/videos/2007/1009-high_tech_patient_id.htm.

Imaginación simple dirigida 6000

Definición: Utilización intencionada de la imaginación para conseguir un estado, resultado o acción particular o para apartar la atención de las sensaciones indeseables.

Actividades:

- Analizar si hay problemas emocionales graves, antecedentes de enfermedad psiquiátrica o alucinaciones.
- Detectar un nivel de energía actual disminuido, la incapacidad para concentrarse u otros síntomas que puedan interferir en la capacidad cognitiva de centrar la atención en imágenes mentales.
- Describir el fundamento y los beneficios, limitaciones y tipos de las técnicas de imaginación dirigida disponibles.
- Obtener información sobre las experiencias previas de afrontamiento para determinar si la imaginación dirigida puede ser útil.
- Comentar la capacidad de crear imágenes mentales vívidas y experimentarlas como si fueran reales.
- Determinar la capacidad de realizar la imaginación dirigida sin cuidador (solo o con una cinta de audio).
- Animar a la persona a elegir entre una variedad de técnicas de imaginación dirigida (dirigida por cuidador o con cinta de audio).
- Aconsejar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas que compriman y con los ojos cerrados.
- Proporcionar un ambiente cómodo y libre de interrupciones (p. ej., utilizando auriculares), si es posible.
- Comentar una imagen que el paciente haya experimentado y que sea placentera y relajante, como estar tumbado en la playa, mirar cómo cae la nieve, flotar sobre una balsa o mirar una puesta de sol.
- Individualizar las imágenes elegidas, teniendo en cuenta las creencias religiosas o espirituales, intereses artísticos u otras preferencias individuales.

- Describir la escena implicando la mayoría de los cinco sentidos.
- Realizar sugerencias que induzcan la relajación (imágenes que den paz, sensaciones placenteras o respiración rítmica), según corresponda.
- Utilizar una voz modulada al dirigir la experiencia de imaginación.
- Conseguir que el paciente viaje mentalmente a la escena y ayudar con la descripción detallada de la situación.
- Utilizar direcciones y sugerencias permisivas al dirigir la imaginación, como «quizá», «si usted quiere» o «le podría gustar».
- Conseguir que el paciente experimente lentamente la escena: ¿cómo se ve?, ¿cómo huele?, ¿cómo suena?, ¿cómo sabe?
- Utilizar palabras o frases que transmitan imágenes placenteras (como flotar, enternecerse y liberarse).
- Desarrollar la parte de limpieza o eliminación de la imaginación (todos los dolores aparecen como polvo rojo y se van corriente abajo en un arroyo al entrar en él).
- Ayudar al paciente a desarrollar un método de finalización de la técnica de imaginación, como contar despacio mientras se respira profundamente, movimientos lentos y pensamientos de sentirse relajado, fresco y alerta.
- Animar al paciente a expresar los pensamientos y sentimientos acerca de la experiencia.
- Preparar al paciente para experiencias inesperadas (pero a menudo terapéuticas), como llorar.
- Enseñar al paciente a practicar la imaginación dirigida, si es posible.
- Grabar en cinta la experiencia imaginada, si resulta útil.
- Planificar con el paciente un tiempo adecuado para realizar la imaginación dirigida.
- Utilizar técnicas de imaginación dirigida de forma preventiva.
- Planificar un seguimiento para valorar los efectos de la imaginación y cualquier cambio resultante en la sensación y la percepción.
- Utilizar la imaginación dirigida como estrategia complementaria de los analgésicos o junto con otras medidas, según corresponda.
- Evaluar y registrar la respuesta a la imaginación dirigida.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Dossey, B. (1995). Using imagery to help heal your patient. *American Journal of Nursing, 95*(6), 41-46.

Eller, L. S. (1999). Guided imagery interventions for symptom management. In J. Fitzpatrick (Ed.), *Annual review of nursing research* (pp. 57-84). (Vol. 17). New York, NY: Springer.

Herr, K. A., & Mobily, P. R. (1999). Pain management. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed, pp. 149-171). Philadelphia: W. B. Saunders.

Kwekkeboom, K., Kneip, J., & Pearson, L. (2003). A pilot study to predict success with guided imagery for cancer pain. *Pain Management Nursing, 4*(3), 112-123.

McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). Practical nondrug approaches to pain. In M. McCaffery, & C. Pasero (Eds.), *Pain Clinical manual* (2nd ed, pp. 399-427). St. Louis: Mosby.

Post-White, J. (1998). Imagery. In M. Snyder, & R. Lindquist (Eds.), *Complementary/Alternative therapies in nursing* (3rd ed, pp. 103-122). New York, NY: Springer.

Van Kuiken, D. (2004). A meta-analysis of the effect of guided imagery practice on outcomes. *Journal of Holistic Nursing, 22*(2), 164-179.

Inducción al parto 6850

Definición: Iniciación o progresión del proceso de parto mediante métodos mecánicos o farmacológicos.

Actividades:

- Determinar las indicaciones médicas y obstétricas para la inducción.
- Revisar el historial obstétrico para obtener información que pueda influir sobre la inducción (p. ej., edad gestacional, duración de partos previos, placenta previa, deformidades estructurales pélvicas, ruptura uterina previa, herpes genital activo, prolapso del cordón umbilical, posición transversal, frecuencia cardíaca fetal de categoría III [FCF]).
- Determinar el índice de Bishop para valorar la preparación del cuello uterino para la inducción al parto (es decir, una puntuación de 8 o más es más favorable para el parto vaginal).
- Monitorizar tanto los signos vitales maternos como los fetales antes de la inducción.
- Realizar o ayudar en la aplicación de agentes mecánicos o farmacológicos a intervalos adecuados para mejorar la preparación del cuello uterino, si es necesario.
- Ayudar con la extracción de la membrana si es mayor o igual a 39 semanas de gestación.
- Observar si hay efectos secundarios derivados de los procedimientos utilizados para la preparación del cuello.
- Volver a evaluar el estado cervical y verificar la presentación antes de iniciar otras medidas de inducción.
- Realizar o ayudar con la amniotomía, si la dilatación cervical es adecuada y el vértice está bien colocado.
- Determinar la frecuencia cardíaca fetal mediante auscultación o monitorización fetal electrónica postamniotomía y según protocolo.
- Fomentar la deambulación, si no hay contraindicaciones para la madre ni para el feto.
- Observar si hay cambios en la actividad uterina.
- Iniciar medicación i.v. (p. ej., oxitocina) para estimular la actividad uterina, según protocolo, si es necesario.
- Controlar el estimulante uterino hasta que el parto sea inminente, según sea necesario o según el protocolo.
- Vigilar estrechamente el progreso del parto, estando alerta por si hubiera señales anormales.
- Evitar la taquisistolia uterina usando el protocolo de dosis bajas de oxitocina para conseguir una adecuada frecuencia, duración y relajación de las contracciones.
- Monitorizar los datos proporcionados por el catéter de presión intrauterina.
- Observar si hay signos de insuficiencia uteroplacentaria (p. ej., desaceleraciones tardías y cambios a categoría III de frecuencia cardíaca fetal) durante el proceso de inducción.
- Monitorizar la retención de agua durante la administración de oxitocina.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Ladewig, P., London, M., & Davidson, M. (2014). *Contemporary maternal-newborn nursing care* (8th ed). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Mattson, S., & Smith, J. (Eds.). (2011). *Core curriculum for maternal-newborn nursing* (4th ed). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Odent, M. (2013). Should we ban labor induction? *Midwifery Today, 1*(
22-23.

Wing, D. (2015). *Induction of labor*. Obtenido de UpToDate database. http://ww
uptodate.com/contents/induction-of-labor?source=search_result&search=%2
Should+we+ban+labor+induction%22&selectedTitle=1%7E150.

Información preparatoria: sensorial 558

Definición: Descripción en términos concretos y objetivos de las sensaciones y hechos normales asociados con un proce
dimiento/tratamiento de cuidados de salud estresante previsto.

Actividades:

- Identificar la secuencia de eventos y describir el entorno asociado con el procedimiento/tratamiento.
- Identificar las sensaciones habituales (qué se verá, sentirá, olerá degustará u oirá) que la mayoría de pacientes describe, asociadas con cada aspecto del procedimiento/tratamiento.
- Describir las sensaciones en términos concretos y objetivos utilizando palabras descriptivas del paciente, pero omitiendo los adjetivos evaluativos que reflejan el grado de sensación o de respuesta emocional a una sensación.
- Presentar las sensaciones y el procedimiento/tratamiento en la secuencia que más probablemente se presentará.
- Relacionar las sensaciones con su causa cuando no puede ser evidente por sí misma.
- Describir la duración esperable de las sensaciones y de los procedimientos o cuándo puede esperarse un cambio.
- Personalizar la información utilizando para ello los pronombres personales.
- Dar al paciente la oportunidad de hacer preguntas y clarificar malentendidos.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Christman, N. J., Kirchhoff, K. T., & Oakley, M. G. (1999). Preparatory senso
information. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing inte
ventions: Effective nursing treatments* (3rd ed, pp. 398-408). Philadelphi
W.B. Saunders.

Conduct and Utilization of Research in Nursing (CURN) Project – Michig
Nurses Association. (1981). *Preoperative sensory preparation to promo
recovery*. New York, NY: Grune & Stratton.

Johnson, J., Fieler, V., Jones, L., Wlasowicz, G., Mitchell, M., & Louise, M
(1997). *Self-regulation theory: Applying theory to your practice*. Pittsburg
PA: Oncology Nursing Press.

Johnson, J. E., Fieler, V. K., Wlasowicz, G. S., Mitchell, M. L., & Jones, L.
(1997). The effects of nursing care guided by self-regulation theory o
coping with radiation therapy. *Oncology Nursing Forum, 24*(6), 1041-105

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Perioperative nursing.
Fundamentals of nursing, Concepts, process, practice (7th ed, pp. 896-937
Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Sime, A. M. (1992). Sensation information. In M. Snyder (Ed.), *Independe
nursing interventions* (2nd ed, pp. 165-170). Albany, NY: Delmar.

Informe de incidencias 798

Definición: Notificación por escrito y oral de cualquier suceso en el proceso de cuidados del paciente que sea discordante
con los resultados esperados del paciente o con las operaciones rutinarias del centro sanitario.

Actividades:

- Identificar los sucesos (caídas de pacientes, reacciones a transfusiones de sangre y anomalías de los equipos) que comprometan la seguridad del paciente y requieran notificación, según se defina en las normas del centro.
- Notificar al médico para que evalúe al paciente, según corresponda.
- Notificar al supervisor de enfermería, según corresponda.
- Documentar en el registro del paciente que se ha notificado al médico.
- Completar el(los) formulario(s) de informe de incidencias para que incluya(n) información de los hechos, número de historia clínica del paciente, diagnóstico médico y fecha de ingreso.
- Documentar la información objetiva acerca del suceso en la historia clínica del paciente, según corresponda.
- Documentar las valoraciones e intervenciones de enfermería después del suceso.
- Detectar e informar de los fallos de los dispositivos médico
que hayan causado una lesión en el paciente, según corres
ponda.
- Mantener la confidencialidad del informe de incidentes, segú
las normas del centro.
- Poner en marcha el Sistema de Notificación de Dispositivo
Médicos para fallecimientos o lesiones como consecuencia d
dispositivos médicos.
- Comentar el suceso con el personal implicado para determina
la acción correctora necesaria, si es que hubiera alguna.
- Proporcionar retroalimentación a todo el personal sobre las
lecciones aprendidas y los cambios organizacionales resultante
del informe de incidentes, según corresponda.
- Promover una cultura que apoye la idea de que la notificación
voluntaria de eventos es una forma de vigilancia pasiva de los
casi-accidentes y condiciones inseguras.

- Combinar los informes de incidentes con métodos de vigilancia activa (p. ej., observación directa, gráficos de auditorías) para identificar y priorizar las amenazas a la seguridad del paciente.
- Comprender que una mayor carga de trabajo puede estar relacionada con un mayor número de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Agency for Health Care Research and Quality. (2014). Voluntary patient safety event reporting (incident reporting). *Patient Safety Primers*. Obtenido de https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/13/voluntary-patient-safety-event-reporting-incident-reporting?q=Voluntary+patient+safety+event+reporting.

Besmer, M., Bressler, T., & Barrell, C. (2010). Evidence-based nursing: Using incident reports as a teaching tool. *Nursing Management*, *41*(7), 16-18.

Khorsandi, M., Skouras, C., Beatson, K., & Alijani, A. (2012). Quality review of an adverse incident reporting system and root cause analysis of serious adverse surgical incidents in a teaching hospital of Scotland. *Online Patient Safety in Surgery*, *6*(1), .

Nishizaki, Y., Tokuda, Y., Sato, E., Kato, K., Matsumoto, A., Takekata, M., ..., & Ishikawa, R. (2010). Relationship between nursing workloads and patient safety incidents. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *3*, 49-54.

Infusión de células madre 4266

Definición: Infusión de células madre hematopoyéticas y monitorización de la respuesta del paciente.

Actividades:

- Asegurarse de que el producto que se va a infundir se ha preparado, etiquetado y clasificados según el protocolo de la institución.
- Explicar el procedimiento y el objetivo de la infusión de las células madre hematopoyéticas a los pacientes y cuidadores.
- Informar al paciente y a la familia sobre los posibles efectos negativos (p. ej., reacción transfusional, sobrecarga de volumen, embolia pulmonar, alteraciones de los signos vitales y náuseas/vómitos) que pueden aparecer durante la perfusión.
- Usar el aceite de menta o caramelos para contrarrestar el olor y el sabor desagradables del conservante.
- Preparar el equipo de infusión sin filtro y otros materiales necesarios (p. ej., suero fisiológico al 0,9%, sistemas de medición de la presión venosa, esfigmomanómetro, fonendoscopio, termómetro y pulsómetro).
- Verificar que el equipo de infusión no tiene filtro ni bombas de infusión para evitar la lesión celular.
- Usar solución salina para lavar el equipo.
- Preparar material de urgencia y medicamentos para tratar reacciones negativas graves, incluidos un kit de anafilaxia, un equipo de administración de oxígeno y un equipo de succión.
- Use guantes durante la manipulación del producto de infusión.
- Asegurarse de realizar una manipulación aséptica de equipos, conexiones y productos.
- Administrar solución de prehidratación de acuerdo con el protocolo.
- Coordinar la administración inmediata del producto de infusión descongelado.
- Administrar la premedicación prescrita de acuerdo con el protocolo del centro.
- Evitar la irradiación y cualquier tipo de daño mecánico o físico al producto de infusión.
- Asegurarse de que el producto de infusión se recibe en condiciones de aislamiento óptimo y de refrigeración (1-24 °C).
- Verificar el etiquetado y la identificación tanto de las bolsas como del paciente (utilizando el nombre del paciente y el número de historia clínica) inmediatamente antes de la infusión.
- Administrar la infusión a través de un catéter venoso central a través de la luz más grande disponible para la facilidad del flujo.
- Infundir cada bolsa al ritmo, secuencia y tiempo establecidos en las directrices del protocolo del centro y de acuerdo con la tolerancia del paciente.
- Controlar las posibles reacciones adversas (p. ej., náuseas, vómitos, calambres abdominales, diarrea, rubefacción facial, arritmia, disnea) y detener la infusión y llamar al médico, si es necesario.
- Irrigar el catéter de infusión con solución salina después de la infusión de cada bolsa.
- Irrigar la vía intravenosa con solución salina si se utilizan jeringas para infundir el producto, con el fin de reducir la pérdida de células madre que podrían permanecer en la luz del catéter o del sistema de infusión.
- Desechar el material fungible y los residuos peligrosos de acuerdo con el protocolo del centro.
- Monitorizar los signos vitales, según el protocolo del centro, durante y después del procedimiento.
- Registrar el volumen de células madre y solución salina fisiológica administradas.
- Supervisar la diuresis, prestando atención al volumen, el color y la osmolalidad.
- Observar los signos y síntomas de sobrecarga circulatoria.
- Registrar la respuesta del paciente (p. ej., tolerancia y efectos negativos), según el protocolo del centro.
- Documentar los sucesos adversos, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Proporcionar apoyo emocional a los pacientes y familiares.

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Bevans, M., & Shelburne, N. (2004). Hematopoietic stem cell transplantation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *8*(5), 541-543.

Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy. (2002). *Standards for hematopoietic progenitor cell collection, processing & transplantation* (2nd ed). Omaha, NE: Author.

Saria, M. G., & Gosselin-Acomb, T. K. (2007). Hematopoietic stem cell transplantation: Implications for critical care nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *11*(1), 53-63.

Sauer-Heilborn, A., Kadidlo, D., & McCullough, J. (2004). Patient care during infusion of hematopoietic progenitor cells. *Transfusion*, *44*(6), 907-916.

Inmovilización 0910

Definición: Estabilización, inmovilización y/o protección de una parte corporal lesionada con un dispositivo de soporte.

Actividades:

- Monitorizar la circulación (p. ej., pulso, relleno capilar, y sensibilidad) en la parte corporal lesionada
- Monitorizar la movilidad en la zona distal a la lesión.
- Monitorizar la presencia de hemorragia en la zona de lesión.
- Cubrir las heridas abiertas con un apósito y controlar la hemorragia antes de aplicar una férula.
- Minimizar el movimiento del paciente, sobre todo de la parte corporal lesionada.
- Identificar el material más apropiado para la férula (p. ej., rígido, blando, anatómico o tracción).
- Almohadillar las férulas rígidas.
- Inmovilizar las articulaciones proximal y distal al punto de la lesión.
- Apoyar los pies con una tabla específica.
- Colocar la mano o muñeca lesionada en posición funcional.
- Aplicar una férula en la posición en la que se encuentre la parte corporal lesionada, usando las manos para apoyar la zona de la lesión, minimizando el movimiento y utilizando la ayuda de otro profesional sanitario cuando sea posible.
- Aplicar un cabestrillo, si procede.
- Monitorizar la integridad cutánea bajo el dispositivo de soporte.
- Recomendar la realización de ejercicios isométricos, cuando proceda.
- Enseñar al paciente o a la familia cómo cuidar la férula.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Pfeiffer, R. P., Thygerson, A., & Palmieri, N. F. (2009). *Sports first aid and injury prevention [B. Gulli & E. W. Ossman, Medical Eds.]*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Schottke, D. (2007). Injuries to muscles and bones. In A. N. Pollack (Ed.), *First responder: Your first response in emergency care* (4th ed, pp. 327-367). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Thygerson, A. (2005). Splinting extremities. In American Academy of Orthopaedic Surgeons, First aid, C.P.R., AED., (4th, ed., pp. 239-254). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Intercambio de información de cuidados de salud 7960

Definición: Proporcionar información sobre la atención del paciente a otros profesionales sanitarios.

Actividades:

- Identifíquese a sí mismo o a otro profesional y el lugar donde se encuentra.
- Obtener la orden del médico para la derivación, si es necesario.
- Determinar los datos demográficos esenciales del paciente.
- Describir el historial de salud pertinente.
- Informar de los diagnósticos médicos y enfermeros actuales.
- Determinar los diagnósticos médicos y enfermeros resueltos, según corresponda.
- Describir el plan de cuidados, incluyendo la dieta, las medicaciones y el ejercicio.
- Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.
- Identificar el equipo y el material necesario para los cuidados.
- Resumir los progresos del paciente hacia las metas fijadas.
- Determinar la fecha de alta o traslado prevista, según corresponda.
- Fijar la cita de retorno para el seguimiento de los cuidados, según corresponda.
- Comentar las fortalezas y recursos del paciente.
- Describir el papel de la familia en la continuación de los cuidados.
- Identificar otros centros que provean cuidados.
- Pedir información a profesionales sanitarios de otros centros.
- Coordinar los cuidados con otros profesionales sanitarios.
- Compartir las preocupaciones del paciente o de la familia con otros profesionales sanitarios.
- Compartir la información de otros profesionales sanitarios con el paciente y la familia, según corresponda.
- Transferir información a través de medios electrónicos, si se dispone de ellos.
- Participar en el desarrollo y mejora de las historias clínicas electrónicas de los pacientes.
- Mantenerse formado en relación al conocimiento de las tecnologías de la información en salud.

2.ª edición 1996; revisada en 2004 y 2018

Bibliografía:

Berman, A., & Snyder, S. (2012). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (9th ed). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Edwards, N., Davies, B., Ploeg, J., Virani, T., & Skelly, J. (2007). Implementing nursing best practice guidelines: Impact on patient referrals. *BMC Nursing, 6*(4), doi: 10.1186/1472-6955-6-4.

Huston, C. (2013). The impact of emerging technology on nursing care: Warp speed ahead. *The Online Journal of Issues in Nursing, 18*(2), Manuscript 1.

National Transitions of Care Coalition. (2010). *Improving transitions of care with health information technology*. Obtenido de http://www.ntocc.org/Portals/0/PDF/Resources/HITPaper.pdf.

Vest, J. R., & Gamm, L. D. (2010). Health information exchange: Persistent challenges and new strategies. *Journal of the American Medical Informatics Association, 17*(3), 288-294.

Intermediación cultural

7330

Definición: Empleo intencionado de estrategias culturalmente adecuadas para establecer un puente o mediar entre la cultura del paciente y el sistema sanitario biomédico.

Actividades:

- Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen el paciente y el profesional de enfermería en relación con los problemas de salud o el plan de tratamiento.
- Fomentar una discusión abierta de las diferencias y semejanzas culturales.
- Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que pueden afectar negativamente a la salud, de forma que el paciente pueda elegir de manera informada.
- Tratar las discrepancias abiertamente y aclarar los conflictos.
- Conseguir, cuando no se puedan resolver los conflictos, un compromiso de tratamiento aceptable en función del conocimiento biomédico, del conocimiento del punto de vista del paciente y de las normas éticas.
- Dar al paciente más tiempo del normal para que asimile la información y medite la toma de una decisión.
- Mantenerse relajado y sin prisas en los contactos con el paciente.
- Utilizar un lenguaje sencillo evitando tecnicismos.
- Disponer la adaptación cultural (p. ej., cenar tarde durante el Ramadán).
- Incluir a la familia en el plan para el cumplimiento del régimen prescrito, cuando corresponda.
- Dar cabida a la implicación de la familia para apoyar o cuidar directamente.
- Traducir la terminología del paciente sobre los síntomas a otro lenguaje de cuidados sanitarios que otros profesionales puedan comprender con facilidad.
- Facilitar la comunicación intercultural (uso de un traductor, materiales/medios bilingües por escrito, comunicación no verbal precisa; evitar los estereotipos).
- Proporcionar información al paciente sobre el sistema de asistencia sanitaria.
- Proporcionar información a los profesionales sanitarios sobre la cultura del paciente.
- Ayudar a los otros profesionales de la salud a entender y aceptar las razones de incumplimiento del paciente.
- Modificar el entorno terapéutico mediante la incorporación de elementos culturales adecuados.
- Modificar las intervenciones convencionales (p. ej., enseñanza al paciente) de manera culturalmente adecuada.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Caudle, P. (1993). Providing culturally sensitive health care to Hispanic clients. *Nurse Practitioner, 18*(12), 40-51.

Gorman, D. (1995). Multiculturalism and transcultural nursing in Australia. *Journal of Transcultural Nursing, 6*(2), 27-33.

Jackson, L. E. (1993). Understanding, eliciting, and negotiating clients' multicultural health beliefs. *Nurse Practitioner, 18*(4), 36-42.

Leininger, M. (1994). Culturally competent care: Visible and invisible. *Journal of Transcultural Nursing, 6*(1), 23-25.

Pillitteri, A. (2007). Sociocultural aspects of maternal and child health nursing. In A. Pillitteri (Ed.), *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed, pp. 49-62). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Rairdan, B., & Higgs, Z. R. (1992). When your patient is a Hmong refugee. *American Journal of Nursing, 92*(3), 52-55.

Sloat, A. R., & Matsuura, W. (1990). Intercultural communication. In M. J. Craft, & J. A. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants and children* (pp. 166-180). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Tripp-Reimer, T., Brink, P. J., & Pinkam, C. (1999). Culture brokerage. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed, pp. 637-649). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Interpretación de datos de laboratorio

7690

Definición: Análisis crítico de los datos de laboratorio del paciente para ayudar en la toma de decisiones médicas.

Actividades:

- Familiarizarse con las abreviaturas aceptadas por el centro.
- Utilizar los rangos de referencia del laboratorio que esté realizando los análisis.
- Reconocer los factores fisiológicos que puedan afectar a los valores de laboratorio, como raza, sexo, edad, embarazo, ciclo menstrual, dieta (especialmente la hidratación), hora del día, nivel de actividad y estrés.
- Reconocer los efectos de los fármacos en los valores de laboratorio, incluidos los medicamentos con y sin receta.
- Anotar la hora y sitio de la recogida de las muestras, si procede.
- Utilizar los niveles máximos de los fármacos al analizar la toxicidad.
- Reconocer que los niveles mínimos de los medicamentos resultan útiles para la demostración de los niveles terapéuticos satisfactorios.
- Considerar la influencia de la farmacocinética (semivida, niveles máximos, unión a proteínas y excreción) al evaluar los niveles tóxicos y terapéuticos de los fármacos.
- Tener en cuenta que las anomalías múltiples de los análisis tienden a ser más significativas que las anomalías únicas de los análisis.
- Comparar los resultados con otros análisis de laboratorio y/o pruebas diagnósticas relacionadas.
- Comparar los resultados con valores anteriores obtenidos cuando el paciente no estaba enfermo (si están disponibles) para determinar los niveles basales.
- Monitorizar los resultados secuenciales de los análisis para ver las tendencias y los cambios llamativos.
- Consultar con las referencias/textos apropiados para determinar si hay implicaciones clínicas de análisis que no sean familiares.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Reconocer que los resultados incorrectos de los análisis con frecuencia son el resultado de errores administrativos.
- Confirmar los resultados de análisis extremadamente anormales con especial atención a la identificación del paciente y de la muestra, estado de la muestra y rapidez de entrega al laboratorio.
- Informar de los resultados de laboratorio al paciente, si procede.
- Enviar muestras separadas al laboratorio para la verificación de los resultados, según corresponda.
- Informar inmediatamente de cambios súbitos de los valores de laboratorio al médico.
- Informar inmediatamente de los valores críticos (según lo determine el centro) al médico.
- Analizar si los resultados obtenidos son coherentes con el comportamiento del paciente y su estado clínico.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Amarillo Medical Specialists. (2010). *How to interpret and understand your blood test results*. Obtenido de http://www.amarillomed.com/howto.

Chernecky, C. C., & Berger, B. J. (2013). *Laboratory tests and diagnostic procedures* (6th ed). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Pagana, K. D., & Pagana, T. J. (2014). *Mosby's manual of diagnostic and laboratory tests* (5th ed). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Xiong Lian, J. (2010). Interpreting and using blood gas analysis. *Nursing 2010 Critical Care, 5*(3), 26-36.

I

Intervención en caso de crisis 6160

Definición: Utilización de asesoramiento a corto plazo para ayudar al paciente a afrontar una crisis y retomar un estado de funcionamiento mejor o igual al estado previo a la crisis.

Actividades:

- Proporcionar un ambiente de apoyo.
- Evitar dar falsas esperanzas.
- Proporcionar un refugio seguro.
- Determinar si el paciente presenta riesgo de seguridad para sí mismo o para otros.
- Instaurar las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente u otras personas del riesgo de lesiones físicas.
- 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.
- 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.
- Presentar al paciente a personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.
- Ayudar en la identificación de actuaciones alternativas para resolver la crisis.
- Ayudar en la valoración de las posibles consecuencias de las diversas actuaciones.
- Ayudar al paciente a decidirse sobre un curso de acción particular.
- Ayudar en la formulación de una pauta temporal para la puesta en práctica del curso de acción elegido.
- Evaluar con el paciente si se ha resuelto la crisis con el curso de acción elegido.
- Planificar con el paciente la forma en que pueden utilizarse las habilidades de afrontamiento adaptativas para tratar crisis en el futuro.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Aguilera, D. C. (1998). *Crisis intervention: Theory and methodology* (8th ed). St. Louis, MO: Mosby.

Barry, P. D., & Farmer, S. (2002). *Mental health & mental illness* (7th ed). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Burgess, A. W. (1998). *Advanced practice psychiatric nursing*. Stamford, CT: Appleton & Lange.

Harkavy-Friedman, J. M., & Nelson, E. (1997). Management of the suicidal patient with schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America, 20*(3), 625-640.

Kanak, M. F. (1992). Interventions related to patient safety. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 371-395.

Kneisl, C. R., & Riley, E. A. (2004). Crisis intervention. In C. R. Kneisl, H. S. Wilson, & E. Trigoboff (Eds.), *Contemporary psychiatric-mental health nursing* (pp. 782-801). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Kus, R. J. (1992). Crisis intervention. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (2nd ed, pp. 179-190). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Roberts, A. R. (Ed.). (2000). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (2nd ed). New York, NY: Oxford University Press.

Intubación y estabilización de la vía aérea 3120

Definición: Inserción o ayuda en la intubación y estabilización de una vía aérea artificial.

Actividades:

- Realizar el lavado de las manos.
- Usar el equipo de protección personal (guantes, gafas y mascarilla) que sea adecuado.
- Seleccionar el tamaño y tipo correcto de vía aérea orofaríngea o nasofaríngea.
- Colocar al paciente y su cabeza según sea adecuado.
- Aspirar la boca y la orofaringe.
- Insertar la vía aérea oro/nasofaríngea, asegurándose de que alcanza la base de la lengua, colocando la lengua en posición adelantada.
- Fijar con esparadrapo la vía aérea oro/nasofaríngea en su sitio.
- Observar si hay disnea, ronquidos o ruido inspiratorio cuando la vía aérea oro/nasofaríngea está colocada.
- Cambiar la vía aérea oro/nasofaríngea diariamente e inspeccionar la mucosa.
- Insertar una mascarilla laríngea, según corresponda.
- Insertar una vía aérea obturadora del esófago (EOA), según corresponda.
- Auscultar para ver si hay sonidos esofágicos bilaterales antes de inflar el balón esofágico de la EOA.
- Colaborar con el médico para seleccionar el tamaño y tipo correcto de tubo endotraqueal (TE) o cánula de traqueostomía.
- Seleccionar vías aéreas artificiales con balones de gran volumen y baja presión.
- Restringir la inserción de tubos endotraqueales y traqueostomías a personal cualificado y con experiencia.
- Animar a los médicos a colocar TE por vía orofaríngea, según corresponda.
- Ayudar en la inserción del TE reuniendo el equipo de intubación y el equipo de emergencia necesarios, colocar al paciente, administrar los medicamentos ordenados, y vigilar al paciente por si aparecieran complicaciones durante la inserción.
- Ayudar en la traqueostomía de emergencia preparando el equipo de apoyo adecuado, administrando los medicamentos, disponiendo un ambiente estéril y observando si se producen cambios en el estado del paciente.
- Explicar al paciente y a la familia el procedimiento de intubación.
- Hiperoxigenar al paciente con oxígeno al 100% durante 3-5 minutos, según corresponda.
- Auscultar el tórax después de la intubación.
- Observar el movimiento sistemático de la pared torácica.
- Monitorizar la saturación de oxígeno (SpO_2) mediante pulsioximetría no invasiva y detección de CO_2.
- Monitorizar el estado respiratorio, según corresponda.
- Inflar el balón endotraqueal/traqueostomía con una técnica de mínimo volumen oclusivo o de mínima fuga.
- Fijar el TE/traqueostomía con cinta adhesiva, una cinta cruzada o un dispositivo de estabilización comercial.
- Marcar el TE en la posición de los labios o fosas nasales, utilizando las marcas de centímetros del TE, y documentarlo.
- Verificar la colocación del tubo con una radiografía de tórax, asegurando la canulación de la tráquea de 2 a 4 cm por encima de la carina.
- Minimizar la palanca y tracción de la vía aérea artificial colgando las tubuladuras del ventilador en soportes suspendidos, utilizando montajes flexibles de catéter y codos giratorios, y sujetando los tubos durante los giros, succión y desconexión/reconexión del ventilador.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Day, M. W. (2005). Laryngeal mask airway. In D. Wiegand, & K. Carlson (Eds.), *AACN procedure manual for critical care* (5th ed, pp. 4252). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Evans-Smith, P. (2005). *Taylor's clinical nursing skills: A nursing process approach*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Goodrich, C., & Carlson, K. K. (2005). Endotracheal intubation (perform). In D. Wiegand, & K. Carlson (Eds.), *AACN procedure manual for critical care* (5th ed, pp. 9-20). St. Louis, MO: Saunders.

Scott, J. M. (2005). Endotracheal intubation (assist). In D. Wiegand, & K. Carlson (Eds.), *AACN procedure manual for critical care* (5th ed, pp. 20-27). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Skillings, K. N., & Curtis, B. L. (2005). Nasopharyngeal airway insertion. In D. Wiegand, & K. Carlson (Eds.), *AACN procedure manual for critical care* (5th ed, pp. 53-56). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Skillings, K. N., & Curtis, B. L. (2005). Oropharyngeal airway insertion. In D. Wiegand, & K. Carlson (Eds.), *AACN procedure manual for critical care* (5th ed, pp. 57-61). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Irrigación de heridas 3680

Definición: Irrigación o lavado de las heridas con una solución.

Actividades:

- Reunir el equipo y suministros necesarios a la cabecera de la cama del paciente (p. ej., equipo de irrigación, empapador, batea estéril, solución de irrigación estéril, guantes estériles y equipo para el cambio de vendaje).
- Identificar cualquier alergia relacionada con los productos utilizados.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Proporcionar analgésicos antes de los cuidados de las heridas, según sea necesario.
- Ayudar al paciente a adoptar una posición cómoda, asegurándose de que la solución fluya por gravedad desde la zona menos contaminada a la más contaminada y luego a la batea de recogida.
- Colocar un empapador y toallas bajo el paciente.
- Lavarse las manos.
- Colocarse una mascarilla, gafas y bata, si es necesario.
- Retirar el vendaje e inspeccionar la herida y el tejido circundante, notificando las anomalías al profesional sanitario apropiado (p. ej., infección y necrosis).

- Verter la solución de irrigación prescrita en el recipiente de irrigación estéril, asegurándose de calentar la solución a la temperatura corporal.
- Ponerse guantes estériles.
- Abrir la jeringa de irrigación y colocarla en el recipiente con solución.
- Colocar la batea estéril en el extremo distal de la herida.
- Llenar la jeringa de irrigación con solución.
- Evitar reaspirar la solución con la jeringa.
- Lavar la herida suavemente con la solución hasta que el líquido recogido en la batea salga limpio, asegurándose de mantener la punta de la jeringa 2,5 cm por encima de la herida y lavando de la zona menos contaminada a la más contaminada.
- Conectar un catéter estéril de látex o de silicona a la jeringa llena, cuando sea necesario (p. ej., para irrigar heridas profundas).
- Evitar forzar el catéter en una herida abdominal para evitar así la perforación del intestino.
- Rellenar la jeringa de irrigación con solución, manteniendo la esterilidad (es decir, si se usa un catéter, desconectarlo, llenar la jeringa y volver a conectar el catéter).
- Abrir un frasco de solución de limpieza si se va a usar para la irrigación y utilizarlo según las instrucciones.
- Limpiar y secar la piel circundante después del procedimiento.
- Instituir los cuidados apropiados de la herida o quemadura.
- Aplicar un vendaje estéril.
- Vendar la herida con el tipo de vendaje estéril adecuado.
- Monitorizar el dolor, la tolerancia, la comodidad y los niveles de ansiedad del paciente durante el procedimiento.
- Mantener un campo estéril durante el procedimiento, si proce de (p. ej., utilizar ayudantes para evitar que el niño se mueva y contamine la herida o el campo estéril e indicar al niño que no toque la herida).
- Enseñar a los pacientes o familiares la técnica adecuada y las modificaciones necesarias para que realicen el procedimiento en casa (p. ej., subrayar la importancia de lavarse las manos antes y después de la irrigación cuando no se utiliza una técnica estéril).
- Desechar los objetos usados de una manera apropiada.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2009). Skin integrity and wound healing. In *Fundamentals of nursing, Human health, function* (6th ed, pp. 989-1032). Philadelphia, PA: Lippincott Williams, Wilkins.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2008). Wound care and dressings. In *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (7th ed, pp. 874-938). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Irrigación de la vejiga urinaria 0550

Definición: Instilación de una solución en la vejiga con propósitos de limpieza o para administrar una medicación.

Actividades:

- 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.
- Respetar las precauciones universales.
- Preparar los dispositivos de irrigación estéril utilizando una técnica estéril según el protocolo del centro.
- Colocar al paciente en una postura cómoda, acostado y semirrecostado.
- 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.
- Mantener al paciente completamente informado de cada irrigación, en caso de que sea necesario repetirla.
- Controlar el nivel de comodidad del paciente y la facilidad de irrigación con cada instilación, en caso de que sea necesaria la repetición.
- Suspender las irrigaciones si el procedimiento se vuelve demasiado difícil o si el catéter parece estar obstruido.
- Notificar al médico si el catéter está 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.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Cutts, B. (2005). Developing and implementing a new bladder irrigation chart. *Nursing Standard, 20*(8), 48-52.

Lynn, P. (2011). *Taylor's clinical nursing skills: A nursing process approach* (3rd ed). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Potter, P., Perry, A., Stockert, P., & Hall, A. (Eds.). (2013). *Fundamentals of nursing* (8th ed). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Rew, M. (2005). Caring for catheterized patients: Urinary catheter maintenance. *British Journal of Nursing, 14*(2), 87-91.

Irrigación nasal

3316

Definición: Mejorar la función de la mucosa nasal mediante el lavado con suero salino.

Actividades:

- Considerar las contraindicaciones antes del procedimiento (p. ej., pacientes con traumatismos faciales aún no curados y pacientes con problemas neurológicos o musculoesqueléticos que aumenten el riesgo de aspiración).
- Preparar la solución de irrigación utilizando sobres preelaborados o ingredientes domésticos.
- Mezclar una cucharadita de sal y media cucharadita de bicarbonato sódico con medio litro de agua potable tibia, ajustando la salinidad y la temperatura de la solución según las directrices del centro o las preferencias del paciente, si es preciso.
- Utilizar sal que no contenga yodo, agentes antiaglutinantes ni conservantes para evitar la irritación de la mucosa nasal (es decir, usar sal kosher, enlatada o pura).
- Introducir la solución con un dispositivo de baja presión positiva (p. ej., jeringa pera o frasco de aerosol) o que utilice la presión de la gravedad (p. ej., rinocornio, u otro producto de lavado nasal con suero salino comercializado).
- Colocar al paciente sobre una pila o lavabo con la cabeza inclinada hacia abajo y rotada de modo que una narina quede más alta que la otra.
- Insertar suavemente la punta del aplicador o boquilla en el orificio nasal más elevado hasta que se ajuste herméticamente y sin molestias, evitando presionar la punta o boquilla sobre el tabique nasal.
- Instilar alrededor de la mitad de la solución preparada en el orificio nasal.
- Indicar al paciente que respire normalmente por la boca.
- Controlar la salida de líquido por el orificio nasal inferior (cantidad, color y consistencia).
- Repetir el procedimiento con el otro orificio nasal.
- Ajustar la posición de la cabeza para evitar que la solución drene hacia atrás de la faringe o a los oídos, según sea preciso.
- Indicar al paciente que se suene la nariz con suavidad.
- Irrigar las fosas nasales 1-3 veces al día o según se haya prescrito.
- Limpiar el dispositivo de irrigación después de cada uso.
- Preparar una solución nueva a diario.
- Interrumpir el procedimiento si el paciente presenta dolor, epistaxis u otros problemas.
- Enseñar al paciente las técnicas de autoirrigación.
- Administrar medicaciones nasales, si es preciso.
- Remitir a un profesional sanitario.

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Azar, A. E., & Muller, B. A. (2006). A practical evidence-based approach to rhinosinusitis. *The Journal of Respiratory Disease, 27*(9), 372-379.

Harvey, R., Hannan, S. A., Badia, L., & Scadding, G. (2007). Nasal saline irrigations for the symptoms of chronic rhinosinusitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007*(3.), doi: 10.1002/14651858.CD006394.pub2.

Kassel, J. C., King, D., & Spurling, G. K. P. (2010). Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010*(3.), doi: 10.1002/14651858.CD006821.pub2.

Moyad, M. A. (2009). Conventional and alternative medical advice for cold and flu prevention: What should be recommended and what should be avoided? *Urologic Nursing, 29*(6), 455-458.

Rabago, D., & Zgierska, A. (2009). Saline nasal irrigation for upper respiratory conditions. *American Family Physician, 80*(10), 1117-1119 1121-1122.

Steele, R. W. (2005). Chronic sinusitis in children. *Clinical Pediatrics, 44*(6), 465-471.

I

Llevar un diario 4740

Definición: Promover la escritura como medio para proporcionar oportunidades para la reflexión y el análisis de sucesos pasados, experiencias, pensamientos y sentimientos.

Actividades:

- Hablar de experiencias con intervenciones similares y receptividad a la intervención.
- Establecer el propósito y las metas.
- Explicar varios métodos para escribir un diario y decidir una técnica para hacerlo (p. ej., escritura libre, siguiendo un tema o de forma intensiva).
- Determinar un tiempo para realizar la tarea.
- Animar a escribir sin interrupción al menos tres veces por semana durante 20 minutos.
- Asegurar que el entorno sea óptimo para realizar la tarea (p. ej., el paciente está en una posición cómoda, la sala está bien iluminada, el paciente lleva gafas).
- Minimizar las distracciones emocionales, visuales, auditivas, olfatorias y viscerales.
- Mantener la intimidad y garantizar la confidencialidad.
- Permitir a la persona que seleccione el medio y el método (p. ej., bolígrafo, lápiz, rotulador, diario, ordenador, grabadora, etc.).
- Reunir todos los materiales necesarios.
- Enseñar a la persona a fechar las entradas en el diario para una futura consulta y reflexión.
- Animar a escribir en el orden en el que suceden las cosas, sin limitar los temas.
- Animar a describir y relatar los acontecimientos en cuanto a historias, imágenes y pensamientos y sentimientos asociados.
- Describir las experiencias en términos de los cinco sentidos si es aplicable.
- Favorecer la expresión de los pensamientos y sentimientos más profundos.
- Enseñar a no prestar atención a la puntuación, ortografía, estructura de frases y/o gramática.
- Determinar la capacidad de continuar con la intervención de forma independiente en el futuro.
- Revisar las entradas en el diario a intervalos definidos.
- Controlar el logro de los objetivos establecidos.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Butcher, H. K. (2004). Written expression and the potential to enhance knowing participation in change. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science, 12*(1), 37-50.

Butcher, H. K., Gordon, J. K., Ko, J. W., Perkhounkova, Y., Rinner, A., Cho, J. Y., & Lutgendorf, S. (2016). Finding meaning in written emotional expression by family caregivers of persons with dementia. *The American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 31*(8), 631-642. doi: 10.1177/1533317516606611.

DeSalvo, L. (1999). *Writing as a way of healing: How telling our stories transforms our lives.* Boston: Beacon Press.

Lepore, S. J., & Smyth, J. M. (2002). *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being.* Washington, DC: American Psychological Association.

Pennebaker, J. W. (1997). *Opening up: The healing power of expressing emotions.* New York: Guilford.

Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science, 8*(3), 162-166.

Rew, L. (2005). Self-reflection: Consulting the truth within. In B. M. Dossey, L. Keegan, & C. E. Guzzetta (Eds.), *Holistic nursing: A handbook for practice* (4th ed., pp. 429-447). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Stone, M. (1998). Journaling with clients. *The Journal of Individual Psychology, 54*(4), 535-545.

Synder, M. (2006). Journaling. In M. Snyder, & R. Lindquist (Eds.), *Complementary/alternative therapies in nursing* (5th ed., pp. 165-173). New York: Springer.

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

Manejo ambiental

6480

Definición: Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.

Actividades:

- Crear un ambiente seguro para el paciente.
- Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas sueltas y muebles pequeños, móviles).
- Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.
- Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, según corresponda.
- Acompañar al paciente en las actividades realizadas fuera de la sala, 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 del paciente o de la familia.
- Facilitar una sonda suficientemente larga que permita 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.
- Proporcionar una cama y un entorno limpios y cómodos.
- Proporcionar un colchón firme.
- Proporcionar ropa de cama y vestidos en buen estado, libres de manchas residuales.
- Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente.
- Arreglar con esmero la ropa de cama y todo el material que esté a la vista del paciente.
- Ocultar a la vista del paciente el aseo, el retrete portátil y cualquier equipo utilizado para la evacuación.
- Eliminar los materiales utilizados durante el cambio de apósitos y la evacuación, así como cualquier olor residual antes de las visitas y de las comidas.
- Disminuir los estímulos ambientales, según corresponda.
- Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades del paciente, en caso de que se altere la temperatura corporal.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.
- Proporcionar la música que elija el paciente.
- Proporcionar auriculares para escuchar música en privado cuando esta pueda molestar a otras personas.
- Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.
- Proporcionar comidas y tentempiés de aspecto atractivo.
- Limpiar las zonas y los utensilios usados para comer y beber antes de que el paciente los use.
- Limitar las visitas.
- Individualizar las restricciones de visitas para que se adapten a las necesidades del paciente o de la familia/allegado.
- Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a las necesidades del paciente.
- Traer objetos familiares del hogar.
- Facilitar el uso de efectos personales como pijamas, albornoces y productos de aseo.
- Mantener una coherencia en cuanto a la asignación de personal en el tiempo.
- Proporcionar un sistema de llamada a la enfermera rápido y continuo, de tal forma que el paciente y la familia sepan que se les responderá inmediatamente.
- Permitir que la familia/allegado se queden con el paciente.
- Educar al paciente y a las visitas acerca de los cambios y precauciones, de forma que no interrumpan inadvertidamente el ambiente planificado.
- Proporcionar a la familia/allegado información sobre la composición de un ambiente hogareño y seguro para el paciente.
- Favorecer la seguridad contra incendios, según corresponda.
- Controlar plagas ambientales, si es el caso.
- Proporcionar ambientadores, si es necesario.
- Proporcionar cuidados a las flores/plantas.
- Ayudar al paciente o a su familia a disponer postales, flores y regalos para facilitar que el paciente los vea.

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2000 y 2004

Bibliografía:

Ackerman, L. L. (1992). Interventions related to neurologic care. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 325-346.

Drury, J., & Akins, J. (1991). Sensory/perceptual alterations. In M. Maas, K. Buckwalter, & M. Hardy (Eds.), *Nursing diagnoses and interventions for the elderly* (pp. 369-386). Redwood City, CA: Addison-Wesley.

Gerdner, L., & Buckwalter, K. C. (1999). Music therapy. In G. Bulechek, & J. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 451-468). Philadelphia: W.B. Saunders.

Phylar, P. A. (1989). Management of the agitated and aggressive head injury patient in an acute hospital setting. *Journal of Neuroscience Nursing, 21*(6), 353-356.

Schuster, E., & Keegan, L. (2000). Environment. In B. Dossey, L. Keegan, & C. Guzzetta (Eds.), *Holistic nursing: A handbook for practice* (3rd ed., pp. 249-282). Gaithersburg, MD: Aspen.

Stoner, N. (1999). Feeding. In G. Bulechek, & J. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 31-46). Philadelphia: W.B. Saunders.

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

Manejo ambiental: comunidad 6484

Definición: Vigilar e influir en las condiciones físicas, sociales, culturales, económicas y políticas que afecten a la salud de grupos y comunidades.

Actividades:

- Iniciar la evaluación de factores de riesgo del ambiente.
- Participar en equipos multidisciplinares para identificar las amenazas a la seguridad de la comunidad.
- Vigilar el estado de los riesgos para la salud conocidos.
- Participar en programas comunitarios para enfrentarse a los riesgos conocidos.
- Colaborar en el desarrollo de programas de acción comunitarios.
- Fomentar la política gubernamental para reducir los riesgos especificados.
- Animar a los vecinos a que se conviertan en participantes activos en la seguridad comunitaria.
- Coordinar servicios para los grupos y comunidades de riesgo.
- Realizar programas educativos dirigidos a los grupos de riesgo.
- Trabajar con grupos medioambientales para asegurar las normas gubernamentales adecuadas.

2.ª edición 1996; revisada en 2000

Bibliografía:

Bracht, N. (1990). *Health promotion at the community level.* Newbury Park, CA: Sage.

Dever, G. (1991). *Community health analysis: Global awareness at the local level* (2nd ed.). Gaithersburg, MD: Aspen.

Salazar, M. K., & Primomo, J. (1994). Taking the lead in environmental health: Defining a model for practice. *American Association of Occupational Health Nurses (AAOHN) Journal, 42*(7), 317-324.

Stevens, P., & Hall, J. (1993). Environmental health in community health nursing. In J. F. Swanson, & M. Albrecht (Eds.), *Community health nursing: Promoting the health of aggregates* (pp. 567-596). Philadelphia: W. B. Saunders.

M

Manejo ambiental: confort 6482

Definición: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

Actividades:

- Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.
- Preparar la transición del paciente y de la familia dándoles una cálida bienvenida al nuevo ambiente.
- Tener en cuenta la ubicación de los pacientes en habitaciones de múltiples camas (compañeros de habitación con preocupaciones ambientales similares cuando sea posible).
- Proporcionar una habitación individual si la preferencia y necesidad del paciente (y de la familia) son el silencio y el descanso, si es posible.
- Atender inmediatamente las llamadas del timbre, que siempre debe estar al alcance del paciente.
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Proporcionar un ambiente limpio y seguro.
- Ofrecer la elección, siempre que sea posible, de actividades sociales y visitas.
- Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.
- Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.
- Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso.
- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.
- Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (secar las cejas; aplicar cremas dérmicas, o limpieza corporal, del pelo y la cavidad bucal).
- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, férulas para la parte dolorosa del cuerpo).
- Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.
- Evitar exponer la piel o las mucosas a factores irritantes (heces diarreicas o drenaje de heridas).
- Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones a los pacientes y sus familias, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Edvardsson, J. D., Sandman, P. O., & Rasmussen, B. H. (2005). Sensing an atmosphere of ease: A tentative theory of supportive care settings. *Scandinavian Journal of Caring Science, 19*(4), 344-353.

Herr, K. A., & Mobily, P. R. (1992). Interventions related to pain. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 347-369.

Roush, C., & Cox, J. (2000). The meaning of home: How it shapes the practice of home and hospice care. *Home Healthcare Nurse, 18*(6), 388-394.

Williams, A., & Irurita, V. (2005). Enhancing the therapeutic potential of hospital environments by increasing the personal control and emotional comfort of hospitalized patients. *Applied Nursing Research, 18*(1), 22-28.

Manejo ambiental: preparación del hogar 6485

Definición: Preparación del hogar para proporcionar cuidados de manera segura y eficaz.

Actividades:

- Consultar con el paciente y la familia sobre la preparación para proporcionar los cuidados domiciliarios.
- Observar el ambiente del hogar para recibir al paciente.
- Encargar y validar el funcionamiento de cualquier equipo necesario.
- Encargar y confirmar la entrega de cualquier medicación y suministros necesarios.
- Preparar programas de formación para utilizar en casa que estén de acuerdo con cualquier enseñanza anterior ya realizada.
- Organizar el programa del personal de apoyo.
- Confirmar que los planes de urgencias están en su sitio.
- Confirmar la fecha y la hora del traslado a casa.
- Confirmar los preparativos para el transporte hacia casa con acompañantes, según sea necesario.
- Realizar un seguimiento para asegurarse de que los programas son factibles y se llevaron a cabo.
- Proporcionar información escrita respecto a la medicación, los suministros y los dispositivos de ayuda como guía para la familia, según sea necesario.
- Proporcionar documentación de acuerdo con las normas del centro.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Humphrey, C. J., & Milone-Nuzzo, P. (1996). *Orientation to home care nursing.* Gaithersburg, MD: Aspen.

Kelly, K., & McClelland, E. (1989). Discharge planning: Home care considerations. In I. M. Martinson, & A. Widmer (Eds.), *Home health care nursing* (pp. 13-24). Philadelphia: W. B. Saunders.

Lin, Y. (2006). Psychiatric home care nursing. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric-mental health nursing* (6th ed., pp. 339-351). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

McClelland, E., & Tarbox, M. (1998). Discharge planning: Home care considerations. In I. M. Martinson, A. G. Widmer, & C. J. Portillo (Eds.), *Home health care nursing* (2nd ed., pp. 22-36). Philadelphia: W. B. Saunders.

M

Manejo ambiental: prevención de la violencia 6487

Definición: Control y manipulación del ambiente físico para disminuir la posibilidad de conductas violentas dirigidas hacia uno mismo, los demás o el ambiente.

Actividades:

- Eliminar las armas potenciales del ambiente (objetos afilados, y elementos similares a cuerdas, como las cuerdas de una guitarra).
- Controlar 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.
- Controlar 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.
- Instalar vigilancia continuada de todas las zonas de acceso del paciente para mantener su seguridad e intervenir terapéuticamente, si es necesario.
- Retirar a las demás personas próximas al paciente violento o potencialmente violento.
- Reservar una zona de seguridad establecida (habitación de aislamiento) en la cual colocar al paciente cuando se ponga violento.
- Utilizar manoplas, férulas, cascos o sujeción para limitar la movilidad y la capacidad de autolesionarse, cuando corresponda.
- Proporcionar perchas de plástico, en lugar de metálicas, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Bracken, M. I., Messing, J. T., Campbell, J. C., La Flair, L. N., & Kub, J. (2010). Intimate partner violence and abuse among female nurses and nursing personnel: Prevalence and risk factors. *Issues in Mental Health Nursing, 31*(2), 137-148.

Campbell, J. C., Webster, D. W., & Glass, N. (2009). The danger assessment: Validation of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(4), 653-674.

Constantino, R. E., & Privitera, M. R. (2010). Prevention terminology: Primary, secondary, tertiary and an evolution of terms. In M. R. Privitera (Ed.), *Workplace violence in mental and general healthcare settings* (pp. 15-22). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Cutcliffe, J. R., & Barker, P. (2004). The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): Developing a tool for clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11*(4), 393-400.

Delaney, K. R., Esparza, D., Hinderliter, D., Lamb, K., & Mohr, W. K. (2006). Violence and abuse within the community. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric-mental health nursing* (6th ed., pp. 353-376). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Larsson, P., Nilsson, S., Runeson, B., & Gustafsson, B. (2007). Psychiatric nursing care of suicidal patients described by the sympathy-acceptance-understanding-competence model for confirming nursing. *Archives of Psychiatric Nursing, 21*(4), 222-232.

Moracco, K., & Cole, T. (2009). Preventing intimate partner violence: Screening is not enough. *JAMA: Journal of the American Medical Association, 302*(5), 568-570.

Ramsay, J., Carter, Y., Davidson, L., Dunne, D., Eldridge, S., Hegarty, K., & ... Feder, G. (2009). Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009*(3), doi: 10.1002/14651858.CD005043.pub2.

Schmidt, H., III, & Ivanoff, A. (2007). Behavioral prescriptions for treating self-injurious and suicidal behaviors. In O. J. Thienhaus, & M. Piasecki (Eds.), *Correctional psychiatry: Practice guidelines and strategies* (pp. 7/1-17/). Kingston, NJ: Civic Research Institute.

Manejo ambiental: seguridad 6486

Definición: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

Actividades:

- Identificar las necesidades de seguridad del paciente según el nivel físico, la función cognitiva y el historial de conducta.
- Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos).
- Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
- Disponer dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente.
- Utilizar dispositivos de protección (restricción física, barandillas, puertas cerradas, vallas y portones) para limitar físicamente la movilidad o el acceso a situaciones peligrosas.
- Notificar a las instituciones autorizadas para proteger el ambiente (Ministerio de Sanidad, servicios medioambientales, Agencia de Protección del Medio Ambiente y policía).
- Proporcionar al paciente números telefónicos de urgencias (policía, departamento de salud local, centro nacional de toxicología).
- Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.
- Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro (remitirse a asistencia para el hogar).
- Iniciar y/o realizar programas de detección de peligros ambientales (plomo, radón).
- Informar a las personas o grupos de alto riesgo sobre los peligros ambientales.
- Colaborar con otras agencias (departamento de salud, policía y Agencia de Protección del Medio Ambiente) para mejorar la seguridad ambiental.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2000

Bibliografía:

Clark, M. J. (1992). Environmental influences on community health. In M. J. Clark (Ed.), *Nursing in the community* (pp. 342-365). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Kanak, M. F. (1992). Interventions related to safety. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 371-395.

Kozier, B., & Erb, G. (1991). *Fundamentals of nursing: Concepts and procedures* (4th ed). Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Lancaster, J. (1992). Environmental health and safety. In M. Stanhope, & J. Lancaster (Eds.), *Community health nursing* (3rd ed., pp. 293-309). St. Louis: Mosby.

Mulroy, E. A., & Lauber, H. (2004). A user-friendly approach to program evaluation and effective community interventions for families at risk of homelessness. *Social Work, 49*(4), 573-586.

U.S. Department of Health and Human Services (1990). *Healthy people 2000: National health promotion and disease prevention objectives*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Manejo ambiental: seguridad del trabajador 6489

Definición: Control y manipulación del ambiente de trabajo para fomentar la seguridad y la salud de los trabajadores.

Actividades:

- Mantener registros confidenciales de la salud de los empleados.
- Determinar la capacidad del empleado para trabajar.
- Identificar los peligros y factores 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.
- Comprender las regulaciones estatales y locales relacionadas con temas como el almacenamiento de productos farmacéuticos y vacunas, los requisitos de seguridad en el lugar de trabajo y los residuos médicos.
- Informar a los trabajadores sobre sus derechos y obligaciones según el departamento de seguridad y salud en el trabajo (es decir, distribuir material informativo del departamento de seguridad y salud en el trabajo, copias de leyes y copias de las normas).
- Informar a los trabajadores sobre las sustancias peligrosas a las que pueden estar expuestos.
- Utilizar etiquetas o carteles para advertir a los trabajadores sobre potenciales peligros del puesto de trabajo.

M

- 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.
- Identificar los factores de riesgos de lesiones y enfermedades laborales mediante la revisión de los patrones de lesiones y enfermedades en los registros.
- Iniciar la modificación ambiental para eliminar o minimizar riesgos (programas de educación para evitar lesiones de espalda o violencia en el trabajo).
- Poner en marcha programas de investigación en los puestos de trabajo para la detección precoz de lesiones y enfermedades tanto laborales como no relacionadas con el trabajo (pruebas de presión arterial, de audición y visión, pruebas de la función respiratoria).
- Poner en marcha programas de fomento de la salud en los lugares de trabajo en función de las valoraciones de los riesgos sanitarios (dejar de fumar, control del estrés, inmunizaciones).
- Identificar y tratar las afecciones agudas en el lugar de trabajo.
- 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.
- Poner en conocimiento del empresario las condiciones de trabajo inseguras, preservando la confidencialidad de los trabajadores en los comentarios.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Fink, J. L. W. (2013). Keeping nurses safe: Nursing is one of the most dangerous professions. *Healthcare Traveler.* Obtenido de http://healthcaretraveler.modernmedicine.com/healthcare-traveler/content/tags/american-nurses-association/keeping-nurses-safe-nursing-one-most-da

Geiger-Brown, J., & Lipscomb, J. (2010). The health care work environment and adverse health and safety consequences for nurses. *Annual Review of Nursing Research, 28*(1), 191-231.

Guzik, A. (2013). *Essentials for occupational health nursing.* Ames, IA: Wiley Blackwell.

United States Department of Labor, Occupational Safety & Health Administration. (n.d.). *Clinicians.* Obtenido de https://www.osha.gov/dts/oom/clinicians/NIC 7e Part 3 D-G.doc

Zaidman, B. (2010). *Evaluation of the workplace safety consultation nursing home ergonomics services program.* St. Paul, MN: Minnesota Department of Labor & Industry Obtenido de http://www.dli.mn.gov/RS/PDF/nursinghome_ergo.pdf.

Manejo de electrólitos 2000

M

Definición: Fomento del equilibrio de electrólitos y prevención de complicaciones derivadas de niveles séricos de electrólitos anormales o indeseados.

Actividades:

- Observar si los electrólitos en suero son anormales, según disponibilidad.
- Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrólitos.
- Mantener un acceso i.v. permeable.
- Suministrar líquidos según prescripción, si es adecuado.
- Mantener un registro adecuado de entradas y salidas.
- Mantener una solución intravenosa que contenga electrólito(s) a un flujo constante, según corresponda.
- Administrar electrólitos suplementarios (vía oral, nasogástrica e i.v.) según prescripción, si correspondiera.
- Consultar con el médico sobre la administración de medicamentos ahorradores de electrólitos (espironolactona), según corresponda.
- Administrar resinas quelantes o eliminadoras de electrólitos (sulfonato sódico de poliestireno), según prescripción, si correspondiera.
- Obtener muestras para análisis de laboratorio de los niveles de electrólitos (gasometría arterial, orina y suero), según corresponda.
- Observar si se producen pérdidas de líquidos ricos en electrólitos (succión nasogástrica, drenaje de ileostomía, diarrea, drenaje de heridas y diaforesis).
- Instituir medidas para controlar la pérdida excesiva de electrólitos (dieta absoluta, cambio del tipo de diurético o administración de antipiréticos), según corresponda.
- Irrigar las sondas nasogástricas con solución salina fisiológica.
- Minimizar la cantidad de trocitos de hielo o de ingesta oral consumida por paciente con sondas gástricas conectados para aspiración.
- Disponer una dieta adecuada para el desequilibrio de electrólitos del paciente (alimentos ricos en potasio, pobres en sodio y bajos en hidratos de carbono).
- 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 electrólitos.
- Fomentar la orientación.
- Enseñar al paciente y a la familia el tipo, causa y tratamiento del desequilibrio de electrólitos, según corresponda.
- Consultar con el médico si persistieran o empeoraran los signos y síntomas del desequilibrio de electrólitos.
- Monitorizar la respuesta del paciente a la terapia de electrólitos prescrita.
- Observar si aparecen efectos secundarios por el suplemento de electrólitos prescrito (irrigación gastrointestinal).
- Monitorizar de cerca los niveles séricos de potasio en pacientes que estén tomando digital o diuréticos.
- Colocar un monitor cardíaco, según corresponda.
- Tratar las arritmias cardíacas, según la política del centro.
- Preparar al paciente para la diálisis (ayuda en la colocación de catéter para la diálisis), según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Banker, D., Whittier, G. C., & Rutecki, G. (2003). Acid-base disturbances: 5 rules that can simplify diagnosis. *Consultant, 43*(3), 381-384 399-400.

McCance, K. L., & Huether, S. E. (2002). *Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children.* St. Louis: Mosby.

Price, S. A., & Wilson, L. M. (2003). *Pathophysiology: Clinical concepts of disease processes* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Manejo de electrólitos: hipercalcemia

20

Definición: Favorecer el equilibrio del calcio y prevención de las complicaciones derivadas de sus niveles en suero superiore a los deseados.

Actividades:

- Vigilar la evolución de los niveles séricos de calcio (calcio iónico) en poblaciones de riesgo (p. ej., pacientes con neoplasias malignas, hiperparatiroidismo, inmovilización prolongada por fracturas graves o múltiples o lesiones de la médula espinal).
- Calcular la concentración de la fracción iónica de calcio cuando solo se conocen las concentraciones de calcio total (p. ej., utilizar la albúmina sérica y fórmulas adecuadas).
- Controlar a los pacientes que toman medicamentos que contribuyen a la elevación continuada del calcio (p. ej., diuréticos tiazídicos, síndrome de leche y alcalinos en pacientes con úlcera péptica, intoxicación por vitaminas A y D, litio).
- Controlar las entradas y salidas.
- Vigilar la función renal (niveles de BUN y creatina).
- Observar si existen síntomas de toxicidad digitálica (notificar los niveles séricos por encima del margen terapéutico, monitorizar frecuencia y ritmo cardíacos antes de la administración de la dosis, y observar si hay efectos secundarios).
- Observar si hay manifestaciones clínicas de hipercalcemia (p. ej., poliuria, sed excesiva, debilidad muscular, mala coordinación, anorexia, náuseas refractarias al tratamiento [signo tardío], calambres abdominales, estreñimiento [signo tardío], confusión).
- Controlar si hay manifestaciones psicosociales de hipercalcemia (p. ej., confusión, alteración de la memoria, disartria, letargo, conducta psicótica aguda, coma, depresión y cambios de personalidad).
- Observar si hay manifestaciones cardiovasculares de hipercalcemia (p. ej., arritmias, intervalo PR prolongado, acortamiento del intervalo QT y segmento ST, onda T picuda, bradicardia sinusal, bloqueos cardíacos, hipertensión y parada cardíaca).
- Observar si hay manifestaciones gastrointestinales de hipercalcemia (anorexia, náuseas, vómitos, síntomas de úlcera péptica, dolor abdominal, estreñimiento, distensión abdominal e íleo paralítico).
- Observar si hay manifestaciones neuromusculares de hipercalcemia (debilidad, malestar general, parestesias, mialgia, cefalea, hipotonía, disminución de los reflejos tendinosos profundos y mala coordinación).
- Monitorizar la presencia de dolor óseo.
- Observar si hay desequilibrios de los electrólitos asociados a la hipercalcemia (hipo o hiperfosfatemia, acidosis hiperclorémica e hipopotasemia por diuresis), si es el caso.
- Proporcionar terapias para facilitar la excreción renal de calcio y limitar la acumulación adicional de calcio excesivo (p. ej., hidratación i.v. con suero salino fisiológico o suero salino al 0,45% y diuréticos, movilizar al paciente, limitar la ingesta dietética de calcio), según corresponda.
- Administrar los medicamentos prescritos para reducir las concentraciones séricas de calcio iónico (p. ej., calcitonina, indometacina, pilcamicina, fosfato, bicarbonato de sodio y glucocorticoides), según corresponda.
- Vigilar si hay reacciones alérgicas sistémicas a la calcitonina.
- Observar si hay sobrecarga de líquidos derivada de la terapia hidratación (peso diario, diuresis, distensión de la vena yugu sonidos pulmonares y presión auricular derecha), según corr ponda.
- Evitar la administración de vitamina D (calcifediol o ergocal ferol), que facilita la absorción gastrointestinal del calcio, seg corresponda.
- Desaconsejar la ingesta de calcio (productos lácteos, maris nueces, brécol, espinacas y suplementos), según corresponda
- Evitar medicamentos que impidan la eliminación renal de cal (carbonato de litio y diuréticos tiazídicos), según correspond
- Observar si hay indicios de formación de cálculos renales (do intermitente, náuseas, vómitos y hematuria) derivados de acumulación de calcio, según corresponda.
- Fomentar una dieta rica en frutas (arándanos, ciruelas y cirue pasas) para aumentar la acidez de la orina y reducir el riesgo formación de cálculos de calcio, si está indicado.
- Buscar causas del aumento de los niveles de calcio (indicios deshidratación grave e insuficiencia renal), si es el caso.
- Fomentar la movilidad para evitar la reabsorción ósea.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre los medicamentos q han de evitarse en la hipercalcemia (ciertos antiácidos).
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas puestas práctica para tratar la hipercalcemia.
- Observar si se produce hipocalcemia de rebote debido a tratamiento agresivo de la hipercalcemia.
- Observar si se produce hipercalcemia recidivante 1-3 días de pués de interrumpir las medidas terapéuticas.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saund Elsevier.

American Heart Association (2002). *Advanced cardiovascular life supp (ACLS) provider manual*. Dallas, TX: Author.

American Nephrology Nurses' Association. (2005). *Nephrology nursing sta dards of practice and guidelines for care* [S. Burrows-Hudson & B. Prowa Eds.]. Pitman, NJ: Author.

Cullen, L. (1992). Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nurs Clinics of North America, 27*(2), 569-597.

Oncology Nursing Society (1996). *Statement on the scope and standards oncology nursing practice*. Washington, DC: American Nurses.

Parker, J. (Ed.). (1998). *Contemporary nephrology nursing*. Pitman, NJ: Antho J. Jannetti.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medic surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Springhouse Corporation (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes*. Phil delphia: Lippincott Williams & Wilkins.

M

Manejo de electrólitos: hiperfosfatemia

2005

Definición: Favorecer el equilibrio de fosfato sérico y prevenir las complicaciones derivadas de sus niveles superiores a los deseados.

Actividades:

- Controlar la evolución de los niveles séricos de fósforo (p. ej., fósforo inorgánico) en poblaciones de riesgo (p. ej., pacientes que reciben quimioterapia, pacientes con ingesta alta de fosfatos, pacientes con ingesta alta de vitamina D).
- Realizar un control exhaustivo de los niveles de fosfato en los pacientes que presentan trastornos con efectos crecientes sobre los niveles de fósforo (p. ej., insuficiencia renal aguda y crónica, hipoparatiroidismo, cetoacidosis diabética, acidosis respiratoria, necrosis muscular profunda, rabdomiólisis).
- Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de fosfato y de electrólitos asociados (gasometría arterial y niveles en suero y orina), según corresponda.
- Observar si hay desequilibrios de electrólitos asociados a la hiperfosfatemia.
- Vigilar si hay manifestaciones de hiperfosfatemia (p. ej., sensaciones de hormigueo en las puntas de los dedos y alrededor de la boca, anorexia, náuseas, vómitos, debilidad muscular, hiperreflexia, tetania, taquicardia).
- Vigilar si hay síntomas de calcificaciones de tejidos blandos, articulaciones y arterias (p. ej., oliguria, alteración de la visión, palpitaciones).
- Administrar medicamentos quelantes del fosfato y diuréticos por prescripción con las comidas para disminuir la absorción del fosfato de la dieta, según corresponda.
- Aliviar los efectos gastrointestinales producidos por la hiperfosfatemia.
- Evitar el estreñimiento derivado de los medicamentos quelantes del fosfato.
- Evitar laxantes y enemas que contengan fosfato.
- Administrar suplementos de calcio y vitamina D por prescripción para reducir los niveles de fosfato, según corresponda.
- Evitar alimentos ricos en fosfato (productos lácteos, cereales integrales, nueces, frutas secas o verduras y vísceras), según corresponda.
- Preparar al paciente para la diálisis (ayudar en la colocación del catéter para la diálisis), según corresponda.
- Poner en práctica medidas para la prevención de crisis comiciales.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas realizadas para tratar la hiperfosfatemia.
- Enseñar al paciente y/o a la familia los signos y síntomas de una hipocalcemia inminente (p. ej., cambios de la diuresis).

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

American Heart Association (2002). *Advanced cardiovascular life support (ACLS) provider manual*. Dallas, TX: Author.

American Nephrology Nurses' Association. (2005). *Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care* [S. Burrows-Hudson & B. Prowant, Eds.]. Pitman, NJ: Author.

Cullen, L. (1992). Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 569-597.

Oncology Nursing Society (1996). *Statement on the scope and standards of oncology nursing practice*. Washington, DC: American Nurses.

Parker, J. (Ed.). (1998). *Contemporary nephrology nursing*. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Springhouse Corporation (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Manejo de electrólitos: hipermagnesemia

2003

Definición: Mantener el equilibrio del magnesio sérico y prevenir las complicaciones derivadas de sus niveles superiores a los deseados.

Actividades:

- Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de magnesio, según corresponda.
- Controlar la evolución de los niveles de magnesio, si es posible.
- Buscar la existencia de desequilibrios electrolíticos asociados con la hipermagnesemia (p. ej., niveles elevados de BUN y de creatinina), según corresponda.
- Determinar la ingesta dietética y farmacéutica de magnesio.
- Determinar las causas del aumento de los niveles de magnesio (p. ej., infusiones de magnesio, nutrición parenteral, soluciones de diálisis ricas en magnesio, antiácidos, laxantes, frecuentes enemas de sulfato de magnesio, terapia con litio, insuficiencia o fallo renal).
- Controlar las causas de excreción alterada de magnesio (p. ej., insuficiencia renal, edad avanzada).
- Controlar la diuresis en pacientes en tratamiento con magnesio.
- Observar si hay manifestaciones cardiovasculares de hipermagnesemia (hipotensión, sofocos, bradicardia, bloqueos cardíacos, QRS ancho, QT prolongado y ondas T picudas).
- Observar si existen manifestaciones de hipermagnesemia en el SNC (somnolencia, letargo, confusión y coma).
- Observar si existen manifestaciones neuromusculares de hipermagnesemia (debilidad/ausencia de reflejos tendinosos profundos, parálisis muscular y depresión respiratoria).
- Administrar cloruro cálcico o gluconato cálcico i.v. prescrito como antagonista de los efectos neuromusculares producidos por la hipermagnesemia, según corresponda.
- Aumentar la ingesta de líquidos para favorecer la dilución de los niveles séricos de magnesio y la diuresis, según corresponda.
- Mantener reposo en cama y limitar las actividades, según corresponda.
- Colocar al paciente en la posición que favorezca la ventilación.

- Preparar al paciente para la diálisis (ayudar en la colocación del catéter para la diálisis), según corresponda.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas tomadas para tratar la hipermagnesemia.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Cullen, L. (1992). Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 569-597.

Luckey, A., & Parsa, C. (2003). Fluid and electrolytes in the aged. *Archives of Surgery, 138*(10), 1055-1060.

Metheny, N. M. (2000). *Fluid and electrolyte balance nursing considerations* (4th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.

Springhouse Corporation (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Topf, J. M., & Murray, P. T. (2003). Hypomagnesemia and hypermagnesemia. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders, 4*(2), 195-206.

Manejo de electrólitos: hipernatremia 2004

Definición: Favorecer el equilibrio del sodio sérico y prevenir las complicaciones derivadas de sus niveles superiores a los deseados.

Actividades:

- Controlar la evolución de los niveles séricos de sodio en poblaciones de riesgo (p. ej., pacientes inconscientes, pacientes muy ancianos o muy jóvenes, pacientes con deterioro cognitivo, pacientes que reciben infusiones intravenosas hipertónicas).
- Realizar un control exhaustivo de los niveles de sodio en los pacientes que presentan trastornos con efectos crecientes sobre los niveles de sodio (p. ej., diabetes insípida, deficiencia de ADH, golpe de calor, casi ahogamiento en el mar, diálisis).
- Vigilar si hay manifestaciones neurológicas o musculoesqueléticas de hipernatremia (p. ej., inquietud, irritabilidad, debilidad, desorientación, delirios, alucinaciones, aumento de tono o rigidez muscular, temblores e hiperreflexia, crisis comiciales, coma [signos tardíos]).
- Vigilar si hay manifestaciones cardiovasculares de hipernatremia (p. ej., hipotensión ortostática, rubefacción cutánea, edema periférico y pulmonar, elevación leve de la temperatura corporal, taquicardia, venas del cuello aplanadas).
- Vigilar si hay manifestaciones gastrointestinales de hipernatremia (p. ej., lengua seca e hinchada y mucosas pegajosas).
- Obtener las muestras adecuadas para el análisis de laboratorio de la alteración de los niveles de sodio (sodio en suero y orina, cloruro en suero y orina, osmolalidad urinaria y gravedad específica de la orina).
- Controlar los desequilibrios electrolíticos asociados con la hipernatremia (p. ej., hipercloremia e hiperglucemia), según corresponda.
- Buscar indicios de deshidratación (disminución de sudor, oliguria, disminución de la turgencia de la piel y sequedad de mucosas).
- Observar si se producen pérdidas insensibles de líquidos (diaforesis e infección respiratoria).
- Controlar las entradas y salidas.
- Pesar a diario y observar las tendencias.
- Mantener una vía i.v. permeable.
- Ofrecer líquidos a intervalos regulares a pacientes debilitados.
- Administrar una ingesta adecuada de agua a pacientes que reciben terapia de alimentación enteral.
- Buscar vías alternativas de ingesta cuando la ingesta oral es inadecuada.
- Administrar solución salina isotónica (0,9%), solución salina hipotónica (0,45 o 0,3%), dextrosa hipotónica (5%) o diuréticos, en función del estado hídrico y de la osmolalidad de la orina.
- Administrar antidiuréticos prescritos (desmopresina o vasopresina) en pacientes con diabetes insípida.
- Evitar la administración/ingesta de fármacos con alto contenido de sodio (sulfonato sódico de poliestireno, bicarbonato sódico y solución salina hipertónica).
- Mantener las restricciones de sodio, incluido el control de medicaciones con alto contenido de sodio.
- Administrar los diuréticos prescritos junto con líquidos hipertónicos para la hipernatremia asociada a hipervolemia.
- Observar la aparición de efectos secundarios derivados de una corrección rápida o excesiva de la hipernatremia (edema cerebral y crisis comiciales).
- Vigilar la función renal (niveles de BUN y creatinina), si resulta oportuno.
- Vigilar el estado hemodinámico, incluyendo PVC, PAM, PAP y PECP, según disponibilidad.
- Proporcionar una higiene bucal frecuente.
- Facilitar las medidas encaminadas a disminuir la sed.
- Favorecer la integridad de la piel (vigilar las zonas de la piel con riesgo de rotura, realizar cambios de posición frecuentes, evitar úlceras por presión y favorecer una nutrición adecuada), según corresponda.
- Instruir al paciente sobre el uso de sustitutos de la sal, según corresponda.
- Instruir al paciente/familia acerca de alimentos y medicamentos de venta libre con alto contenido de sodio (comidas enlatadas y determinados antiácidos).
- Poner en práctica medidas para la prevención de las crisis comiciales en casos graves de hipernatremia, si está indicado.
- Instruir al paciente y/o familia sobre las medidas llevadas a cabo para tratar la hipernatremia.
- Instruir a la familia o al cuidador principal sobre los signos y síntomas de hipovolemia (si la hipernatremia está relacionada con ingesta o eliminación anormal de líquidos).

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

American Heart Association (2002). *Advanced cardiovascular life support (ACLS) provider manual.* Dallas, TX: Author.

American Nephrology Nurses' Association. (2005). *Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care* [S. Burrows-Hudson & B. Prowant, Eds.]. Pitman, NJ: Author.
Cullen, L. (1992). Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 569-597.
Oncology Nursing Society (1996). *Statement on the scope and standards of oncology nursing practice*. Washington, DC: American Nurses.
Parker, J. (Ed.). (1998). *Contemporary nephrology nursing*. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti.
Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Springhouse Corporation (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Manejo de electrólitos: hiperpotasemia

2002

Definición: Fomentar el equilibrio de potasio y prevención de complicaciones derivadas de sus niveles en suero superiores a los deseados.

Actividades:

- Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de potasio y de desequilibrios de electrólitos relacionados (p. ej., gasometría arterial, niveles en orina y suero).
- Evitar falsos resultados de hiperpotasemia por métodos de recogida inadecuados (p. ej., uso prolongado de torniquetes durante el acceso venoso, ejercicio inhabitual de la extremidad antes del acceso venoso, retraso en la entrega de la muestra al laboratorio).
- Verificar todas las elevaciones extremadamente altas de potasio.
- Vigilar las causas de aumento de niveles de potasio en suero (p. ej., insuficiencia renal, ingesta excesiva y acidosis), según corresponda.
- Vigilar las manifestaciones neurológicas de hiperpotasemia (debilidad muscular, disminución de sensibilidad, hiporreflexia y parestesias).
- Observar si hay manifestaciones cardíacas de hiperpotasemia (disminución del gasto cardíaco, bloqueos cardíacos, ondas T picudas, fibrilación y asistolia).
- Controlar las manifestaciones gastrointestinales de hiperpotasemia (p. ej., náuseas, cólico intestinal).
- Observar si se produce hiperpotasemia asociada a una reacción sanguínea, si correspondiera.
- Comprobar los valores de laboratorio para ver cambios de oxigenación o del equilibrio acidobásico, según corresponda.
- Observar si hay síntomas de oxigenación tisular inadecuada (p. ej., palidez, cianosis y relleno capilar lento).
- Administrar resinas quelantes o eliminadoras de electrólitos (p. ej., sulfonato sódico de poliestireno), según prescripción, si correspondiera.
- Administrar medicamentos prescritos para introducir el potasio en la célula (p. ej., glucosa al 50% e insulina, bicarbonato sódico, cloruro cálcico y gluconato cálcico), según corresponda.
- Insertar un catéter rectal para la administración de resinas de intercambio o quelantes de cationes (p. ej., sulfonato sódico de poliestireno por recto), según corresponda.
- Mantener restricciones de potasio.
- Mantener una vía i.v.
- Administrar diuréticos prescritos, según corresponda.
- Evitar medicamentos ahorradores de potasio (p. ej., espironolactona y triamtereno), según corresponda.
- Observar si se produce el efecto terapéutico del diurético (p. ej., aumento de la diuresis, disminución de PVC/PECP y disminución de sonidos respiratorios adventicios).
- Controlar la función renal (p. ej., niveles de BUN y creatinina), según corresponda.
- Vigilar el estado de hidratación (p. ej., entradas y salidas, peso, ruidos respiratorios adventicios, disnea), si es preciso.
- Realizar sondaje vesical, según corresponda.
- Preparar al paciente para la diálisis (ayuda en la colocación de catéter para la diálisis), según corresponda.
- Controlar la respuesta hemodinámica del paciente a la diálisis, según corresponda.
- Controlar el volumen infundido y extraído de dializado peritoneal, según corresponda.
- Animar a seguir regímenes dietéticos (p. ej., evitar alimentos ricos en potasio, satisfacer las necesidades dietéticas con sustitutos de la sal y alimentos pobres en potasio), según corresponda.
- Observar si hay intoxicación digitálica (p. ej., notificar los niveles séricos por encima del margen terapéutico, monitorizar frecuencia y ritmo cardíacos antes de la administración de la dosis, y observar si hay efectos secundarios), según corresponda.
- Observar si se ha producido una ingesta de potasio accidental (p. ej., penicilina G potásica o dietético), según corresponda.
- Monitorizar los niveles de potasio después de intervenciones terapéuticas (p. ej., diuresis, diálisis, resinas quelantes de electrólitos y excretoras de electrólitos).
- Observar si se produce hipopotasemia de rebote (diuresis excesiva, excesivo uso de resinas de intercambio de cationes y con posterioridad a la diálisis).
- Controlar si hay inestabilidad cardíaca y/o parada cardíaca y estar preparado para instaurar SVCA, según corresponda.
- Explicar al paciente la justificación del empleo de diuréticos.
- Instruir al paciente y a la familia sobre las medidas instituidas para tratar la hiperpotasemia.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
American Heart Association (2002). *Advanced cardiovascular life support (ACLS) provider manual*. Dallas, TX: Author.
American Nephrology Nurses' Association. (2005). *Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care* [S. Burrows-Hudson & B. Prowant, Eds.]. Pitman, NJ: Author.
Cullen, L. (1992). Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 569-597.
Oncology Nursing Society (1996). *Statement on the scope and standards of oncology nursing practice*. Washington, DC: American Nurses.
Parker, J. (Ed.). (1998). *Contemporary nephrology nursing*. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti.
Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Springhouse Corporation (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Manejo de electrólitos: hipocalcemia

200

Definición: Favorecer el equilibrio del calcio sérico y prevenir las complicaciones derivadas de sus niveles inferiores a los deseados.

Actividades:

- Controlar la evolución de los niveles séricos de calcio (calcio ionizado), en poblaciones de riesgo (p. ej., hipoparatiroidismo primario o inducido quirúrgicamente, vaciamiento radical del cuello [especialmente las primeras 24-48 horas después de la intervención] y cirugía tiroidea o paratiroidea, pacientes que reciben transfusiones masivas de sangre con citrato, circulación extracorpórea).
- Vigilar cuidadosamente los niveles de calcio en el paciente que presenta trastornos con efectos reductores de los niveles de calcio (p. ej., osteoporosis, pancreatitis, insuficiencia renal, consumo inadecuado de vitamina D, hemodilución, diarrea crónica, enfermedad del intestino delgado, cáncer medular de tiroides, hipoalbuminemia, alcoholismo, disfunción tubular renal, quemaduras o infecciones graves, reposo en cama prolongado).
- Calcular la concentración de la fracción iónica del calcio cuando solo se conocen los niveles de calcio total (p. ej., utilizar la albúmina sérica y fórmulas adecuadas).
- Vigilar si hay manifestaciones clínicas de hipocalcemia (p. ej., tetania [signo clásico], hormigueo en las puntas de los dedos, pies o boca, espasmos de los músculos de la cara o las extremidades, signo de Trousseau, signo de Chvostek, reflejos tendinosos profundos alterados, crisis comiciales [signo tardío]).
- Vigilar si hay manifestaciones psicosociales de hipocalcemia (p. ej., cambios de personalidad, alteración de la memoria, confusión, ansiedad, irritabilidad, depresión, delirio, alucinaciones y psicosis).
- Observar si se producen manifestaciones cardiovasculares como resultado de la hipocalcemia (disminución de la contractilidad, disminución del gasto cardíaco, hipotensión, segmento ST alargado e intervalo QT prolongado, torsades de pointes).
- Observar si aparecen manifestaciones gastrointestinales derivadas de la hipocalcemia (náuseas, vómitos, estreñimiento y dolor abdominal de tipo cólico).
- Observar si se producen manifestaciones tegumentarias como consecuencia de la hipocalcemia (descamación, eccema, alopecia e hiperpigmentación).
- Observar si hay desequilibrios de los electrólitos asociados a la hipocalcemia (hiperfosfatemia, hipomagnesemia y alcalosis).
- Controlar a los pacientes que reciben medicamentos que contribuyen a una pérdida continua de sodio (p. ej., diuréticos de asa, antiácidos que contienen aluminio, aminoglucósidos, cafeína, cisplatino, corticoides, mitramicina, fosfatos, isoniazida).
- Controlar el estado hídrico, incluidas las entradas y salidas.
- Vigilar la función renal (niveles de BUN y creatinina).
- Mantener una vía i.v. permeable.
- Administrar sales de calcio adecuadas por prescripción (carbonato cálcico, cloruro cálcico y gluconato cálcico), usando solo calcio diluido en suero glucosado al 5%, administrado lentamente con una bomba de infusión volumétrica, si está indicado.
- Mantener el reposo en cama en pacientes que reciben terapia sustitutiva con calcio parenteral para controlar el efecto secundario de la hipotensión postural.
- Controlar la presión arterial en pacientes que reciben terapia sustitutiva con calcio parenteral.
- Realizar un control exhaustivo de las infusiones de cloruro cálcico por los efectos adversos (incidencia más alta de desprendimiento tisular con infiltración i.v.; normalmente no es una medicación inicial de elección en los planes de tratamiento).
- Observar si se producen efectos secundarios como consecuencia de la administración i.v. de calcio ionizado (cloruro cálcico), como aumento de los efectos de la digital, intoxicación digitálica, bradicardia, hipotensión postural, parada cardíaca, trombo flebitis, daños en tejidos blandos por extravasación, coágulos formación de trombos, según corresponda.
- Evitar la administración de fármacos que disminuyan el calcio ioni zado en suero (bicarbonato y sangre con citrato), según corresponda
- Evitar la administración de sales de calcio con bicarbonato par prevenir la precipitación.
- Observar la existencia de laringoespasmos agudos y tetania qu requieran la actuación urgente sobre las vías aéreas.
- Observar si se produce un aumento de la tetania como conse cuencia de la hiperventilación o presión de nervios eferentes (po cruzar las piernas), según corresponda.
- Iniciar precauciones para las crisis comiciales en pacientes co hipocalcemia grave.
- Iniciar precauciones de seguridad en pacientes con manifestacio nes psicosociales potencialmente perjudiciales (p. ej., confusión)
- Animar a una mayor ingesta oral de calcio (p. ej., al menos 1.000 1.500 mg/día de productos lácteos, salmón y sardinas en conser va, ostras frescas, frutos secos, brécol, espinacas y suplementos) según corresponda.
- Proporcionar la ingesta adecuada de vitamina D (p. ej., suple mento de vitamina y vísceras) para facilitar la absorción gastro intestinal de calcio, según corresponda.
- Administrar fármacos para disminuir el fosfato (p. ej., hidróxid de aluminio, acetato cálcico o carbonato cálcico) si está indicad en pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Establecer medidas para aliviar el dolor.
- Vigilar la posible aparición de hipercalcemia originada por u exceso en la corrección de la hipocalcemia.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas tomada para tratar la hipocalcemia.
- Enseñar al paciente la necesidad de cambios en el estilo de vid para controlar la hipocalcemia (ejercicios regulares con carg de peso, disminuir la ingesta de alcohol y cafeína, disminuir e tabaco, estrategias para reducir los riesgos de caídas).
- Enseñar al paciente las medicaciones que disminuyen la veloci dad de la pérdida ósea (p. ej., calcitonina, alendronato, raloxifeno risedronato).

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum fo critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunder Elsevier.

American Heart Association (2002). *Advanced cardiovascular life suppor (ACLS) provider manual*. Dallas, TX: Author.

American Nephrology Nurses' Association. (2005). *Nephrology nursing stan dards of practice and guidelines for care* [S. Burrows-Hudson & B. Prowant Eds.]. Pitman, NJ: Author.

Cullen, L. (1992). Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 569-597.

Oncology Nursing Society (1996). *Statement on the scope and standards o oncology nursing practice*. Washington, DC: American Nurses.

Parker, J. (Ed.). (1998). *Contemporary nephrology nursing*. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Springhouse Corporation (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes*. Phila delphia: Lippincott Williams & Wilkins.

M

Manejo de electrólitos: hipofosfatemia

2010

Definición: Favorecer el equilibrio de fosfato sérico y prevenir las complicaciones derivadas de sus niveles inferiores a los deseados.

Actividades:

- Controlar las tendencias de los niveles séricos de fósforo inorgánico en poblaciones de riesgo (p. ej., alcohólicos, pacientes con anorexia nerviosa, ancianos muy debilitados).
- Realizar un control exhaustivo de los niveles de fosfato en los pacientes que manifiestan trastornos con efectos reductores de los niveles de fosfato (p. ej., hiperparatiroidismo, cetoacidosis diabética, quemaduras térmicas graves, hiperventilación intensa prolongada, administración excesiva de hidratos de carbono simples en la desnutrición proteico-calórica grave).
- Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de fosfato y electrólitos asociados (gasometría arterial, niveles en orina y suero), según corresponda.
- Observar si se producen desequilibrios de los electrólitos asociados a la hipofosfatemia (hipopotasemia, hipomagnesemia, alcalosis respiratoria; acidosis metabólica).
- Observar si se produce la disminución de fosfato como consecuencia de la disminución de la ingesta y absorción (inanición, hiperalimentación sin fosfato, vómitos, enfermedad pancreática o del intestino delgado, diarrea e ingestión de antiácidos con aluminio o hidróxido de magnesio).
- Observar si se produce una disminución de los niveles de fosfato derivada de la pérdida renal (hipopotasemia, hipomagnesemia y envenenamiento con metales pesados, alcohol, hemodiálisis con dializado pobre en fosfato, diuréticos tiazídicos y deficiencia de vitamina D).
- Observar si se produce una disminución de los niveles de fosfato derivada de un desplazamiento del compartimento extra al intracelular (administración de glucosa, administración de insulina, alcalosis e hiperalimentación).
- Observar si se producen manifestaciones neuromusculares de la hipofosfatemia (debilidad, laxitud, malestar, temblores, parestesias, ataxia, dolor muscular, aumento de creatinina fosfocinasa, anomalías del electromiograma y rabdomiólisis).
- Observar si se producen manifestaciones de hipofosfatemia en el SNC (irritabilidad, fatiga, pérdida de memoria, disminución de la atención, confusión, convulsiones, coma, EEG anormal, entumecimiento, hiporreflexia, función sensorial deteriorada y parálisis de los nervios craneales).
- Observar si hay manifestaciones esqueléticas de hipofosfatemia (dolor óseo, fracturas y rigidez de articulaciones).
- Observar si se producen manifestaciones cardiovasculares derivadas de la hipofosfatemia (disminución de la contractilidad, disminución del gasto cardíaco, insuficiencia cardíaca y ectopia).
- Observar si se producen manifestaciones pulmonares como consecuencia de la hipofosfatemia (respiraciones rápidas, superficiales; disminución del volumen corriente, y disminución de la ventilación por minuto).
- Observar si se producen manifestaciones gastrointestinales originadas por la hipofosfatemia (náuseas, vómitos, anorexia, insuficiencia hepática e hipertensión portal).
- Observar si se producen manifestaciones hematológicas derivadas de la hipofosfatemia (anemia, aumento de la afinidad de la hemoglobina por el oxígeno que incremente la SaO_2, aumento del riesgo de infección derivado de deterioro de la función de los leucocitos, y trombocitopenia, hematoma y hemorragia derivadas de disfunción plaquetaria).
- Administrar suplementos prescritos de fosfato i.v. (la velocidad de sustitución no debe ser mayor de 10 mEq/h), según corresponda.
- Administrar terapia de sustitución oral de fosfato cuando sea posible (vía preferida).
- Realizar un control exhaustivo de la extravasación en los lugares de inyección i.v. (se produce desprendimiento y necrosis tisular por infiltración de suplementos de fosfato).
- Controlar la corrección rápida o excesiva de la hipofosfatemia (p. ej., hiperfosfatemia, hipocalcemia, hipotensión, hiperpotasemia, hipernatremia, tetania, calcificaciones metastásicas).
- Vigilar la función renal durante la administración de suplementos parenterales de fosfato, según corresponda.
- Evitar la administración de medicamentos quelantes del fosfato y diuréticos (hidróxido de aluminio).
- Favorecer el aumento de la ingesta oral de fosfato (productos lácteos, cereales integrales, nueces, frutos secos o verduras y vísceras), según corresponda.
- Mantener la fuerza muscular (ayudar con los ejercicios pasivos o activos de rango de movimiento).
- Instaurar cuidados preventivos para evitar la infección (la hipofosfatemia causa una disminución grave de los granulocitos).
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas puestas en marcha para tratar la hipofosfatemia.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

American Heart Association (2002). *Advanced cardiovascular life support (ACLS) provider manual.* Dallas, TX: Author.

American Nephrology Nurses' Association. (2005). *Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care* [S. Burrows-Hudson & B. Prowant, Eds.]. Pitman, NJ: Author.

Cullen, L. (1992). Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 569-597.

Oncology Nursing Society (1996). *Statement on the scope and standards of oncology nursing practice.* Washington, DC: American Nurses.

Parker, J. (Ed.). (1998). *Contemporary nephrology nursing.* Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). In *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (Vol. 1). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Springhouse Corporation (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Manejo de electrólitos: hipomagnesemia 200

Definición: Favorecer el equilibrio del magnesio sérico y prevenir las complicaciones derivadas de sus niveles más bajos de los deseados.

Actividades:

- Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de magnesio, según corresponda.
- Vigilar la evolución de los niveles de magnesio, según disponibilidad.
- Observar si se producen desequilibrios de los electrólitos asociados a la hipomagnesemia (hipopotasemia, hipocalcemia), según corresponda.
- Observar si hay disminución de ingesta por malnutrición en la terapia prolongada con líquidos i.v. o uso de nutrición enteral o parenteral que contenga cantidades insuficientes de magnesio, según corresponda.
- Observar si hay disminución de los niveles de magnesio derivada de la disminución de su absorción (resección quirúrgica intestinal, insuficiencia pancreática, enfermedad inflamatoria intestinal y aumento de la ingesta de calcio en la dieta), según corresponda.
- Controlar la excreción urinaria aumentada de magnesio (p. ej., diuréticos, trastornos renales, excreción renal después de trasplante, cetoacidosis diabética, hiperparatiroidismo e hipoparatiroidismo), según corresponda.
- Controlar la pérdida gastrointestinal aumentada de magnesio (p. ej., succión por sonda nasogástrica, diarrea, drenaje de fístulas, pancreatitis aguda), según corresponda.
- Controlar la suficiencia renal en pacientes que reciben reposición de magnesio.
- Ofrecer alimentos ricos en magnesio (p. ej., cereales sin moler, verduras de hoja verde, frutos secos, y legumbres), si es el caso.
- Administrar los suplementos orales prescritos según se haya indicado, continuando durante varios días después de la normalización de los niveles de magnesio.
- Administrar magnesio i.v. prescrito para la hipomagnesemia sintomática, según corresponda.
- Observar si se producen efectos secundarios derivados de la reposición de magnesio por vía i.v. (rubefacción, diaforesis, sensación de calor e hipocalcemia), según corresponda.
- Disponer de gluconato cálcico durante el reemplazo rápido de magnesio en caso de tetania hipocalcémica asociada o apnea, según corresponda.
- Evitar la administración de medicamentos que hacen perder magnesio (p. ej., diuréticos de asa y tiazídicos, antibióticos aminoglucósidos, anfotericina B, digoxina y cisplatino), si result oportuno.
- Observar si se producen manifestaciones de hipomagnesemi en el SNC (letargo, insomnio, alucinaciones auditivas y visuale agitación y cambios de la personalidad).
- Observar si se producen manifestaciones neuromusculares com resultado de la hipomagnesemia (debilidad, fasciculacione musculares, calambres de pies o piernas, parestesias, reflejo tendinosos profundos hiperactivos, signo de Chvostek, signo d Trousseau, disfagia, nistagmo, crisis comiciales y tetania).
- Observar si se producen manifestaciones gastrointestinale derivadas de la hipomagnesemia (náuseas, vómitos, anorexi diarrea y distensión abdominal).
- Observar si se producen manifestaciones cardiovasculares com consecuencia de la hipomagnesemia (p. ej., complejos QRS en sanchados, torsades de pointes, taquicardia ventricular; ondas aplanadas; segmentos ST deprimidos; QT prolongado; ectopi taquicardia; elevación del nivel sérico de digoxina).
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas establecida para tratar la hipomagnesemia.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum f critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunde Elsevier.

Cullen, L. (1992). Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursi Clinics of North America*, *27*(2), 569-597.

Luckey, A., & Parsa, C. (2003). Fluid and electrolytes in the aged. *Archives Surgery*, *138*(10), 1055-1060.

Metheny, N. M. (2000). *Fluid and electrolyte balance: Nursing considerati* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Saris, N., Mervaala, E., Karppanen, H., Khawaja, J., & Lewenstam, A. (200 Magnesium: An update on physiological, clinical, and analytical aspect *Clinica Chimica Acta*, *294*(1–2), 1-26.

Springhouse Corporation (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes*. Phil delphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Topf, J. M., & Murray, P. T. (2003). Hypomagnesemia and hypermagnesemi *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, *4*(2), 195-206.

Manejo de electrólitos: hiponatremia 200

Definición: Favorecer el equilibrio del sodio sérico y prevenir las complicaciones derivadas de sus niveles inferiores a los deseados.

Actividades:

- Controlar la evolución de los niveles séricos de sodio en poblaciones de riesgo (p. ej., ancianos con confusión, pacientes que siguen una dieta hiposódica o que toman diuréticos).
- Realizar un control exhaustivo de los niveles de sodio en los pacientes que presentan trastornos con efectos reductores de los niveles de sodio (p. ej., cáncer de pulmón microcítico, deficiencia de aldosterona, insuficiencia suprarrenal, síndrome de secreció inadecuada de hormona antidiurética [SIADH], hiperglucemi vómitos, diarrea, intoxicación por agua, fístulas, sudoració excesiva).
- Observar si se producen manifestaciones neurológicas o mu culoesqueléticas como resultado de la hiponatremia (letarg aumento de la presión intracraneal, alteración del nivel

consciencia, cefalea, aprensión, fatiga, temblores, debilidad muscular o calambres, hiperreflexia, crisis comiciales, coma [signos tardíos]).
- Observar si se producen manifestaciones cardiovasculares como resultado de la hiponatremia (hipotensión, hipertensión arterial, piel fría y húmeda, poca turgencia cutánea e hipo o hipervolemia).
- Observar si se producen manifestaciones gastrointestinales originadas por la hiponatremia (mucosas secas, descenso de la producción de saliva, anorexia, náuseas, vómitos, retortijones abdominales y diarrea).
- Obtener muestras para el análisis en el laboratorio de los niveles de sodio alterados (sodio en suero y orina, cloruro sódico en suero y orina, osmolalidad de la orina y gravedad específica de la orina).
- Observar si se producen desequilibrios de los electrólitos asociados a la hiponatremia (hipopotasemia, acidosis metabólica e hiperglucemia).
- Observar si se producen pérdidas renales de sodio (oliguria).
- Controlar la función renal (niveles de BUN y creatinina).
- Controlar entradas y salidas.
- Pesar diariamente al paciente y vigilar su evolución.
- Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitación, presión venosa central elevada o presión de enclavamiento capilar pulmonar, edema, distensión de venas del cuello y ascitis), según corresponda.
- Controlar el estado hemodinámico, incluyendo PVC, PAM, PAP y PECP, según disponibilidad.
- Limitar la ingesta de sodio como tratamiento de primera elección más seguro de la hiponatremia en pacientes con un volumen de líquidos normal o excesivo (800 ml/24 h).
- Mantener la restricción de líquidos si resulta oportuno.
- Recomendar la ingesta de alimentos/líquidos ricos en sodio, si resulta apropiado.
- Controlar todos los líquidos parenterales para ver el contenido de sodio.
- Administrar suero salino hipertónico (del 3 al 5%) a 3 ml/kg/h o según la política del centro, para la corrección prudente de la hiponatremia en cuidados intensivos, solo bajo estrecha observación, según corresponda.
- Evitar la corrección rápida o sobrecorrección de la hiponatremia (nivel de Na en suero superior a 125 mEq/l) e hipopotasemia.
- Administrar expansores del plasma con precaución y solo en presencia de hipovolemia.
- Evitar la administración excesiva de líquidos i.v. hipotónicos, especialmente en presencia de SIADH.
- Administrar diuréticos (tiazidas, diuréticos de asa similares a la furosemida o ácido etacrínico), solo si se indica.
- Limitar las actividades del paciente para conservar energía, según corresponda.
- Instaurar precauciones para las crisis comiciales si está indicado en casos graves de hiponatremia.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas llevadas a la práctica para el tratamiento de la hiponatremia.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

American Heart Association (2002). *Advanced cardiovascular life support (ACLS) provider manual*. Dallas, TX: Author.

American Nephrology Nurses' Association. (2005). *Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care* [S. Burrows-Hudson & B. Prowant, Eds.]. Pitman, NJ: Author.

Cullen, L. (1992). Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 569-597.

Oncology Nursing Society (1996). *Statement on the scope and standards of oncology nursing practice*. Washington, DC: American Nurses.

Parker, J. (Ed.). (1998). *Contemporary nephrology nursing*. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Springhouse Corporation (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Manejo de electrólitos: hipopotasemia 2007

Definición: Favorecer el equilibrio de potasio sérico y prevenir las complicaciones derivadas de sus niveles inferiores a los deseados.

Actividades:

- Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de potasio y desequilibrios de electrólitos asociados (gasometría arterial, niveles en orina y en suero), según corresponda.
- Detectar precozmente la hipopotasemia para prevenir secuelas potencialmente mortales en pacientes de riesgo (p. ej., fatiga, anorexia, debilidad muscular, descenso de la motilidad intestinal, parestesias, arritmias).
- Vigilar los valores de laboratorio asociados con la hipopotasemia (hiperglucemia, alcalosis metabólica, disminución de la osmolalidad de la orina, potasio en orina, hipocloremia e hipocalcemia), según corresponda.
- Controlar los cambios intracelulares causantes de una disminución de los niveles séricos de potasio (alcalosis metabólica, dieta, [especialmente toma de hidratos de carbono] y administración de insulina), según corresponda.
- Comprobar causa(s) renal(es) de la disminución de los niveles séricos de potasio (diuréticos, diuresis, alcalosis metabólica y nefritis con pérdida de potasio), según corresponda.
- Vigilar causa(s) gastrointestinal(es) de disminución de los niveles séricos de potasio (diarreas, fístulas, vómitos y aspiración nasogástrica continua), según corresponda.
- Monitorizar causa(s) dilucional(es) de disminución de los niveles séricos de potasio (administración de soluciones hipotónicas y aumento de la retención de agua, secundario a una ADH inadecuada), según corresponda.
- Administrar los suplementos de potasio prescritos.
- Colaborar con el médico y el farmacéutico para la obtención de preparados de potasio adecuados cuando se suplementa potasio (p. ej., suplementos i.v. de potasio solo para una hipopotasemia grave o sintomática o cuando no puede utilizarse el tubo digestivo).

- Monitorizar la función renal, ECG y los niveles séricos de potasio durante su reposición, según corresponda.
- Prevenir/reducir irritaciones por el suplemento de potasio (administrar suplementos de potasio por vía oral o nasogástrica durante o después de las comidas para minimizar la irritación gastrointestinal, se prefieren los comprimidos microencapsulados de liberación prolongada para disminuir la irritación y la erosión gastrointestinal, dividir las dosis orales diarias más grandes).
- Prevenir/reducir la irritación del suplemento i.v. de potasio (p. ej., considerar la infusión a través de una vía central para concentraciones mayores de 10 mEq/l, diluir el potasio i.v. adecuadamente, administrar el suplemento i.v. lentamente, aplicar anestésico tópico en la zona i.v.), según corresponda.
- Mantener una vía i.v. permeable.
- Proporcionar monitorización cardíaca continua si la velocidad de sustitución del potasio es mayor de 10 mEq/h.
- Administrar diuréticos ahorradores de potasio de manera limitada (espironolactona o triamtereno), según corresponda.
- Observar si hay toxicidad digitálica (p. ej., notificar los niveles séricos por encima del margen terapéutico, comprobar la frecuencia y el ritmo cardíacos antes de administrar la dosis, y vigilar por si hubiera efectos secundarios), si es el caso.
- Evitar la administración de sustancias alcalinas (bicarbonato de sodio i.v. y antiácidos por vía oral o nasogástrica), según corresponda.
- Vigilar las manifestaciones neurológicas de hipopotasemia (debilidad muscular, alteración del nivel de consciencia, somnolencia, apatía, letargo, confusión y depresión).
- Monitorizar manifestaciones cardíacas de hipopotasemia (hipotensión, aplanamiento de la onda T, inversión de la onda T, presencia de onda U, ectopia, taquicardia y pulso débil).
- Vigilar las manifestaciones renales de hipopotasemia (orina ácida, disminución de la osmolalidad de la orina, nicturia, poliuria y polidipsia).
- Observar manifestaciones gastrointestinales de hipopotasemia (anorexia, náusea, espasmos, estreñimiento, distensión e íleo paralítico).
- Observar las manifestaciones pulmonares de hipopotasemia (hipoventilación y debilidad muscular respiratoria).
- Colocar al paciente en una posición que facilite la ventilación.
- Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de PaO_2 bajos y de $PaCO_2$ elevados y fatiga muscular respiratoria).
- Observar si hay hiperpotasemia de rebote.
- Observar si hay poliuria.
- Controlar el estado de líquidos, incluidas las entradas y salidas, si es preciso.
- Suministrar alimentación rica en potasio (sustitutos de la sal, frutos secos, plátanos, hortalizas, tomates, verduras amarillas, chocolate y productos lácteos), según corresponda.
- Instruir al paciente y/o la familia sobre las medidas tomadas para tratar la hipopotasemia.
- Proporcionar formación al paciente relacionada con la hipopotasemia derivada del abuso de laxantes o diuréticos.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

American Heart Association (2002). *Advanced cardiovascular life support (ACLS) provider manual.* Dallas, TX: Author.

American Nephrology Nurses' Association. (2005). *Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care* [S. Burrows-Hudson & B. Prowant, Eds.]. Pitman, NJ: Author.

Cullen, L. (1992). Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 569-597.

Infusion Nursing Society (2006). Infusion nursing standards of practice. *Journal of Infusion Nursing, 29*(Suppl. 1), S1-S90.

Kraft, M., Btaiche, I., Sacks, G., & Kudsk, K. (2005). Treatment of electrolyte disorders in adult patients in the intensive care unit. *American Journal Health-System Pharmacists, 62*(16), 1663-1682.

Oncology Nursing Society (1996). *Statement on the scope and standards of oncology nursing practice.* Washington, DC: American Nurses.

Parker, J. (Ed.). (1998). *Contemporary nephrology nursing.* Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti.

Pestana, C. (2000). *Fluids and electrolytes in the surgical patient* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Springhouse Corporation (2002). *Fluids & electrolytes made incredibly easy* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Springhouse Corporation (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Manejo de la alergia 6410

Definición: Identificación, tratamiento y prevención de las respuestas alérgicas a alimentos, medicamentos, picaduras de insectos, contrastes, sangre u otras sustancias.

Actividades:

- Identificar las alergias conocidas (medicamentos, alimentos, insectos, ambientales) y la reacción habitual.
- Notificar a los cuidadores y a los profesionales sanitarios las alergias conocidas.
- Registrar todas las alergias en la historia clínica, de acuerdo con el protocolo.
- Colocar una pulsera de alerta médica con las alergias del paciente, según corresponda.
- Observar si el paciente presenta reacciones alérgicas a nuevos medicamentos, fórmulas, alimentos, látex y/o colorantes de prueba.
- Observar al paciente después de la exposición a agentes que se sabe que le causan respuestas alérgicas para detectar signos de rubor generalizado, angioedema, urticaria, tos paroxística, ansiedad severa, disnea, sibilancias, ortopnea, vómitos, cianosis o shock.
- Mantener al paciente en observación durante 30 minutos después de la administración de un agente conocido que se sabe que es capaz de inducir una respuesta alérgica.
- Enseñar al paciente con alergias farmacológicas a evaluar todas las nuevas recetas por si hubiera alergias potenciales.
- Animar al paciente a que lleve puesta una etiqueta de alerta médica, según corresponda.
- Identificar inmediatamente el nivel de amenaza que presenta una reacción alérgica para el estado de salud del paciente.
- Observar si hay recidiva de la anafilaxia en un plazo de 24 horas.

- Proporcionar medidas para salvar la vida durante el shock anafiláctico o reacciones graves.
- Suministrar medicamentos para reducir o minimizar una respuesta alérgica.
- Ayudar en las pruebas de alergia, si está indicado.
- Administrar inyecciones para alergias, si es necesario.
- Observar si hay respuestas alérgicas durante las inmunizaciones.
- Enseñar al paciente/progenitor a que evite sustancias alérgicas, según corresponda.
- Enseñar al paciente/progenitor el tratamiento de erupciones, vómitos, diarrea o problemas respiratorios asociados con la exposición a la sustancia que ocasiona la alergia.
- Enseñar al paciente a evitar la utilización posterior de sustancias que causan respuestas alérgicas.
- Comentar los métodos de control de los alérgenos ambientales (polvo, moho y polen).
- Enseñar al paciente y a los cuidadores cómo evitar situaciones que le supongan un riesgo y cómo responder si se produce una reacción anafiláctica.
- Enseñar al paciente y al cuidador el uso del sistema de inyección de adrenalina.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2000

Bibliografía:

Hendry, C., & Farley, A. H. (2001). Understanding allergies and their treatment. *Nursing Standard, 15*(35), 47-53.

Hoole, A., Pickard, C., Ouimette, R., Lohr, J., & Greenberg, R. (1995). *Patient care guidelines for nurse practitioners* (4th ed.). Philadelphia, PA: J.B. Lippincott.

Lemone, P., & Burke, K. (1996). *Medical surgical nursing: Critical thinking in client care*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Trzcinski, K. M. (1993). Update on common allergic diseases. *Pediatric Nursing, 19*(4), 410-414.

Manejo de la anafilaxia 6412

Definición: Favorecer una ventilación y perfusión tisulares adecuadas en pacientes con una reacción alérgica (antígeno-anticuerpo) grave.

Actividades:

- Identificar y eliminar la fuente del alérgeno, si es posible.
- Administrar adrenalina acuosa subcutánea al 1:1.000 según una posología adecuada a la edad.
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Aplicar un torniquete justo proximal al punto de entrada del alérgeno (p. ej., sitio de inyección, sitio i.v., picadura de insecto, etc.), cuando sea posible, según sea necesario.
- Establecer y mantener una vía aérea permeable.
- Administrar oxígeno a un flujo elevado (de 10 a 15 l/min).
- Monitorizar los signos vitales.
- Iniciar una infusión i.v. de solución salina fisiológica, de Ringer lactato o de un expansor del volumen plasmático, según corresponda.
- Tranquilizar al paciente y a sus familiares.
- Observar si hay signos de shock (p. ej., dificultad respiratoria, arritmias cardíacas, crisis comiciales e hipotensión).
- Comprobar si el paciente refiere sensación de muerte inminente.
- Mantener actualizada la hoja de actividades, incluidos los signos vitales y la administración de la medicación.
- Administrar líquidos i.v. con rapidez (1.000 ml/h) como soporte de la presión arterial, según prescripción médica o protocolo.
- Administrar espasmolíticos, antihistamínicos o corticoides, según esté indicado, y documentar si existe urticaria, angioedema o broncoespasmo.
- Consultar con otros profesionales sanitarios y derivar al paciente, según sea necesario.
- Observar la recidiva de la anafilaxia durante las 24 horas siguientes.
- Enseñar al paciente y a la familia a utilizar una inyección de adrenalina.
- Enseñar al paciente y a la familia a prevenir episodios futuros.

3.ª edición 2000; revisada en 2004

Bibliografía:

Hoole, A., Pickard, C., Ouimette, R., Lohr, J., & Greenberg, R. (1995). *Patient care guidelines for nurse practitioners* (4th ed.). Philadelphia, PA: J.B. Lippincott.

Jevon, P. (2001). Anaphylaxis: Emergency treatments. *Nursing Times, 96*(14), 39-40.

Lemone, P., & Burke, K. (1996). *Medical surgical nursing: Critical care thinking in client care*. Redwood City, CA: Addison-Wesley.

Project Team of the Resuscitation Council (UK) (1999). Emergency medical treatment of anaphylactic reactions. *Journal of Accidental Emergency Medicine, 16*(4), 243-247.

Manejo de la arritmia 4090

Definición: Prevenir, reconocer y facilitar el tratamiento de las anomalías del ritmo cardíaco.

Actividades:

- Determinar los antecedentes personales y familiares respecto de enfermedades cardíacas y arritmias.
- Observar y corregir los déficits de oxígeno, desequilibrios acido-básicos y desequilibrios de electrólitos que puedan precipitar las arritmias.
- Aplicar los electrodos de ECG de telemetría inalámbrica o con cables y conectar al monitor cardíaco.
- Asegurar una selección apropiada de la derivación según las necesidades del paciente.
- Asegurar una colocación adecuada de las derivaciones y una buena calidad de la señal.
- Ajustar los parámetros de alarma del monitor de ECG.
- Asegurar una monitorización continua del ECG a la cabecera del paciente por parte de personas cualificadas.
- Monitorizar los cambios de ECG que aumenten el riesgo de desarrollo de arritmias (p. ej., monitorización de arritmias, segmento ST, isquemia e intervalo QT).
- Facilitar la realización de un ECG de 12 derivaciones, según corresponda.

- Observar las actividades asociadas con la aparición de arritmias.
- Observar la frecuencia y la duración de la arritmia.
- Monitorizar la respuesta hemodinámica a la arritmia.
- Determinar si el paciente sufre dolor torácico o síncope asociado con la arritmia.
- Asegurar una rápida disponibilidad de medicamentos de urgencia para la arritmia.
- Canalizar y mantener una vía i.v., según corresponda.
- Administrar Soporte Vital Básico o Avanzado, según corresponda.
- Administrar los líquidos y vasoconstrictores prescritos i.v., si está indicado, para facilitar la perfusión tisular.
- Ayudar con la inserción de un marcapasos temporal intravenoso o externo, según corresponda.
- Enseñar al paciente y a la familia los riesgos asociados a la(s) arritmia(s).
- Preparar al paciente y a la familia para los estudios de diagnóstico (cateterismo cardíaco o estudios fisiológicos eléctricos).
- Ayudar al paciente y a la familia en la comprensión de las opciones de tratamiento.
- Enseñar al paciente y a la familia las acciones y los efectos secundarios de los fármacos prescritos.
- Enseñar al paciente y la familia las conductas de autocuidado asociadas con el uso de marcapasos y dispositivos DCIA permanentes, si está indicado.
- Enseñar al paciente y a la familia las medidas para disminuir el riesgo de recidiva de la(s) arritmia(s).
- Enseñar al paciente y a la familia cómo acceder al sistema médico de urgencias.
- Enseñar a un miembro de la familia la reanimación cardiopulmonar, si se considera oportuno.

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

American Heart Association (2005). 2005 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation, 112*(Suppl. 24), IV-1-IV-211.

American Heart Association (2005). Electric therapies: Automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion, and pacing. *Circulation, 112*(Suppl. 24), IV-35-IV-46.

Drew, B., Califf, R., Funk, M., Kaufman, E., Krucoff, M., Laks, M., & ... Van Hare, G. (2004). Practice standards for electrocardiographic monitoring in hospital settings: An American Heart Association Scientific Statement from the Councils on Cardiovascular Nursing, Clinical Cardiology and Cardiovascular Disease in the Young. *Circulation, 110*(17), 2721-2746.

Funk, M., Winkler, C. G., May, J. L., Stephens, K., Fennie, K. P., Rose, L. L., et al. (2010). Unnecessary arrhythmia monitoring and underutilization of ischemia and QT interval monitoring in current clinical practice: Baseline results of the practical use of the latest standards for electrocardiography trial. *Journal of Electrocardiology, 43*(6), 542-547.

McKinley, M. G. (2011). Electrocardiographic leads and cardiac monitoring. In D. Wiegand (Ed.), *AACN procedure manual for critical care* (6th ed., pp. 490-501). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

M

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Manejo de la cadena de suministro 7840

Definición: Asegurar la adquisición y el mantenimiento de artículos apropiados para proporcionar cuidados al paciente.

Actividades:

- Identificar los artículos más comúnmente usados para el cuidado del paciente.
- Determinar el nivel de *stock* necesario para cada artículo.
- Añadir nuevos artículos al inventario, según corresponda.
- Trabajar con médicos y otros profesionales para normalizar las especificaciones de los productos y reducir el número total de suministros.
- Verificar las fechas de caducidad de los artículos a intervalos específicos.
- Inspeccionar la integridad de los envases estériles.
- Asegurarse de que el almacén se limpie regularmente.
- Evitar el acopio de artículos caros.
- Ayudar en la automatización y el mantenimiento del inventario para evitar el exceso de existencias y de gastos.
- Pedir equipo nuevo o de repuesto, según sea necesario.
- Coordinar las compras con otros departamentos para reducir costes, según corresponda.
- Trabajar con proveedores y vendedores para asegurar el mejor producto al menor costo, según sea necesario.
- Asegurarse de que se cumplen los requisitos de mantenimiento de los equipos especiales.
- Pedir materiales didácticos para el paciente, según corresponda.
- Enviar los suministros directamente a la casa del paciente, según corresponda.
- Pedir artículos especiales para el paciente, según corresponda.
- Facturar al paciente por los suministros, según corresponda.
- Marcar el equipo de la unidad y/o centro para su identificación, según corresponda.
- Revisar el presupuesto de suministros y los costes de inventario, según corresponda.
- Participar en el proceso de análisis de valor para determinar si es el «producto correcto» al «precio correcto».
- Participar en el proceso de gestión integrada de la cadena de suministro de la agencia gubernamental, según corresponda.
- Entender cómo el uso del Estándar Global de Trazabilidad GS1 para identificar artículos y ubicaciones puede mejorar la seguridad del paciente y reducir los costes de los suministros.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Dudas, J. (2010). Keeping an eye on the big picture: Mayo Clinic's integrated supply chain management. In *GS1 Healthcare Reference Book 2010-2011* (pp. 21-24). Brussels, Belgium: GS1 Global Office.

GS1. (2012). *GS1 standards document: Business process and system requirements for full supply chain traceability* (Issue 1.3.0). Obtenido de http://www.gs1.org/docs/gsmp/traceability/Global_Traceability_Standard.pdf

Jarousse, L. (2011). Strategic supply chain management. *Hospitals and Health Networks.* Obtenido de http://www.hhnmag.com/articles/4522-strategic-supply-chain-management

Milburn, A. B., Mason, J., & Spicer, J. (2012). Characterizing the home health care supply chain. *Home Healthcare Management & Practice, 24*(6), 267-275.

Manejo de la conducta 4350

Definición: Ayudar al paciente a controlar una conducta negativa.

Actividades:

- Hacer que el paciente se sienta responsable de su conducta.
- Comunicar las expectativas de que el paciente mantendrá el control.
- Consultar a la familia para establecer el nivel cognitivo basal del paciente.
- Establecer límites con el paciente.
- Abstenerse de discutir o regatear los límites establecidos con el paciente.
- Establecer hábitos.
- Establecer una coherencia entre los turnos en cuanto al ambiente y la rutina de cuidados.
- Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio para establecerlas.
- Evitar las interrupciones.
- Aumentar la actividad física, según corresponda.
- Limitar el número de cuidadores.
- Hablar en voz baja y con un tono suave.
- Evitar preocupar al paciente.
- Redirigir la atención, alejándola de las fuentes de agitación.
- Evitar proyectar una imagen amenazadora.
- Evitar discusiones con el paciente.
- Ignorar las conductas inadecuadas.
- Desalentar la conducta pasiva-agresiva.
- Alabar los esfuerzos de autocontrol.
- Medicar, si es necesario.
- Aplicar sujeciones en muñecas/piernas/tórax, si es necesario.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Ackerman, L. L. (1992). Interventions related to neurological care. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 325-346.

American Nurses' Association Council in Medical-Surgical Nursing Practice & American Association of Neuroscience Nurses (1985). *Neuroscience nursing practice: Process and outcome for selected diagnoses*. Kansas City, MO: American Nurses Association.

Boyd, M. A. (2005). Psychiatric-mental health nursing interventions. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed., pp. 218-232). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Coucouvanis, J. A. (1990). Behavior management. In M. J. Craft, & J. A. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants & children* (pp. 151-165). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Hinkle, J. (1988). Nursing care of patients with minor head injury. *Journal of Neuroscience Nursing, 20*(1), 8-14.

Phylar, P. A. (1989). Management of the agitated and aggressive head injury patient in an acute hospital setting. *Journal of Neuroscience Nursing, 21*(6), 353-356.

Woody, S. (1988). Episodic dyscontrol syndrome and head injury: A case presentation. *Journal of Neuroscience Nursing, 20*(3), 180-184.

M

Manejo de la conducta: autolesión 4354

Definición: Ayudar al paciente para que disminuya o elimine la conducta de autolesión o abuso de sí mismo.

Actividades:

- Determinar el motivo, la razón o la dinámica subyacente de los comportamientos.
- Identificar el historial previo de conductas de automutilación.
- Desarrollar expectativas y consecuencias conductuales apropiadas basadas en el nivel de funcionamiento cognitivo y capacidad de autocontrol del paciente.
- Comunicar las expectativas de comportamiento y las consecuencias al paciente
- Retirar los elementos peligrosos del entorno del paciente.
- Aplicar manoplas, férulas, cascos o sujeciones para limitar la movilidad y la capacidad de autolesionarse, si es necesario.
- Monitorizar al paciente en busca de impulsos autodestructivos que puedan convertirse en pensamientos o gestos suicidas.
- Comunicar el riesgo de autolesión a otros profesionales de la salud.
- Identificar los indicios que anteceden al comportamiento de automutilación.
- Anticipar situaciones desencadenantes que puedan provocar autolesiones e intervenir para prevenirlas.
- Usar un enfoque calmado y no hostil cuando se trate de comportamientos autodañinos.
- Ayudar al paciente a identificar situaciones y sentimientos que puedan provocar lesiones autoinfligidas o que provoquen comportamientos autoinfligidos.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias de afrontamiento más apropiadas y sus consecuencias.
- Pactar con el paciente para «que no se autolesione», para que permanezca físicamente seguro.
- Proporcionar una vigilancia continua del paciente y del entorno
- Proporcionar una observación cercana e individualizada del paciente para preservar su seguridad, cuando sea necesario.
- Alentar al paciente a buscar a los profesionales de la salud para que hablen cuando se presente la necesidad de hacerse daño a sí mismo.
- Explicar y reforzar las conductas efectivas para enfrentar la situación y expresar adecuadamente los sentimientos.
- Formular un plan de cuidados con el paciente incluyendo metas para prevenir conductas no deseadas de autolesiones.
- Sugerir conductas alternativas, como buscar apoyo entre las personas o participar en una actividad que reduzca la ansiedad adaptativa.
- Instruir al paciente sobre estrategias de afrontamiento (p. ej., entrenamiento de asertividad, entrenamiento de control de impulsos y relajación muscular progresiva), según corresponda.
- Usar estrategias apropiadas de terapia dialéctica conductual (TDC) (p. ej., educación psicológica, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, ejercicios de vigilancia del estado de ánimo, modelado por el terapeuta, asignaciones de tareas y meditación).

- Involucrar al paciente en terapias individuales y de grupo, según corresponda.
- Administrar medicamentos para disminuir la ansiedad, estabilizar el estado de ánimo y disminuir la autoestimulación, según corresponda.
- Monitorizar al paciente para detectar los efectos secundarios de los medicamentos y los resultados deseados.
- Proporcionar al paciente y a sus allegados instrucciones sobre los medicamentos.
- Indicar las consecuencias previstas en caso de que el paciente tenga comportamientos autoinfligidos.
- Colocar al paciente en un ambiente más protector (p. ej., restricción de zona y aislamiento) si se intensifican los impulsos y comportamientos autoinfligidos.
- Ayudar al paciente a asumir la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento (p. ej., curarse una herida autoinfligida).
- Evitar dar un refuerzo positivo a las conductas autodañinas.
- Cuidar las heridas del paciente de manera neutral y natural, absteniéndose de castigarlo, de ser demasiado comprensivo o de prestarle atención adicional.
- Proporcionar a la familia o a los allegados pautas sobre cómo puede(n) controlar el comportamiento autodañino fuera del entorno de cuidado.
- Proporcionar enseñanza de la enfermedad al paciente o allegados si el comportamiento autodañino está basado en la enfermedad (p. ej., trastorno límite de la personalidad o autismo).
- Reforzar las conductas positivas del paciente que disminuyen o eliminan las conductas de automutilación o autoabusivas.
- Desarrollar un plan de seguridad con el paciente para maneja eficazmente los precursores de conductas no deseadas en s entorno familiar.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Hawton, K., Witt, K., Salisbury, T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *3*(8), 740-750.

Hawton, K., Witt, K., Salisbury, T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P. & ... van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2016*(5), do 10.1002/14651858.CD012189.

Linehan, M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H Korslund, K., Tutek, D., Reynolds, S., & Lindenboim, N. (2006). Two yea randomized trial and follow up of dialectical behavior therapy vs therapy b experts for suicidal behaviors and borderline personality disorders. *Archive of General Psychiatry*, *63*(7), 757-766.

Nathan, J., & Gorman, J. (Eds.). (2007). *A guide to treatments that work* (3r ed.). New York, NY: Oxford University Press.

Slee, N., Garnefski, N., van der Leeden, R., Arensman, E., & Spinhoven, I (2008). Cognitive-behavioural intervention for self-harm: Randomise controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *192*(3), 202-211.

M

Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención 435

Definición: Provisión de medios terapéuticos para reconducir de manera segura el déficit de atención y/o hiperactividad del paciente a la vez que se facilita una función óptima.

Actividades:

- Proporcionar un ambiente estructurado y físicamente seguro.
- Utilizar un enfoque sereno, concreto, que dé seguridad.
- Determinar las expectativas conductuales y consecuencias adecuadas, dado el nivel de función cognitiva del paciente y la capacidad de autocontrol.
- Desarrollar un plan de control de la conducta basado en la evidencia que sea llevado a cabo de manera coherente por parte de todos los cuidadores.
- Comunicar las normas, expectativas de conducta y las consecuencias con un lenguaje sencillo con ayudas visuales, si es preciso.
- Evitar discutir o regatear los límites establecidos con el paciente.
- Proporcionar la seguridad de que el personal ayudará al paciente con el control de su conducta, si es necesario.
- Alabar las conductas deseadas y los esfuerzos de autocontrol.
- Proporcionar consecuencias coherentes tanto para las conductas deseadas como para las indeseadas.
- Llamar la atención del paciente antes de iniciar las interacciones verbales (llamar por el nombre o establecer un contacto visual).
- Ofrecer todas las instrucciones o explicaciones de forma lenta y con un lenguaje sencillo y concreto.
- Pedir al paciente que repita las instrucciones antes de comenzar las tareas.
- Descomponer las instrucciones de múltiples pasos en pasos simples.
- Permitir que el paciente lleve a cabo una instrucción antes d darle otra.
- Proporcionar ayuda para completar la(s) tarea(s), si es necesari
- Proporcionar una retroalimentación positiva para la conclusió de cada paso.
- Proporcionar ayudas que aumenten la estructura ambiental, l concentración y la atención a las tareas (relojes, calendarios señales e instrucciones escritas paso a paso).
- Disminuir o eliminar las pistas verbales y físicas, a medida qu no sean necesarias.
- Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del am biente.
- Mantener un programa de rutina que incluya un equilibrio d tiempo estructurado (actividades físicas y no físicas) y tranquil
- Limitar las opciones, si es necesario.
- Redirigir o distraer al paciente de la fuente de hiperestimulació (un compañero o una situación problemática).
- Utilizar controles externos para calmar al paciente (descanso aislamiento y restricción física), si es necesario.
- Comprobar el estado físico del paciente hiperactivo (peso corpo ral, hidratación y estado de los pies en los pacientes que caminan
- Vigilar la ingesta de líquidos y nutricional.
- Proporcionar alimentos y líquidos altos en proteínas y caloría que puedan ser consumidos «sobre la marcha».
- Limitar la ingesta excesiva de alimentos y líquidos.
- Limitar la ingesta de alimentos y líquidos que incorporen cafeín

- Instruir sobre las habilidades para solucionar problemas.
- Fomentar la expresión de sentimientos de una manera adecuada.
- Demostrar y reforzar habilidades sociales adecuadas.
- Establecer límites sobre conductas intrusivas, disruptivas.
- Informar sobre la enfermedad al paciente/allegados si la hiperactividad o falta de atención se basa en una enfermedad (trastorno por déficit de atención, hiperactividad, manía y esquizofrenia), si corresponde.
- Administrar medicamentos (estimulantes y antipsicóticos) para promover los cambios de conducta deseados.
- Observar si se producen efectos secundarios de los medicamentos y los resultados de conducta deseados.
- Informar sobre medicación al paciente y a sus allegados.
- Comentar las expectativas de conducta razonables del paciente con la familia y sus allegados.
- Enseñar técnicas de control de la conducta a los allegados.
- Ayudar al paciente y demás implicados (familia, empresarios y profesores) para que adapten el ambiente del hogar, trabajo o escuela a las limitaciones impuestas por la falta de atención e hiperactividad crónicas.
- Facilitar el afrontamiento familiar mediante grupos de apoyo, cuidados por relevo y asesoramiento familiar, según corresponda.
- Colaborar con los cuidadores de las escuelas y de la comunidad que puedan mejorar el manejo del tratamiento.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Epstein, R., Fonnesbeck, C., Williamson, E., Kuhn, T., Lindegren, M., Rizzone, K., ... McPheeters, M. (2015). *Psychosocial and pharmacologic interventions for disruptive behavior in children and adolescents.* AHRQ Publication No. 15(16)-EHC019. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Scahill, L., Hamrin, V., & Deering, C. G. (2005). Psychiatric disorders diagnosed in childhood and adolescence. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed., pp. 603-639). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management. (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics, 128*(5), 1007-1022.

Manejo de la conducta: sexual 4356

Definición: Delimitación y prevención de conductas sexuales socialmente inaceptables.

Actividades:

- Identificar las conductas sexuales inaceptables, en función del contexto concreto y la población de los pacientes.
- Especificar expectativas explícitas (basadas en el nivel de función cognitiva y la capacidad de autocontrol) relacionadas con la conducta sexual o manifestaciones verbales que puedan dirigirse hacia otras personas o hacia objetos del ambiente.
- Comentar con el paciente las consecuencias de la conducta sexual socialmente inaceptable y de las manifestaciones verbales de la misma.
- Explicar el impacto negativo que puede tener sobre los demás la conducta sexual socialmente inaceptable.
- Evitar la asignación de compañeros de habitación con dificultades de comunicación, antecedentes de actividad sexual inadecuada o gran vulnerabilidad (niños más pequeños).
- 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 zona), si es necesario, para disminuir la oportunidad de conductas sexuales socialmente inaceptables.
- Comunicar el riesgo a los demás cuidadores.
- Proporcionar un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para controlar al paciente.
- Emplear un enfoque tranquilo, concreto, al responder a las observaciones y conductas sexuales socialmente inaceptables.
- Reconducir cualquier conducta/manifestación verbal sexual socialmente inaceptable.
- Comentar con el paciente la razón de que la conducta/manifestación verbal sexual sea inaceptable.
- Presentar las consecuencias predeterminadas de la conducta sexual indeseable.
- Enseñar/reforzar habilidades sociales apropiadas.
- Proporcionar educación sexual, correspondiente al nivel de desarrollo.
- Comentar con el paciente las formas aceptables de realización de las necesidades sexuales individuales en privado.
- Desalentar la iniciación de relaciones sexuales o íntimas en situaciones de mucho estrés.
- Alentar la expresión adecuada de sentimientos sobre situaciones del pasado o crisis traumáticas.
- Proporcionar asesoramiento, según sea necesario, al paciente que haya sufrido abusos sexuales.
- Ayudar a la familia en la comprensión y manejo de las conductas sexuales inaceptables.
- Dar oportunidad al personal a que procese sus sentimientos sobre la conducta sexual del paciente que sea socialmente inaceptable.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Joller, P., Gupta, N., Seitz, D., Frank, C., Gibson, M., & Gill, S. (2013). Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia. *Canadian Family Physician, 59*(3), 255-260.

Kellogg, N. D. (2010). Sexual behaviors in children: Evaluation and management. *American Family Physician, 82*(10), 1233-1238.

Tucker, I. (2010). Management of inappropriate sexual behaviors in dementia: A literature review. *International Psychogeriatrics, 22*(5), 683-692.

Manejo de la demencia 6460

Definición: Proveer un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado confusional crónico.

Actividades:

- Incluir a los familiares en la planificación, provisión y evaluación de cuidados, en el grado deseado.
- Identificar los esquemas usuales de comportamiento para actividades como dormir, utilización de medicamentos, eliminación, ingesta de alimentos y autocuidado.
- Determinar el historial físico, social y psicológico del paciente, hábitos corrientes y rutinas.
- Identificar el tipo y grado de déficit cognitivo mediante herramientas de evaluación normalizadas.
- Observar el funcionamiento cognitivo con una herramienta de evaluación normalizada.
- Determinar las expectativas conductuales adecuadas para el estado cognitivo del paciente.
- Proporcionar un ambiente de baja estimulación (música tranquila de efecto relajante; decoración no recargada y simple, con dibujos familiares; expectativas de rendimiento que no sobrepasen la capacidad de proceso cognitivo, y comidas en grupos pequeños).
- Disponer una iluminación adecuada pero que no deslumbre.
- Identificar y retirar los peligros potenciales del entorno del paciente.
- Colocar pulseras de identificación al paciente.
- Proporcionar un ambiente físico estable y una rutina diaria.
- Preparar la interacción con contacto visual y táctil, según corresponda.
- Presentarse a sí mismo al iniciar el contacto.
- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción y hablar despacio.
- Dar una orden simple cada vez.
- Hablar con un tono de voz claro, bajo, cálido y respetuoso.
- Utilizar la distracción, en lugar de la confrontación, para manejar la conducta.
- Proporcionar un respeto positivo incondicional.
- Evitar el contacto y la proximidad, si esto es causa de estrés o ansiedad.
- Asignar personas a cargo de los cuidados que sean familiares para el paciente (evitar rotaciones frecuentes del personal).
- Evitar situaciones extrañas (cambios de habitación y entrevistas sin presencia de personas conocidas), en lo posible.
- Establecer períodos de reposo para evitar la fatiga y reducir el estrés.
- Monitorizar la alimentación y el peso.
- Proporcionar espacio para paseos seguros.
- Evitar frustrar al paciente interrogándolo con preguntas de orientación que no pueden ser respondidas.
- Proporcionar pistas —tales como sucesos actuales, estaciones del año, lugares y nombres— para ayudar en la orientación.
- Sentar al paciente en una mesa pequeña en grupos de tres a cinco compañeros durante las comidas, si es el caso.
- Dejarle comer solo, según corresponda.
- Proporcionar alimentos que se coman con las manos para mantener la nutrición del paciente que no se sienta a comer.
- Proporcionar al paciente una orientación general de la estación del año mediante pistas apropiadas (decoraciones de vacaciones, decoraciones y actividades típicas de una estación y acceso a zonas exteriores cerradas).
- Disminuir el nivel de ruido evitando sistemas de alarma y luces de alarma que suenen o zumben.
- Seleccionar los programas de televisión y radio en función de las capacidades de procesamiento cognitivo y los intereses.
- Seleccionar actividades individuales y en grupo adaptadas a las capacidades cognitivas e intereses del paciente.
- Etiquetar las fotos familiares con los nombres de las personas que aparecen en ellas.
- Seleccionar papeles pintados para la decoración de las habitaciones de los pacientes que muestren paisajes, escenas u otras imágenes familiares.
- Solicitar a los familiares y amigos que vean al paciente de uno en uno o dos cada vez para disminuir la estimulación, si fuera necesario.
- Comentar con los familiares y los amigos la mejor manera de interactuar con el paciente.
- Ayudar a la familia a comprender que quizá sea imposible que el paciente aprenda nueva información.
- Limitar el número de elecciones que tenga que hacer el paciente, para que no le cause ansiedad.
- Disponer límites, como cinta roja o amarilla en el suelo, cuando no se disponga de unidades de bajo estímulo.
- Colocar el nombre del paciente en grandes letras mayúsculas en la habitación y en la ropa, si es preciso.
- Utilizar símbolos, aparte de signos escritos, para ayudar al paciente a localizar la habitación, el baño u otras áreas.
- Observar cuidadosamente si hay causas fisiológicas que aumenten una confusión que pueda ser aguda y reversible.
- Retirar o cubrir los espejos, si el paciente tiene miedo o siente inquietud por ellos.
- Comentar aspectos de seguridad e intervenciones en el hogar.

2.ª edición 1996; revisada en 2004

Bibliografía:

Aronson, M. K. (Ed.). (1994). *Reshaping dementia care: Practice and policy in long-term care*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Burgener, S. C., & Twigg, P. (2002). Interventions for persons with irreversible dementia. In J. Fitzpatrick, P. Archbold, & B. Stewart (Eds.), *Geriatric nursing research. Annual Review of Nursing Research* (pp. 89-124). (Vol. 20). New York, NY: Springer.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

Stolley, J. M., Gerdner, L. A., & Buckwalter, K. C. (1999). Dementia management. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 533-548). Philadelphia: W.B. Saunders.

M

Manejo de la demencia: baño 6462

Definición: Control de la conducta agresiva durante la higiene corporal.

Actividades:

- Personalizar el baño de acuerdo con las preferencias habituales y/o las tradiciones culturales al respecto.
- Utilizar una estrategia flexible permitiendo elecciones y control sobre el momento del día y el tipo de limpieza (ducha, bañera o limpieza con esponja).
- Evitar los términos «baño» y «ducha» para disminuir la ansiedad, si es posible.
- Asegurar la intimidad y la seguridad mientras se desviste y se limpia al paciente.
- Simular un entorno parecido al del hogar, en la medida de lo posible (p. ej., mampara, música suave, aromaterapia, iluminación tenue).
- Proporcionar un entorno confortable (p. ej., temperatura, iluminación, poco ruido).
- Dar un motivo para el baño (p. ej., «Vamos a tomar un baño antes de que venga su hija»).
- Evitar un traslado rápido hacia el cuarto de baño.
- Entrar lentamente en la bañera, permitiendo que primero se pruebe el chorro de agua con la mano.
- Dedicar tiempo suficiente, sin precipitaciones.
- Desvestir gradualmente al paciente en el cuarto de baño mientras se comenta algún tema distinto al del baño.
- Utilizar productos para el baño familiares para favorecer la relajación.
- Asegurarse de que el agua esté a la temperatura adecuada.
- Reducir la sensación de frío proporcionando toallas calientes, limpiando primero los pies, limpiando la cara y el pelo al final, o usando champú para el pelo.
- Colocar una toalla caliente sobre la cabeza y los hombros del paciente mientras se lavan las extremidades inferiores.
- Después del baño masajear la piel con una loción hidratante.
- Ver al paciente como una persona global centrándose en ella más que en la tarea.
- Asignar un cuidador de confianza con actitud cariñosa.
- Responder adecuadamente a las percepciones del paciente (p. ej., temperatura, dolor y miedo a ahogarse).
- Utilizar la persuasión suave, no la coacción.
- Utilizar un tono de voz suave y tranquilizador.
- Hablar sobre temas de interés del paciente de manera agradable y tranquila.
- Tocar al paciente con suavidad.
- Dar instrucciones cortas y sencillas.
- Animar al paciente a colaborar en el baño en función de sus capacidades.
- Utilizar la distracción, más que la confrontación, para controlar la conducta del paciente.
- Mantener un entorno tranquilo.
- Asignar un cuidador del mismo sexo, si está disponible.
- Si se presenta una conducta agresiva, identificar los antecedentes o «desencadenantes».
- Observar si hay signos verbales y no verbales de aviso de aumento de la agitación.
- Si el movimiento resulta doloroso, administrar medicación analgésica antes del baño.
- Dar la posibilidad de realizar un baño con esponja, en caso de que los otros métodos produzcan agitación.
- Retirar la dentadura postiza o dar algo de comer al paciente para evitar que muerda durante el baño.
- Proporcionar una manopla o alguna cosa que sujetar durante el baño.
- Utilizar material de baño cómodo.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

Anderson, M. A., Wendler, M. C., & Congdon, J. (1998). Entering the world of dementia: CNA interventions for nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing, 24*(11), 31-37.

Farrell-Miller, M. (1997). Physically aggressive resident behavior during hygienic care. *Journal of Gerontological Nursing, 23*(5), 24-39.

Hoeffer, B., Rader, J., McKenzie, D., Lavelle, M., & Stewart, B. (1997). Reducing aggressive behavior during bathing cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing, 23*(5), 16-23.

Sloane, P., Rader, J., Barrick, A., Hoeffer, B., Dwyer, D., McKenzie, D., & ... Pruitt, T. (1995). Bathing persons with dementia. *The Gerontologist, 35*(5), 672-678.

Manejo de la demencia: deambulación errática 6466

Definición: Proporcionar cuidados a un paciente que presenta patrones de deambulación errática, intentos de fuga o que se pierde a menos que esté acompañado.

Actividades:

- Incluir a los familiares en la planificación, provisión y evaluación de la asistencia en la medida que deseen.
- Identificar los patrones habituales de conducta de deambulación errática.
- Identificar y eliminar los peligros potenciales en el entorno de los pacientes.
- Modificar los elementos inseguros del domicilio del paciente (es decir, quitar las alfombras, etiquetar las habitaciones y mantener una buena iluminación en la casa).
- Alertar a los vecinos sobre la conducta de deambulación errática del paciente.
- Alertar a la policía y tener fotografías actualizadas.
- Proporcionar al paciente una pulsera o collar de alerta médica.
- Proporcionar un ambiente de baja estimulación (p. ej., música tranquila de efecto relajante; decoración no recargada y simple, con dibujos familiares; expectativas de rendimiento que no sobrepasen la capacidad de proceso cognitivo, y comidas en grupos pequeños).
- Monitorizar cuidadosamente las causas fisiológicas de aumento de la confusión que puedan ser agudas y reversibles.
- Monitorizar la nutrición y el peso.
- Monitorizar las interacciones farmacológicas, los efectos secundarios y los efectos terapéuticos deseados.

- Recomendar ajustes de la medicación, según corresponda.
- Garantizar una hidratación adecuada del paciente.
- Colocar el nombre del paciente en letras grandes en la habitación y en la ropa, según corresponda.
- Comentar los aspectos de seguridad doméstica y las intervenciones.
- Instalar cerraduras de seguridad complejas en las puertas que dan a la calle o en el sótano.
- Instalar dispositivos de alarma y sensores en las puertas.
- Utilizar dispositivos electrónicos tecnológicos para localizar y monitorizar la deambulación errática (p. ej., GPS [sistema de posicionamiento global], RFID [identificación por radiofrecuencia]).
- Proporcionar límites, como cinta adhesiva de color rojo o amarillo en el suelo, cuando no se disponga de unidades de bajo estímulo.
- Usar símbolos, aparte de signos escritos, para ayudar al paciente a localizar la habitación, el baño u otras áreas.
- Instalar barras de seguridad en el baño.
- Proporcionar un entorno físico y una rutina diaria constantes.
- Proporcionar un lugar seguro para deambular de forma errática.
- Alentar la realización de actividad física durante el día.
- Evitar las situaciones poco familiares (p. ej., cambios de habitación y entrevistas sin que estén presentes personas conocidas), cuando sea posible.
- Proporcionar al paciente una tarjeta con instrucciones sencillas (dirección y número de teléfono) por si se pierde.
- Usar luces nocturnas.
- Proporcionar una iluminación adecuada pero que no deslumbre.
- Retirar o cubrir los espejos, si el paciente tiene miedo o siente inquietud por ellos.
- Preparar la interacción con contacto visual y táctil, según corresponda.
- Presentarse a sí mismo al iniciar el contacto.
- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción y hablar despacio.
- Dar una orden simple cada vez.
- Hablar con un tono de voz claro, bajo, cálido y respetuoso.
- Utilizar la distracción, en lugar de la confrontación, para manejar la conducta.
- Proporcionar un respeto positivo incondicional.
- Evitar el contacto y la proximidad, si esto es causa de estrés o ansiedad.
- Asignar personas a cargo de los cuidados que sean familiares para el paciente.
- Proporcionar períodos de descanso para evitar la fatiga y reducir el estrés.

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Algase, D. L. (2006). What's new about wandering behaviour? An assessment of recent studies. *International Journal of Older People Nursing, 1*(4), 226-234.

Beattie, E. R., Algase, D. L., & Song, J. (2004). Keeping wandering nursing home residents at the table: Improving food intake using a behavioral communication intervention. *Aging & Mental Health, 8*(2), 109-116.

Futrell, M., Melillo, K. D., & Remington, R. (2008). *Wandering: Evidence-based practice guideline*. Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center.

Hermans, D., Htay, U. H., & Cooley, S. (2007). Non-pharmacological interventions for wandering of people with dementia in the domestic setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007*(1), doi: 10.1002/14651858.CD005994.pub2.

McGonigal-Kenney, M. L., & Schutte, D. L. (2004). *Non-pharmacologic management of agitated behaviors in persons with Alzheimer disease and other chronic dementing conditions*. Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center.

Miskelly, F. (2004). A novel system of electronic tagging in patients with dementia and wandering. *Age and Ageing, 33*(3), 304-306.

Peatfield, J., Futrell, M., & Cox, C. (2002). Wandering: An integrative review. *Journal of Gerontological Nursing, 28*(4), 44-50.

Schonfeld, L., King-Kallimanis, B., Brown, L., Davis, D., Kearns, W. D., Molinari, V. A., & ... Nelson, A. L. (2007). Wanderers with cognitive impairment in Department of Veterans Affairs nursing home care units. *Journal of the American Geriatrics Society, 55*(5), 692-699.

M

Manejo de la desatención unilateral 2760

Definición: Protección y recuperación segura de la parte corporal afectada de un paciente a la vez que se le ayuda a adaptarse a capacidades perceptivas perturbadas.

Actividades:

- Evaluar el estado mental, la comprensión, la función motora, la función sensorial, las respuestas afectivas y el período de atención basales.
- Observar si hay respuestas anormales a los tres tipos principales de estímulos: sensitivos, visuales y auditivos.
- Proporcionar una retroalimentación realista acerca del déficit perceptivo del paciente.
- Realizar el cuidado personal de una forma consistente, con explicaciones detalladas.
- Asegurar que las extremidades afectadas estén en una posición correcta y segura.
- Adaptar el ambiente al déficit centrándose en el lado no afectado durante el período agudo.
- Supervisar y ayudar en los traslados y la deambulación.
- Tocar el hombro no afectado al iniciar una conversación, si es apropiado.
- Colocar los alimentos y bebidas dentro del campo visual y girar el plato, si es necesario.
- Reordenar el ambiente para la utilización del campo visual derecho o izquierdo, como por ejemplo la colocación de objetos personales, la televisión o los materiales de lectura dentro del campo visual del lado no afectado.
- Proporcionar recordatorios frecuentes para reconducir la atención del paciente, orientándolo en el entorno.
- Evitar movimientos rápidos en la habitación.
- Evitar mover objetos en el entorno.
- Colocar la cama en la habitación para que las personas se aproximen y cuiden al paciente por el lado no afectado.
- Mantener las barandillas levantadas en el lado afectado, según corresponda.
- Enseñar al paciente a explorar con la vista de izquierda a derecha.
- Realizar movimientos de amplitud y masajes en el lado afectado.
- Animar al paciente a que toque y utilice la parte corporal afectada.

- Consultar con el terapeuta ocupacional y el fisioterapeuta el tiempo y estrategias para facilitar la recuperación de las partes corporales anuladas y su función.
- Centrar gradualmente la atención del paciente en el lado afectado a medida que el paciente muestre capacidad de compensar la anulación.
- Mover gradualmente los objetos personales y la actividad al lado afectado a medida que el paciente muestre capacidad de compensar la anulación.
- Situarse en el lado afectado al deambular con el paciente a medida que este muestre capacidad de compensar la anulación.
- Ayudar al paciente a asearse primero el lado afectado a medida que muestre capacidad para compensar la anulación.
- Ayudar al paciente a bañarse y arreglarse el lado afectado primero a medida que muestre capacidad de compensar la anulación.
- Centrar los estímulos táctiles y verbales en el lado afectado a medida que el paciente muestre capacidad de compensar la anulación.
- Instruir a los cuidadores acerca de la causa, los mecanismos y el tratamiento de la anulación unilateral.
- Incluir a la familia en el proceso de rehabilitación para apoyar los esfuerzos del paciente y ayudar con los cuidados, según corresponda.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Dai, C., Huang, Y., Chou, L., Wu, S., Wang, R., & Lin, L. (2013). Effects of primary caregiver participation in vestibular rehabilitation for unilateral neglect patients with right hemispheric stroke: A randomized controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 9*, 477-484.

Klinke, M., Hafsteinsdóttir, T., Hjaltason, H., & Jónsdóttir, H. (2015). Ward-based interventions for patients with hemispatial neglect in stroke rehabilitation: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies, 52*(8), 1375-1403.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2013). *Stroke rehabilitation: Long term rehabilitation after stroke*. London, England: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.

Woodward, S., & Mestecky, A. (Eds.). (2011). *Neuroscience nursing: Evidence-based practice*. West Sussex, United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Manejo de la diarrea 0460

Definición: Tratamiento y alivio de la diarrea.

Actividades:

- Determinar la historia de la diarrea.
- Obtener una muestra de heces para realizar un cultivo y antibiograma si la diarrea continuase.
- Evaluar el perfil de la medicación por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales.
- Enseñar al paciente el uso correcto de los medicamentos antidiarreicos.
- Solicitar al paciente/familiares que registren el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.
- Evaluar la ingesta registrada para determinar el contenido nutricional.
- Fomentar la realización de comidas en pequeñas cantidades, frecuentes, y añadir fibra de forma gradual.
- Enseñar al paciente a eliminar los alimentos flatulentos o picantes de la dieta.
- Sugerir una prueba de eliminar los alimentos que contengan lactosa.
- Identificar los factores (medicamentos, bacterias y alimentación por sonda) que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de la diarrea.
- Observar si hay signos y síntomas de diarrea.
- Ordenar al paciente que notifique al personal cada episodio de diarrea que se produzca.
- Observar la turgencia de la piel con regularidad.
- Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración.
- Medir la producción de diarrea/defecación.
- Pesar regularmente al paciente.
- Notificar al médico cualquier aumento de frecuencia o tono de los sonidos intestinales.
- Consultar con el médico si persisten los signos y síntomas de la diarrea.
- Instruir sobre dietas bajas en fibra, ricas en proteínas y de alto valor calórico, según corresponda.
- Enseñar a evitar los laxantes.
- Enseñar al paciente/familia a llevar un diario de comidas.
- Enseñar al paciente técnicas de disminución de estrés, según corresponda.
- Ayudar al paciente a practicar técnicas de disminución del estrés.
- Vigilar la preparación segura de los alimentos.
- Practicar acciones que supongan un descanso intestinal (dieta absoluta, dieta líquida).

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

Hogan, C. M. (1998). The nurse's role in diarrhea management. *Oncology Nurse Forum, 25*(5), 879-886.

Taylor, C. M., & Cress, S. S. (1987). *Nursing diagnosis cards: The indispensable care plan guide*. Springhouse, PA: Springhouse.

Wadle, K. (2001). Diarrhea. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions* (pp. 227-237). St. Louis, MO: Mosby.

Williams, M. S., Harper, R., Magnuson, B., Loan, T., & Kearney, P. (1998). Diarrhea management in enterally fed patients. *Nutrition in Clinical Problems, 13*(5), 225-229.

M

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Manejo de la disreflexia 2560

Definición: Prevención y eliminación de los estímulos que causan reflejos hiperactivos y respuestas autónomas inadecuadas en un paciente que padece una lesión de columna cervical o torácica alta.

Actividades:

- 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, desgarro de piel y ropa ajustada o ropa de cama ajustada).
- Observar si hay signos y síntomas de disreflexia autónoma (p. ej., hipertensión paroxística, bradicardia, taquicardia, diaforesis por encima del nivel de la lesión, rubefacción facial, palidez por debajo del nivel de la lesión, cefalea, congestión nasal, congestión de los vasos temporales y del cuello, congestión de la conjuntiva, escalofríos sin fiebre, erección pilomotora y dolor torácico).
- 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 prescripción.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de las causas, síntomas, tratamiento y prevención de la disreflexia.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

McCance, K. L., & Huether, S. E. (2006). *Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). In *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (Vol. 2). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

M

Manejo de la eliminación urinaria 0590

Definición: Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo.

Actividades:

- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda.
- Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.
- Identificar los factores que contribuyan a episodios de incontinencia.
- Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario.
- Anotar la hora de la última eliminación urinaria, según corresponda.
- Enseñar al paciente/familia a registrar la diuresis, según corresponda.
- Insertar supositorios uretrales, si procede.
- Obtener una muestra a mitad de la micción para el análisis de orina, según corresponda.
- Remitir al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario.
- Enseñar al paciente a obtener muestras de orina a mitad de la micción al primer signo de reaparición de los síntomas y signos de infección.
- Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar, según corresponda.
- Enseñar al paciente a beber 250 ml de líquido con las comidas, entre las comidas y al anochecer.
- Ayudar al paciente con el desarrollo de la rutina de ir al baño, según corresponda.
- Enseñar al paciente a vaciar la vejiga antes de los procedimientos pertinentes.
- Registrar la hora de la primera micción después del procedimiento, según corresponda.
- Restringir los líquidos, si procede.
- Enseñar al paciente a observar los signos y síntomas de infección del tracto urinario.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 1063-1100). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed, pp. 1255-1290). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Smigielski, P. A., & Mapel, J. R. (1990). Bowel and bladder maintenance. In M. J. Craft, & J. A. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants and children* (pp. 355-377). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Specht, J. P., & Maas, M. L. (2001). Urinary incontinence: Functional, iatrogenic, overflow, reflex, stress, total, and urge. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions* (pp. 252-278). St. Louis, MO: Mosby.

Manejo de la energía

0180

Definición: Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

Actividades:

- 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.
- 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.
- Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia.
- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
- Consultar con el dietista posibles modos de aumentar la ingesta de alimentos con alto contenido energético.
- Negociar las horas de las comidas deseadas, que pueden o no coincidir con los horarios habituales del hospital.
- 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.
- Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad.
- Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognitiva y el autocontrol/regulación de la actividad.
- Establecer límites a la hiperactividad cuando interfiera con otras personas o con el paciente.
- Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía (p. ej., requisitos para la restricción de actividad o reposo en cama).
- 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/allegado a establecer metas realistas de actividades.
- Ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades.
- Animar al paciente a elegir actividades que mejoren gradualmente su resistencia.
- Ayudar al paciente a identificar las tareas que pueden ser realizadas por los familiares y amigos en casa para evitar o aliviar la fatiga.
- Considerar la comunicación electrónica (p. ej., correo electrónico o mensajería instantánea) para mantener el contacto con los amigos cuando las visitas no son posibles o aconsejables.
- Ayudar al paciente a limitar el sueño diurno proporcionando actividades que fomenten el estar despierto de forma plena, según corresponda.
- Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación.
- Limitar la cantidad de visitas y las interrupciones por parte de estas, según corresponda.
- Favorecer el reposo en cama/limitación de actividades (aumentar el número de períodos de descanso) con períodos de descanso protegidos de elección.
- Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad.
- Establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxígeno a las funciones corporales vitales (evitar la actividad inmediatamente después de las comidas).
- Utilizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y/o activos para aliviar la tensión muscular.
- Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.
- Ofrecer ayudas para favorecer el sueño (p. ej., música o medicaciones).
- Fomentar las siestas, si resulta apropiado.
- Ayudar al paciente a programar períodos de descanso.
- Evitar realizar actividades de cuidados durante los períodos de descanso programados.
- Planificar las actividades para los períodos en los que el paciente tiene más energía.
- Ayudar al paciente a sentarse en el borde de la cama, si no puede moverse o caminar.
- Ayudar en las actividades físicas normales (deambulación, traslados, cambios posturales y cuidado personal), si resulta necesario.
- Controlar la administración y efecto de los estimulantes y sedantes.
- Recomendar la actividad física (deambulación o realización de actividades de la vida diaria), coherente con los recursos energéticos del paciente.
- Evaluar el aumento programado de los niveles de actividades.
- Controlar la respuesta de oxígeno del paciente (frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco y frecuencia respiratoria) a los autocuidados o actividades de cuidados por parte de otros.
- Ayudar al paciente a autocontrolarse desarrollando y utilizando un registro de ingesta calórica y de gasto de energía, según corresponda.
- Instruir al paciente y/o a los allegados sobre la fatiga, sus síntomas comunes y las recidivas latentes.
- Enseñar al paciente y a los allegados aquellas técnicas de autocuidados que minimicen el consumo de oxígeno (técnicas de automonitorización y de ritmo en la realización de las actividades diarias).
- 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.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Erickson, J. M. (2004). Fatigue in adolescents with cancer: A review of the literature. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 8*(2), 139-145.

Gelinas, C., & Fillion, L. (2004). Factors related to persistent fatigue following completion of breast cancer treatment. *Oncology Nursing Forum, 31*(2), 269-278.

Glick, O. J. (1992). Interventions related to activity and movement. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 541-568.

McFarland, G. K., & McFarlane, E. A. (1997). *Nursing diagnosis and intervention: Planning for patient care* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.

Nail, L. M. (2002). Fatigue in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum, 29*(3), 537-546.

Oncology Nursing Society. (2005). *Core curriculum for oncology nursing* (4th ed.) [J. K. Itano & K. Taoka, Eds.]. Philadelphia: Elsevier Saunders.

Piper, B. (1997). Measuring fatigue. In M. Frank-Stromborg, & S. Olsen (Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing: Human response to illness* (pp. 219-234). Philadelphia: W. B. Saunders.

M

Manejo de la hiperglucemia 2120

Definición: Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.

Actividades:

- Vigilar la glucemia, si está indicado.
- Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea.
- Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina, según indicación.
- Comprobar la gasometría arterial y los niveles de electrólitos y betahidroxibutirato, según disponibilidad.
- Monitorizar la presión arterial ortostática y el pulso, si está indicado.
- Administrar insulina, según prescripción.
- Potenciar la ingesta oral de líquidos.
- Monitorizar el balance hídrico (incluidas las entradas y salidas), según corresponda.
- Mantener una vía i.v., si lo requiere el caso.
- Administrar líquidos i.v., si es preciso.
- Administrar potasio, según prescripción.
- Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.
- Ayudar en la deambulación si hay hipotensión ortostática.
- Facilitar la higiene bucal, si fuera necesario.
- Identificar las causas posibles de la hiperglucemia.
- Anticiparse a las situaciones en las que aumentarán las necesidades de insulina (enfermedad intercurrente).
- Restringir el ejercicio cuando los niveles de glucosa en sangre sean > 250 mg/dl, especialmente si hay cuerpos cetónicos en la orina.
- Instruir al paciente y sus allegados en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.
- Fomentar el autocontrol de la glucemia.
- Ayudar al paciente a interpretar la glucemia.
- Revisar los registros de glucemia con el paciente y/o la familia.
- Instruir sobre la prueba de cuerpos cetónicos en orina, si resulta oportuno.
- Instruir sobre las indicaciones e importancia de la prueba de cuerpos cetónicos en orina, si corresponde.
- Instruir al paciente para que comunique al personal sanitario los niveles moderados o altos de cuerpos cetónicos en la orina.
- Instruir al paciente y sus allegados acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina y/o antidiabéticos orales, control de la ingesta de líquidos, reemplazo de los hidratos de carbono y cuándo debe solicitarse asistencia sanitaria profesional, según corresponda.
- Proporcionar ayuda en el ajuste de un régimen para evitar y tratar la hiperglucemia (aumento de insulina o antidiabético oral), si está indicado.
- Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y de ejercicio.
- Comprobar los niveles de glucemia de los miembros de la familia.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Guthrie, D. W. (Ed.). (1988). *Diabetes education: A core curriculum for health professionals*. Chicago, IL: American Association of Diabetes Educators.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Assessment and management of patients with diabetes mellitus. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 1149-1203). (Vol. 2). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Thompson, J. M., McFarland, G. K., Hirsch, J. E., & Tucker, S. M. (1998). *Mosby's clinical nursing* (4th ed.). St. Louis: Mosby.

Manejo de la hiperlipidemia 2125

Definición: Prevenir y tratar los niveles de colesterol y triglicéridos en sangre más altos de lo normal.

Actividades:

- Obtener una historia clínica detallada del paciente para determinar la presencia de hiperlipidemia o el nivel de riesgo del paciente, incluyendo el uso de medicamentos y los valores analíticos.
- Identificar las posibles causas de la hiperlipidemia (p. ej., dieta alta en grasas saturadas, carnes rojas, alimentos fritos, productos lácteos y bajos en fibra; fumar; obesidad; estilo de vida sedentario; antecedentes familiares de hipercolesterolemia), incluyendo condiciones metabólicas y medicamentos que afectan al metabolismo de los lípidos (p. ej., hipotiroidismo, enfermedad hepática o renal, anorexia nerviosa, diabetes no tratada, glucocorticoides, estrógenos).
- Realizar un examen físico completo, incluyendo signos vitales, estatura, peso, índice cintura-cadera (ICC) e índice de masa corporal (IMC).
- Determinar los pacientes de riesgo (p. ej., dietas altas en grasas saturadas, carnes rojas, alimentos fritos, productos lácteos y bajos en fibra; obesidad; estilo de vida sedentario; antecedentes familiares de hipercolesterolemia; tabaquismo o exposición al humo).
- Usar las pautas del Panel de Tratamiento de Adultos III del National Cholesterol Education Expert (ATP-III) para determinar el tipo de riesgo y las opciones de tratamiento.
- Determinar el nivel de riesgo del paciente.
- Aplicar pautas del tratamiento para determinar los objetivos (p. ej., realizar como medida preventiva cambios en el estilo de vida frente a cambios en el estilo de vida con medicamentos).
- Aconsejar a los pacientes de riesgo que practiquen cambios en su estilo de vida para reducir el riesgo de desarrollar hiperlipidemia (p. ej., aumentar el ejercicio, disminuir el peso, modificar la dieta, evitar o dejar de fumar, evitar el consumo excesivo de alcohol).
- Aconsejar a los pacientes de riesgo que busquen el tratamiento farmacológico adecuado si al tratar de cambiar el estilo de vida no logran reducir la hiperlipidemia.
- Ayudar a los pacientes con hiperlipidemia a practicar cambios en su estilo de vida y a utilizar la terapia farmacológica adecuada, según se indica en las pautas de tratamiento.
- Realizar analítica sanguínea, incluyendo colesterol, triglicéridos, LDL y HDL, como se indica en las guías de tratamiento.
- Controlar el peso y el ICC.

- Instruir a los pacientes de riesgo para que se hagan exámenes de salud preventivos regulares, incluyendo los niveles de colesterol.
- Animar a los pacientes a seguir las recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón para realizarse controles de colesterol cada 4 a 6 años a partir de los 20 años de edad.
- Instruir en relación con una dieta saludable (p. ej., ingesta de calorías apropiada para la estatura y el peso, ingesta adecuada de fibra, no grasas saturadas, cocinar con aceites vegetales, seleccionar cortes magros de carne, limitar la ingesta de carnes rojas, limitar los productos lácteos, ingesta de moderada a baja de alcohol).
- Formar sobre el peso adecuado, el control del peso y la relación entre el peso y la hiperlipidemia.
- Formar en relación con la actividad física adecuada (p. ej., ejercicio moderado de 30 a 45 minutos al día).
- Instruir en relación con los hábitos de estilo de vida que deben evitarse (p. ej., el consumo de cualquier forma de tabaco y el consumo excesivo de alcohol).
- Proporcionar información sobre los posibles cambios en el estilo de vida necesarios para evitar futuras complicaciones y controlar el proceso de la enfermedad.
- Proporcionar información relacionada con la finalidad y el beneficio de los cambios en el estilo de vida.
- Instruir al paciente sobre las posibles causas y secuelas de la hiperlipidemia.
- Educar sobre la falta habitual de síntomas y la necesidad de seguimiento y terapia a largo plazo.
- Instruir al paciente y a su familia para que asuman un papel activo en el manejo del proceso de la enfermedad.
- Instruir al paciente y a su familia sobre el uso e indicaciones de los medicamentos, según corresponda.
- Informar al paciente de que la hiperlipidemia es un importante factor de riesgo controlable para las enfermedades coronarias e ictus.
- Alentar al paciente y a su familia a mantener una lista de los medicamentos que toma actualmente y a acudir regularmente a los chequeos médicos.

7.ª edición 2018

Bibliografía:

American Association of Critical Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Pease, D. (2013). Metabolic syndrome. In T. M. Buttaro, J. Trybulski, P. P. Bailey, & J. Sandberg-Cook (Eds.), *Primary care: A collaborative practice* (4th ed., pp. 1112-1117). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2010). *Foundations of nursing in the community: Community-oriented practice* (3rd ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.

Stone, N., Robinson, J., Lichtenstein, A., Merz, N., Blum, C., Eckel, R., & ... Wilson, P. (2014). 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults. *Circulation, 129*(Suppl. 2), S1-S45.

Young, M. (2013). Lipid disorders. In T. M. Buttaro, J. Trybulski, P. P. Bailey, & J. Sandberg-Cook (Eds.), *Primary care: A collaborative practice* (4th ed., pp. 1101-1111). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Manejo de la hipertensión 4162

Definición: Prevenir y tratar los niveles de presión arterial más altos de lo normal.

Actividades:

- 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 (p. ej., diabetes mellitus, dislipemia, obesidad, síndrome metabólico, ser mayor de 60 años, sexo, raza, tabaquismo, hiperuricemia, estilo de vida sedentario, antecedentes familiares de hipertensión, enfermedades cardiovasculares, antecedentes de accidente cerebrovascular).
- Medir la presión arterial (PA) para determinar la presencia de hipertensión (p. ej., normal, menos de 120/80; elevada, 120 a 129/80 o menos; hipertensión en estadio 1, 130 a 139/80 a 89; hipertensión en estadio 2, igual o mayor de 140/90).
- Asegurar una valoración adecuada de la PA (es decir, la clasificación se basa en la media de dos o más lecturas de PA correctamente medidas, sentado y tomadas en dos o más visitas a la consulta).
- Evitar la medición de la PA cuando hay factores contribuyentes presentes (p. ej., consumo de cafeína, migraña, insomnio, agitación).
- Proporcionar una atención de enfermería acorde al tipo de hipertensión obtenida.
- Ayudar a los pacientes prehipertensos a practicar la modificación del estilo de vida para reducir su riesgo de desarrollar hipertensión en el futuro (p. ej., aumentar el ejercicio, disminuir el peso, modificar la dieta, obtener un sueño adecuado).
- Aconsejar a los pacientes prehipertensos y con afecciones comórbidas (p. ej., insuficiencia cardíaca, diabetes, enfermedad renal) que busquen la terapia farmacológica adecuada si al tratar de cambiar el estilo de vida no logran reducir la PA a 130/80 mm/Hg o menos.
- Ayudar a los pacientes con hipertensión en estadio 1 y sin afecciones comórbidas (p. ej., insuficiencia cardíaca, diabetes, enfermedad renal) a practicar cambios en el estilo de vida y a utilizar la terapia farmacológica adecuada (p. ej., diuréticos de tipo tiazida para la mayoría, eventualmente inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores de los receptores de angiotensina, betabloqueantes, bloqueadores de los canales de calcio o combinaciones de los anteriores).
- Ayudar a los pacientes con hipertensión en estadio 2 y sin afecciones comórbidas (p. ej., insuficiencia cardíaca, diabetes, enfermedad renal) a practicar cambios en el estilo de vida y a utilizar la terapia farmacológica adecuada (p. ej., combinaciones de inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores de los receptores de angiotensina, betabloqueantes, bloqueadores de los canales de calcio).
- Ayudar a los pacientes con hipertensión en estadio 1 o 2 y condiciones comórbidas (p. ej., insuficiencia cardíaca, diabetes, enfermedad renal) a practicar cambios en su estilo de vida y a seguir los protocolos de pauta de medicamentos recomendados para la hipertensión con comorbilidades.
- Monitorizar a los pacientes de riesgo para detectar signos y síntomas de crisis hipertensiva (p. ej., dolor de cabeza severo, mareos, náuseas o vómitos, palidez, sudoración, piel fría, cambios en la visión, epistaxis, confusión, nerviosismo, inquietud, trastornos visuales, alteración del nivel de conciencia, dolor torácico, convulsiones, paro cardíaco).

- Controlar signos vitales como frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura y análisis de sangre para identificar precozmente las complicaciones.
- Instruir a los pacientes de riesgo para que se hagan exámenes de salud preventivos regulares, incluyendo electrocardiograma, ecocardiograma, electrólitos, análisis de orina, según se indique.
- Vigilar al paciente para detectar signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración de la medicación prescrita para la hipertensión.
- Instruir en la forma de tener una pauta alimenticia saludable.
- Formar en relación con la actividad física adecuada (p. ej., ejercicio de 30 a 45 minutos al día).
- Formar en relación con los hábitos de estilo de vida que deben evitarse (p. ej., el consumo de cualquier forma de tabaco y el alcohol).
- Instruir al paciente sobre los cambios del estilo de vida relacionados con los patrones de sueño y descanso (p. ej., se recomiendan 8 horas por noche).
- Proporcionar información sobre posibles cambios en el estilo de vida necesarios para evitar futuras complicaciones y controlar el proceso de la enfermedad.
- Proporcionar información relacionada con el propósito y beneficio de los cambios en el estilo de vida.
- Formar en relación con la automedición de la presión sanguínea y cómo informar de hallazgos anormales.
- Instruir al paciente sobre las posibles causas de la hipertensión.
- Instruir al paciente y a su familia para que asuman un papel activo en el manejo del proceso de la enfermedad (p. ej., indicaciones y administración de medicamentos, mantenimiento de una dieta adecuada, ejercicio y hábitos saludables, dejar de fumar, reducir el estrés, el peso, la ingesta de sodio y el consumo de alcohol, aumentar el ejercicio, tal y como se indica).
- Instruir al paciente y a su familia sobre el uso y las indicaciones de los medicamentos.
- Alentar al paciente y a su familia a mantener una lista de lo medicamentos que toma actualmente y a acudir regularmente los chequeos médicos.
- Instruir al paciente para que reconozca y evite situaciones qu puedan causar aumento de la PA (p. ej., estrés o interrupció repentina del tratamiento farmacológico).

7.ª edición 2018

Bibliografía:

American Association of Critical Care Nurses. (2006). *Core curriculum fo critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. Philadelphia, PA: W.B Saunders.

Chummun, H. (2009). Hypertension: A contemporary approach to nursin care. *British Journal of Nursing, 18*(13), 784-789.

Hacihasanog˘lu, R., & Gözüm, S. (2011). The effect of patient education an home monitoring on medication compliance, hypertension managemen healthy lifestyle behaviors and BMI in a primary health care setting. *Journa of Clinical Nursing, 20*(5/6), 692-705.

Margolius, D., & Bodenheimer, T. (2010). Controlling hypertension require a new primary care model. *The American Journal of Managed Care, 16*(9) 648-650.

U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institute (2004). *Seventh report of the Join National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment high blood pressure*. Washington, DC: National Institute of Health.

Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E. Jr., Collins, K. J Dennison Himmelfarb, C, ... Wright, J. T. Jr. (2017). ACC/AHA/AAPA ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for th Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pres sure in Adults, *Journal of the American College of Cardiology*, (2017), do 10.1016/j.jacc.2017.11.006

M

Manejo de la hipervolemia 417

Definición: Disminución del volumen de líquido extracelular y/o intracelular y prevención de complicaciones en un paciente con sobrecarga de líquidos.

Actividades:

- 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.
- Observar 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 sonidos pulmonares adventicios.
- Monitorizar la presencia de sonidos 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.
- Monitorizar los datos de laboratorio de la causa subyacente de la hipervolemia (p. ej., péptido natriurético de tipo B para la insuficiencia cardíaca; BUN, Cr y FG para la insuficiencia renal), si están disponibles.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Administrar las medicaciones prescritas para reducir la precarg (p. ej., furosemida, espironolactona, morfina y nitroglicerina).
- Monitorizar los signos de reducción de la precarga (p. ej., oligu ria, mejora de los sonidos pulmonares adventicios, disminució de la PA, PAM, PVC, PECP, GC, IC).
- Monitorizar los signos de un efecto excesivo de la medicació (p. ej., deshidratación, hipotensión, taquicardia, hipopotasemia
- Instruir al paciente sobre el uso de fármacos para reducir l precarga.
- Administrar infusiones i.v. (p. ej., líquidos, hemoderivados) des pacio para evitar un aumento rápido de la precarga.
- Restringir la ingesta de agua libre en pacientes con hiponatremi dilucional.
- Evitar el uso de líquidos i.v. hipotónicos.
- Elevar el cabecero de la cama para mejorar la ventilación, segú corresponda.
- Facilitar la intubación endotraqueal y el inicio de la ventilació mecánica en los pacientes con edema pulmonar grave, segú corresponda.
- Mantener los ajustes prescritos del ventilador mecánico (p. ej., FiO modo, ajustes de volumen o presión, PEEP), según corresponda.

- Utilizar aspiración endotraqueal de sistema cerrado para el paciente con edema pulmonar en ventilación mecánica con PEEP, según corresponda.
- Preparar al paciente para diálisis (p. ej., ayudar en la inserción del catéter de diálisis), según corresponda.
- Mantener el dispositivo de acceso vascular para diálisis.
- Determinar las variaciones de peso del paciente antes y después de cada sesión de diálisis.
- Monitorizar la respuesta hemodinámica del paciente durante y después de cada sesión de diálisis.
- Determinar el volumen de dializado infundido y del efluente de retorno después de cada intercambio de diálisis peritoneal.
- Monitorizar el efluente peritoneal de retorno para ver si existen signos de complicaciones (p. ej., infección, hemorragia excesiva y coágulos).
- Realizar cambios posturales del paciente que presenta edemas en zonas declives, según corresponda.
- Observar la integridad cutánea en pacientes inmóviles con edemas en zonas declives.
- Promover la integridad de la piel (evitar la fricción y la humedad excesiva y proporcionar una nutrición adecuada) en pacientes inmóviles con edemas en zonas declives, según corresponda.
- Instruir al paciente/familia en el uso de un registro de entradas y salidas, si es adecuado.
- Instruir al paciente/familia sobre las medidas previstas para tratar la hipervolemia.
- Restringir la ingesta dietética de sodio, según esté indicado.
- Fomentar una imagen corporal positiva y la autoestima si se expresan preocupaciones como consecuencia de la excesiva retención de líquidos

1.ª edición; revisada en 2013

Bibliografía:

Heitz, U., & Horne, M. M. (2005). *Pocket guide to fluid, electrolyte, and acid-base balance* (5th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.

Leeper, B. (2006). Cardiovascular system. In M. Chulay, & S. M. Burns (Eds.), *AACN essentials of critical care nursing* (pp. 215-246). New York, NY: McGraw-Hill.

Miller, L. R. (2006). Hemodynamic monitoring. In M. Chulay, & S. M. Burns (Eds.), *AACN essentials of critical care nursing* (pp. 65-110). New York: McGraw-Hill.

Salvador, D., Punzalan, F., & Ramos, G. (2005). Continuous infusion versus bolus injection of loop diuretics in congestive heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005*(3), doi: 10.1002/14651858.CD 003178.pub3.

Schroeder, K. (2012). Acute renal failure. In E. T. Bope, & R. D. Kellerman (Eds.), *Conn's current therapy 2012* (pp. 873-876). Philadelphia: Elsevier Saunders.

Stark, J. (2006). The renal system. In J. G. Alspach (Ed.), American Association of Critical Care Nurses, *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed., pp. 525-610). Philadelphia: W. B. Saunders.

Winkel, E., & Kao, W. (2012). Heart failure. In E. T. Bope, & R. D. Kellerman (Eds.), *Conn's current therapy 2012* (pp. 432-436). Philadelphia: Elsevier Saunders.

Manejo de la hipoglucemia 2130

Definición: Prevenir y tratar los niveles sanguíneos de glucemia inferiores a lo normal.

Actividades:

- Identificar al paciente con riesgo de hipoglucemia.
- Identificar los signos y síntomas de la hipoglucemia.
- Vigilar la glucemia, si está indicado.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de hipoglucemia (temblores, diaforesis, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, taquicardia, palpitaciones, escalofríos, piel sudorosa, aturdimiento, palidez, hambre, náuseas, cefalea, fatiga, somnolencia, debilidad, calor, mareo, sensación de desmayo, visión borrosa, pesadillas, gritos durante el sueño, parestesias, dificultad de concentración, habla dificultosa, incoordinación, cambios de conducta, confusión, coma, crisis comiciales).
- Administrar hidratos de carbono simples, si está indicado.
- Proporcionar hidratos de carbono complejos y proteínas, si está indicado.
- Administrar glucagón, según corresponda.
- Contactar con los servicios médicos de urgencia, si es necesario.
- Administrar glucosa i.v., si está indicado.
- Mantener una vía i.v., según corresponda.
- Mantener la vía aérea permeable, si es el caso.
- Proteger contra lesiones, si es necesario.
- Revisar los sucesos anteriores a la hipoglucemia para determinar la posible causa.
- Proporcionar información sobre la conveniencia del autocontrol de la hipoglucemia.
- Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.
- Aconsejar al paciente que disponga de hidratos de carbono simples en todo momento.
- Indicar al paciente que debe obtener y llevar identificación médica de emergencia adecuada.
- Instruir a los allegados en la utilización y administración de glucagón, si resulta oportuno.
- Instruir sobre las interacciones de la dieta, insulina/antidiabéticos orales y ejercicio.
- Ayudar al paciente en la toma de decisiones para evitar la hipoglucemia (reduciendo insulina/antidiabéticos orales y/o aumentando la ingesta de alimentos si va a hacer ejercicio).
- Fomentar el autocontrol de la glucemia.
- Fomentar el contacto telefónico continuo con un equipo de atención al diabético para consultar los ajustes del régimen del tratamiento.
- Colaborar con el paciente y con el equipo de atención al diabético para realizar cambios en el régimen de insulina (inyecciones múltiples diarias), según esté indicado.
- Modificar los niveles deseables de glucemia para prevenir la hipoglucemia en ausencia de síntomas.
- Informar al paciente del aumento del riesgo de hipoglucemia con el tratamiento intensivo y la normalización de la glucemia.
- Enseñar al paciente los posibles cambios en los síntomas de la hipoglucemia con la terapia intensiva y la normalización de la glucemia.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Ahern, J., & Tamborlane, W. V. (1997). Steps to reduce the risks of severe hypoglycemia. *Diabetes Spectrum, 10*(1), 39-41.

American Diabetes Association. (1994). *Medical management of insulin-dependent (Type I) diabetes* (2nd ed.) [J. V. Santiago, Ed.]. Alexandria, VA: Author.

American Diabetes Association (1995). *Intensive diabetes management*. Alexandria, VA: Author.

Cryer, P. E., Fisher, J. N., & Shamoon, H. (1994). Hypoglycemia. *Diabetes Care, 17*(7), 734-755.

Levandoski, L. A. (1993). Hypoglycemia. In V. Peragallo-Dittko (Ed. *core curriculum for diabetes education* (pp. 351-372). Chicago: Amer Association of Diabetes Educators and AADE Education and Rese Foundation.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Assessment and management of pati with diabetes mellitus. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical sur nursing* (pp. 1149-1203). (Vol. 2). Philadelphia, PA: Lippincott Willi & Wilkins.

Manejo de la hipotensión 41

Definición: Prevenir y tratar los niveles de presión arterial más bajos de lo normal.

Actividades:

- Obtener una historia clínica detallada del paciente para determinar el nivel de riesgo de hipotensión, incluyendo el uso de medicamentos.
- Identificar las posibles causas de hipotensión (p. ej., diabetes, enfermedades coronarias, enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular previo, enfermedad renal crónica, proteinuria, edad superior a 50 años, fumador, obesidad, tratamiento del párkinson, tratamiento de la epilepsia, tratamiento de la depresión, micción nocturna).
- Medir la presión arterial (PA) para determinar la presencia de hipotensión (definida como menos de 90 mm/Hg sistólica y/o menos de 60 mm/Hg diastólica en la población general).
- Asegurar una valoración adecuada de la PA (es decir, la categoría de hipotensión se basa en la media de dos o más medidas cambiando de posición, en dos o más visitas a la consulta).
- Instruir a los pacientes para que lleven un diario con las mediciones de la PA ortostática tomadas durante varios días y en diferentes momentos para aumentar la sensibilidad de la detección de problemas.
- Realizar un electrocardiograma, si procede.
- Realizar analítica sanguínea, si procede.
- Realizar gasometría sanguínea, si procede.
- Realizar controles diagnósticos adicionales, según se indica.
- Evitar la medición de la PA para el despistaje cuando hay factores contribuyentes presentes (p. ej., ingestión reciente de medicamentos que pudiesen influir, respuestas alérgicas, pérdida de sangre, deshidratación).
- Obtener del paciente la información previa al episodio de hipotensión (p. ej., acontecimientos, situaciones, causas, hora del día, ingesta de alimentos o medicamentos, patrones de sueño).
- Determinar el tratamiento médico y su influencia sobre la hipotensión (p. ej., diuréticos, alfabloqueantes, betabloqueantes, medicamentos para el párkinson, antidepresivos tricíclicos).
- Abordar cualquier situación que influya en la hipotensión, según sea necesario.
- Considerar los tratamientos no farmacológicos como primer enfoque.
- Dejar de tomar medicamentos que predispongan o exacerben la hipotensión, según corresponda.
- Educar al paciente sobre las medidas físicas para reducir la estasis de sangre en las extremidades inferiores (p. ej., pasar gradualmente de la posición supina a la posición de pie, evitar permanecer inmóvil, estar de pie con las piernas cruzadas, ponerse en cuclillas, tensar activamente los músculos de las piernas).
- Alentar al paciente a emplear métodos para mejorar la presión venosa central (p. ej., aumentar el consumo de sal a 6 a 9 g de cloruro sódico al día tomando en cada comida tabletas de 1 g de cloruro de sodio, si es necesario; aumentar la ingesta de a de 2 hasta 3 litros por día, ingiriéndola a sorbos [0,5 litros 3-4 minutos] como medida de rescate).
- Vigilar las complicaciones (p. ej., visión borrosa, confusi mareos, síncope, palidez, sudoración fría, taquicardia, som lencia, debilidad, alteración del nivel de conciencia, convulsio disnea, dolor torácico).
- Estar alerta a la necesidad de tratar urgentemente el empe miento de los síntomas.
- Administrar agentes farmacológicos (p. ej., fludrocortiso midodrina) y vigilar los efectos, si procede.
- Instruir al paciente y a su familia para que comuniquen el e peoramiento de las cifras de la PA o de los síntomas.
- Promover la ingesta de líquidos por vía oral recomendada la edad.
- Fomentar una alimentación sana y una ingesta adecuada líquidos.
- Instruir al paciente y a su familia sobre la necesidad de evita tabaco, las drogas ilegales y el alcohol.
- Instruir al paciente sobre la modificación de su estilo de vid
- Proporcionar información y educación sobre los posibles ca bios en su estilo de vida necesarios para evitar complicacio futuras y controlar el proceso de la enfermedad.
- Evaluar los signos vitales indicados, como la PA, frecuen cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, tem ratura y otros parámetros, como la glucemia capilar, para dete posibles complicaciones.
- Dirigirse a una unidad especializada, según se indica.

7.ª edición 2018

Bibliografía:

Arnold, A. C., & Shibao, C. (2013). Current concepts in orthostatic hypot sion management. *Current Hypertension Reports, 15*(4), 304-312.

Ferrer-Gila, T., & Rizea, C. (2013). Orthostatic hypotension in the elde *Revista de Neurologia, 56*(6), 337-343 [Spanish].

Figueroa, J. J., Basford, J. R., & Low, P. A. (2010). Preventing and treat orthostatic hypotension: As easy as A, B, C. *Cleveland Clinic Journa Medicine, 77*(5), 298-306.

Grossman, E., Voichanski, S., Grossman, C., & Leibowitz, A. (2012). The sociation between orthostatic hypotension and nocturnal blood press may explain the risk for heart failure. *Hypertension, 60*(1), e1.

Mager, D. R. (2012). Orthostatic hypotension: Pathophysiology, problems, prevention. *Home Healthcare Nurse, 30*(9), 525-530.

Shibao, C., Grijalva, C. G., Raj, S. R., Biaggioni, I., & Griffin, M. R. (20 Orthostatic hypotension-related hospitalizations in the United States. *American Journal of Medicine, 120*(11), 975-980.

M

Manejo de la hipovolemia

4180

Definición: Expansión del volumen de líquido intravascular en un paciente con hipovolemia.

Actividades:

- 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, incluyendo la frecuencia cardíaca, PA, PAM, PVC, PAP, PECP, GC e IC, según disponibilidad.
- Monitorizar los signos de deshidratación (p. ej., escasa turgencia cutánea, retraso del relleno capilar, pulso débil/filiforme, sed intensa, sequedad de mucosas y oliguria).
- Monitorizar la existencia de hipotensión ortostática y la aparición de mareo al ponerse de pie.
- Vigilar las fuentes de pérdida de líquido (p. ej., hemorragia, vómitos, diarrea, diaforesis, y taquipnea).
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Monitorizar el sitio de inserción del dispositivo de acceso vascular en busca de infiltración, flebitis e infección, según corresponda.
- Monitorizar la presencia de datos laboratorio de hemorragia (p. ej., hemoglobina, hematocrito, pruebas de sangre oculta en heces), si están disponibles.
- Monitorizar la presencia de datos de laboratorio de hemoconcentración (p. ej., sodio, BUN, gravedad específica de la orina), si están disponibles.
- Monitorizar la presencia de datos de laboratorio y clínicos de insuficiencia renal aguda inminente (p. ej., aumento del BUN y creatinina, disminución del FG, mioglobinemia y oliguria).
- Fomentar la ingesta de líquidos por vía oral (es decir, distribuir los líquidos durante 24 horas y administrar líquidos con las comidas), salvo contraindicación.
- Ofrecer al paciente una bebida de su elección cada 1-2 horas cuando esté despierto, salvo contraindicación.
- Mantener un acceso i.v. permeable.
- Calcular las necesidades de líquidos en función de la superficie corporal y del tamaño de las quemaduras, según corresponda.
- Administrar soluciones isotónicas i.v. prescritas (p. ej., suero salino fisiológico o solución de Ringer lactato) para la rehidratación extracelular a un flujo apropiado, según corresponda.
- Administrar soluciones hipotónicas i.v. prescritas (p. ej., suero glucosado al 5% o suero salino al 0,45%) para la rehidratación intracelular a un flujo apropiado, según corresponda.
- Administrar un bolo i.v. prescrito de líquido isotónico a un flujo apropiado para mantener la integridad hemodinámica.
- Administrar las suspensiones de coloides prescritas (hetalmidón, albúmina o fracción proteica plasmática) para la reposición del volumen intravascular, según corresponda.
- Administrar los hemoderivados prescritos para aumentar la presión oncótica plasmática y reponer la volemia, según corresponda.
- Monitorizar la presencia de datos de reacción transfusional, según corresponda.
- Instituir la autotransfusión de la pérdida de sangre, si es adecuado.
- Monitorizar la presencia de datos de hipervolemia y de edema pulmonar durante la rehidratación i.v.
- Administrar líquidos i.v. a temperatura ambiente.
- Usar una bomba i.v. para mantener un flujo constante de infusión intravenosa.
- Monitorizar la integridad cutánea en pacientes inmóviles con piel seca.
- Promover la integridad de la piel (evitar la fricción y la humedad excesiva y proporcionar una nutrición adecuada) en pacientes inmóviles con sequedad cutánea, según corresponda.
- Ayudar al paciente con la deambulación en caso de hipotensión postural.
- Instruir al paciente para que evite los cambios bruscos de posición, sobre todo del decúbito supino a la sedestación o la bipedestación.
- Colocar al paciente en la posición de Trendelenburg modificada (p. ej., piernas elevadas por encima del nivel del corazón, con el resto del cuerpo en decúbito supino) en pacientes hipotensos para optimizar la perfusión cerebral mientras se minimiza la demanda miocárdica de oxígeno.
- Monitorizar la cavidad oral para detectar la sequedad y/o grietas en la mucosa.
- Administrar líquidos orales (o humedecer la boca con gasas) con frecuencia para mantener la integridad de la mucosa oral, salvo contraindicaciones.
- Facilitar la higiene oral (p. ej., cepillado de los dientes con crema dental, colutorio no alcohólico) dos veces al día.
- Colocar al paciente de modo que se favorezca la perfusión periférica.
- Administrar con precaución los vasodilatadores prescritos (nitroglicerina, nitroprusiato y calcioantagonistas) al calentar al paciente en el postoperatorio inmediato, según corresponda.
- Administrar el péptido natriurético auricular (ANP) para evitar la lesión renal aguda, según corresponda.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre el uso del registro de entradas y salidas.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas tomadas para tratar la hipovolemia.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Heitz, U., & Horne, M. M. (2005). *Pocket guide to fluid, electrolyte, and acid-base balance* (5th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.

Leeper, B. (2006). Cardiovascular system. In M. Chulay, & S. M. Burns (Eds.), *AACN essentials of critical care nursing* (pp. 215-246). New York, NY: McGraw-Hill.

Mentes, J. C. (2008). Managing oral hydration. In E. Capezuti, D. Zwicker, M. Mezey, & T. Fulmer (Eds.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (3rd ed., pp. 391-402). New York: Springer.

Miller, L. R. (2006). Hemodynamic monitoring. In M. Chulay, & S. M. Burns (Eds.), *AACN essentials of critical care nursing* (pp. 65-110). New York: McGraw-Hill.

Nigwekar, S. U., Navaneethan, S. D., Parikh, C. R., & Hix, J. K. (2009). Atrial natriuretic peptide for preventing and treating acute kidney injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009*(4), doi: 10.1002/14651858.CD006028.pub2.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 256-259). (Vol. 1). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Stark, J. (2006). The renal system. In American Association of Critical Care Nurses, *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed. pp. 525 - 610) [J. G. Alspach, Ed.]. Philadelphia: W. B. Saunders.

M

Manejo de la inmunización/vacunación 6530

Definición: Control del estado de inmunización, facilitando el acceso a las inmunizaciones y suministro de vacunas para evitar enfermedades contagiosas.

Actividades:

- Explicar a los progenitores el programa de inmunización recomendado necesario para los niños, su vía de administración, razones y beneficios de su uso, reacciones adversas y lista de efectos secundarios (p. ej., hepatitis B, difteria, tétanos, tos ferina, *Haemophilus influenzae,* poliomielitis, sarampión, parotiditis, rubéola y varicela).
- Informar a los individuos de las inmunizaciones protectoras contra enfermedades que actualmente no son obligatorias por ley (vacunas contra la gripe, antineumocócica y hepatitis B).
- Explicar a las personas/familias las vacunas disponibles en el caso de incidencia y/o exposición especial (cólera, gripe, peste, rabia, fiebre de las Montañas Rocosas, viruela, fiebre tifoidea, tifus, fiebre amarilla y tuberculosis).
- Suministrar información escrita acerca de la inmunización preparada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- Proporcionar una cartilla de vacunación para registrar fecha y tipo de las inmunizaciones administradas.
- Identificar las técnicas de administración apropiadas, incluida la administración simultánea.
- Conocer las últimas recomendaciones sobre el uso de las inmunizaciones.
- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Anotar los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Administrar inyecciones a los bebés en la parte anterolateral del muslo, cuando proceda.
- Documentar la información sobre la vacunación según el protocolo del centro (p. ej., fabricante, número de lote, fecha de caducidad, etc.).
- Informar a las familias acerca de las inmunizaciones exigidas por la ley para entrar en el colegio, guardería, instituto y universidad.
- Revisar anualmente los registros de inmunizaciones escolares para determinar si están completos.
- Notificar a la persona/familia cuándo dejan de ser válidas las inmunizaciones.
- Seguir las directrices del organismo sanitario competente para la administración de inmunizaciones.
- Informar a los viajeros de las vacunas adecuadas para viajar a países extranjeros.
- Conocer las contraindicaciones absolutas de la inmunización (reacción anafiláctica a vacunas anteriores y enfermedades moderadas o graves con o sin fiebre).
- Explicar que un retraso en la administración de una serie vacunal no significa que haya que comenzar el programa desde el principio.
- Obtener el consentimiento informado para administrar las vacunas.
- Ayudar a las familias a realizar la planificación económica para pagar las inmunizaciones (cobertura de seguros y clínicas con departamentos sanitarios).
- Identificar a los suministradores que participan en los programas de vacunación infantil gratuita.
- Informar a los progenitores acerca de las medidas de alivio útiles después de la administración de fármacos en un niño.
- Observar al paciente durante un período determinado después de la administración de la medicación.
- Programar las inmunizaciones a intervalos adecuados.
- Determinar el estado de inmunización en cada visita realizada a un centro de atención sanitaria (incluidos los servicios de urgencias y de admisión), y proporcionar las inmunizaciones si se precisa.
- Aconsejar programas y políticas que proporcionen inmunizaciones gratis o accesibles para toda la población.
- Apoyar el registro nacional para seguir el estado de inmunización.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

Centers for Disease Control (1997). Notice to readers: Recommended childhood immunization schedule—United States, 1997. *MMWR—Mortality and Morbidity Weekly Report, 46*(2), 35-39.

Centers for Disease Control (2002). Notice to readers: Recommended adult immunization schedule—United States 2002-2003. *MMWR—Mortality and Morbidity Weekly Report, 51*(40), 904-908.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Asepsis. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed, pp. 628-668). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Lambert, J. (1995). Every child by two. A program of the American Nurses Foundation. *American Nurse, 27*(8), 12.

Lerner-Durjava, L. (1998). Needle-free injections. *Nursing, 28*(7), 52-53.

Scarbrough, M. L., & Landis, S. E. (1997). A pilot study for the development of a hospital-based immunization program. *Clinical Nurse Specialist, 11*(2), 70-75.

Scudder, L. (1995). Child immunization initiative: Politics and health policy in action. *Nursing Policy Forum, 1*(3), 20-29.

West, A. R., & Kopp, M. (1999). *Making a difference: Immunizing infants and children.* Washington, DC: American Nurse Foundation.

Manejo de la instrumentación quirúrgica 2910

Definición: Manejar los requerimientos de materiales, instrumentos, equipos y esterilidad del campo quirúrgico.

Actividades:

- Consultar horarios quirúrgicos, comprobar las asignaciones del quirófano y obtener información sobre el procedimiento quirúrgico y la técnica anestésica.
- Determinar los equipos, instrumentos y materiales necesarios para los cuidados del paciente en la cirugía, y organizar su disponibilidad.
- Montar los equipos, instrumentos y materiales para la cirugía.
- Ponerse la ropa, calzado, gorro y mascarilla específicos para el área quirúrgica antes de entrar en el quirófano.
- Colocar las mesas con los instrumentos y equipos en las áreas apropiadas.
- Comprobar los instrumentos y disponerlos en orden de uso.

- Mantener los objetos cortantes y punzantes (p. ej., hojas de bisturí y agujas) por separado de otros objetos a fin de evitar lesiones durante la preparación.
- Verificar la seguridad y el buen funcionamiento de los equipos e instrumentos necesarios para los cuidados del paciente (p. ej., la mesa de operaciones, bombas de infusión, equipos de regulación de la temperatura, bisturís eléctricos).
- Preparar los suministros, medicamentos y soluciones para el uso, según esté indicado.
- Obtener los suministros estériles y materiales adecuados para la cirugía, respetando una técnica aséptica.
- Confirmar la integridad de los envases o embalajes, fechas de caducidad y los controles de esterilidad y seguir la trazabilidad de los materiales de acuerdo con las normas hospitalarias.
- Preparar la ropa y suministros desechables apropiados para el tipo de cirugía.
- Encender y colocar las luces.
- Cubrir las mesas de instrumental, mesas de Mayo y mesas auxiliares con un paño estéril o paños impermeables, según el caso.
- Establecer un perímetro de seguridad alrededor de las mesas y los materiales con respecto a otros profesionales y las zonas no estériles.
- Proporcionar paños/compresas para que el equipo quirúrgico se seque las manos.
- Fijar los dispositivos en el campo quirúrgico (p. ej., cables, cámaras de circuito, aspiradores).
- Retirar los instrumentos y materiales de la mesa de operaciones, una vez finalizada la cirugía.
- Retirar las pinzas de campo, tubo aspirador, bisturí eléctrico y otros elementos del campo quirúrgico tras concluir la operación.
- Enrollar los paños de campo, sábanas y paños quirúrgicos usados en la cirugía, evitando la propagación y la contaminación del aire, y depositarlos en un recipiente apropiado.
- Retirar las hojas de bisturí de sus mangos, las agujas, así como los objetos cortantes y puntiagudos, y depositarlos en contenedores apropiados.
- Separar los materiales e instrumentos limpios de los sucios o muy contaminados para facilitar la limpieza, desinfección y esterilización posterior.
- Coordinar y ayudar en la limpieza y preparación del quirófano para el próximo paciente (es decir, recoger y guardar los equipos, materiales y otros suministros).

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Association of periOperative Registered Nurses (2010). *Perioperative standards and recommended practices*. Denver: Author.

Fuller, J. (2008). *Surgical technology: Principles and practice* (4th ed.). Madrid: Panamericana.

Gruendemann, B. J., & Mangum, S. S. (2001). *Infection prevention in surgical settings*. Philadelphia: W. B. Saunders.

Phippen, M., Ulmer, B. C., & Wells, M. M. (2009). *Competency for safe patient care during operative and invasive procedures*. Denver, CO: Competency & Credentialing Institute.

Rothrock, J. C. (Ed.). (2011). *Alexander's care of the patient in surgery* (14th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.

Rothrock, J. C., & Siefert, P. C. (Eds.). (2009). *Assisting in surgery: Patient centered care*. Denver, CO: Competency & Credentialing Institute.

Manejo de la medicación 2380

Definición: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Actividades:

- Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo.
- Comentar las preocupaciones económicas respecto al régimen de la medicación.
- Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, según corresponda.
- Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Vigilar los niveles séricos (electrólitos, protrombina, medicamentos), si procede.
- Observar si se producen interacciones farmacológicas no terapéuticas.
- Revisar periódicamente con el paciente y/o la familia los tipos y dosis de medicamentos tomados.
- Desechar medicaciones antiguas, suspendidas o contraindicadas, según corresponda.
- Facilitar los cambios de medicación con el médico, si procede.
- Observar si hay respuesta a los cambios en el régimen de medicación, según corresponda.
- Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.
- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.
- Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito.
- Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.
- Consultar con otros profesionales sanitarios para minimizar el número y la frecuencia de administración de medicación necesarios para conseguir el efecto terapéutico.
- Enseñar al paciente y/o a los familiares el método de administración de los fármacos, según corresponda.
- Explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.
- Proporcionar al paciente y a los familiares información escrita y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos, según sea necesario.
- Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos.
- Obtener la orden médica para la automedicación del paciente, si procede.
- Establecer un protocolo para el almacenamiento, adquisición y control de los medicamentos dejados a la cabecera del paciente con propósitos de automedicación.
- Evaluar los posibles recursos económicos para la adquisición de los fármacos prescritos, según corresponda.
- Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Proporcionar alternativas para la pauta temporal y modalidad de autoadministración de medicamentos con el propósito de minimizar los efectos en el estilo de vida del paciente.
- Ayudar al paciente y a los familiares a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a ciertos medicamentos, según corresponda.
- Enseñar al paciente cuándo debe solicitar atención médica.
- Identificar los tipos y las cantidades de fármacos de venta libre utilizados.
- Proporcionar información acerca del uso de medicamentos de venta libre y la influencia que pueden tener en la afección existente.
- Determinar si el paciente está utilizando remedios caseros basados en su cultura y los posibles efectos que puedan tener sobre el uso de medicamentos de venta libre y medicamentos prescritos.
- Revisar con el paciente las estrategias para controlar el régimen de medicación.
- Proporcionar al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación.
- Ponerse en contacto con el paciente y la familia después del alta para responder a preguntas y comentar inquietudes asociadas al régimen de medicación, si procede.
- Animar al paciente a realizarse análisis para determinar los efectos de la medicación.

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2000 y 2004

Bibliografía:

Abrams, A. C., Pennington, S. S., & Lammon, C. B. (2007). *Clinical drug therapy: Rationales for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 513-574). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Le Sage, J. (1991). Polypharmacy in geriatric patients. *Nursing Clinics of North America, 26*(2), 273-290.

Malseed, R. T. (1990). *Pharmacology drug therapy and nursing considerations* (3rd ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.

Mathewson, M. J. (1986). *Pharmacotherapeutics: A nursing approach*. Philadelphia: F.A. Davis.

Weitzel, E. A. (1992). Medication management. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (2nd ed., pp. 213-220). Philadelphia: W.B. Saunders.

M

Manejo de la nutrición 1100

Definición: Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.

Actividades:

- 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.
- 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).
- Realizar o ayudar a los pacientes con los cuidados orales antes de comer.
- Asegurarse de que el paciente utiliza bien las dentaduras postizas, si procede.
- 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.
- Asegurarse de que la comida se sirve de forma atractiva y a la temperatura más adecuada para el consumo óptimo.
- Animar a la familia a traer alimentos favoritos del paciente, mientras está en el hospital o centro asistencial, según corresponda.
- Ayudar al paciente con la apertura de paquetes, a cortar la comida, y a comer, si es necesario.
- 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.
- 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).
- Enseñar al paciente sobre las necesidades dietéticas específicas en función del desarrollo o la edad (p. ej., aumento del calcio, proteínas, líquidos y calorías para las mujeres lactantes; aumento de la ingesta de fibra para prevenir el estreñimiento en los adultos mayores).
- Ofrecer tentempiés ricos en nutrientes.
- Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- 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 (p. ej., diario de alimentos).
- Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.
- Ayudar al paciente a acceder a programas nutricionales comunitarios específicos (p. ej., para mujeres, bebés y niños, cupones de alimentos y comidas a domicilio).
- Derivar al paciente a los servicios necesarios.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2009). Nutrition. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed., pp. 947-988). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Ignatavicius, D. D. (2010). Care of patients with malnutrition and obesity. In D. D. Ignatavicius, & M. L. Workman (Eds.), *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care* (6th ed., pp. 1386-1410). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Kaiser, L., Allen, L. H., & American Dietetic Association (2008). Position of the American Dietetic Association: Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *Journal of the American Dietetic Association, 108*(3), 553-561.

U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services (2010). *Dietary guidelines for Americans, 2010* (7th ed.). Washington, DC: Government Printing Office.

Manejo de la parada cardiorrespiratoria 6140

Definición: Coordinación de las medidas de urgencia para el soporte vital.

Actividades:

- Evaluar la respuesta del paciente para determinar las acciones apropiadas.
- Solicitar ayuda si el paciente no respira, no lo hace con normalidad y no ofrece respuesta.
- Establecer el aviso de parada cardiorrespiratoria según el protocolo del centro mientras se obtiene un desfibrilador externo automático (DEA) o se asegura de que alguien lo obtenga.
- Asegurarse de que la vía respiratoria del paciente está permeable.
- Realizar la reanimación cardiorrespiratoria centrándose en las compresiones torácicas en los adultos y en compresiones con esfuerzos respiratorios en los niños, según corresponda.
- Practicar cardioversión o desfibrilación, tan pronto como sea posible.
- Minimizar el intervalo entre la interrupción de las compresiones torácicas y la aplicación de una descarga eléctrica, si está indicado.
- Traer el carro de parada a la cabecera del paciente.
- Monitorizar la calidad de la RCP realizada.
- Conectar el monitor cardíaco y determinar el ritmo, asegurando que no se interrumpan las desfibrilaciones.
- Asegurarse de que alguien realiza la oxigenación del paciente y ayuda con la intubación, si está indicado.
- Canular una vía i.v. y administrar líquidos i.v., según corresponda.
- Asegurarse de que el profesional específico 1) prescriba los medicamentos, 2) los traiga, 3) interprete el ECG y realice la cardioversión/desfibrilación, si es necesario, y 4) documente los cuidados.
- Recordar al personal el protocolo de Soporte Vital Cardíaco Avanzado, según corresponda.
- Asegurarse de que se instauren los protocolos de reanimación especiales (p. ej., asma, anafilaxia, embarazo, obesidad mórbida, embolia pulmonar, desequilibrio electrolítico, ingestión de tóxicos, traumatismos, hipotermia accidental, avalancha, ahogamiento, shock eléctrico o fulguración por rayo, intervenciones coronarias percutáneas, taponamiento cardíaco, cirugía cardíaca), según corresponda
- Ofrecer a los familiares y allegados la oportunidad de estar presentes durante la reanimación cuando sea por el mejor interés del paciente.
- Apoyar a los familiares que estén presentes durante la reanimación (asegurar un entorno seguro, ofrecer explicaciones y comentarios, permitir una comunicación adecuada, evaluar continuamente las necesidades, proporcionar la oportunidad para reflexionar sobre los esfuerzos de reanimación tras el episodio).
- Asegurarse de que otra persona coordine los cuidados de los demás pacientes de la planta/unidad.
- Terminar la actuación ante la parada cardiorrespiratoria según esté indicado por la situación del paciente.
- Asegurar unos cuidados organizados después de la parada cardíaca (p. ej., soporte cardiopulmonar y neurológico, hipotermia terapéutica, disminución de la concentración inspiratoria de oxígeno para evitar una hiperoxia perjudicial, evitar la hiperventilación).
- Aplicar unos procedimientos apropiados para la posible donación de tejidos y órganos que sean oportunos, eficaces y que tengan en cuenta los deseos de los familiares y del paciente.
- Revisar las acciones realizadas tras el episodio de parada para identificar las realizadas correctamente y aquellas que necesitan ser mejoradas.
- Ofrecer oportunidades a los miembros del equipo para que participen en reuniones de revisión de las actuaciones o para reflexionar sobre los esfuerzos de reanimación tras cada episodio.
- Realizar una comprobación del carro de emergencias, según el protocolo del centro.

1.ª edición 1992; revisada en 2008 y 2013

Bibliografía:

American Association of Critical Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. Philadelphia, PA: Saunders.

Boucher, M. (2010). Family witnessed resuscitation. *Emergency Nurse, 18*(5), 10-14.

Carlson, K. (Ed.). (2009). *AACN Advanced critical care nursing*. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier.

Field, J., Hazinski, M., Sayre, M., Chameides, L., Schexnayder, S., Hemphill, R., & ... Hoek, T. (2010). Part 1: Executive summary: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation, 122*(18 Suppl. 3), S640-S656.

Hazinski, M. F. (Ed.). (2010). *Highlights of the 2010 American Heart Association guidelines for CPR and ECC*. Dallas, TX: American Heart Association.

Urden, L., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2010). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Wiegand, D. (Ed.). (2011). *AACN procedure manual for critical care* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

M

Manejo de la quimioterapia 224

Definición: Ayudar al paciente y a la familia a comprender la acción y minimizar los efectos secundarios de los agentes antineoplásicos.

Actividades:

- Analizar los análisis previos al tratamiento en pacientes con riesgo de inicio temprano, duración más prolongada y mayor gravedad de los efectos secundarios.
- Promover actividades para modificar los factores de riesgo identificados.
- Monitorizar la presencia de los efectos secundarios y tóxicos del tratamiento.
- Proporcionar información al paciente y a la familia acerca del funcionamiento de los fármacos antineoplásicos sobre las células malignas.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los efectos de la quimioterapia sobre el funcionamiento de la médula ósea.
- Instruir al paciente y a la familia sobre los modos de prevención de infecciones, tales como evitar las multitudes y poner en práctica buenas técnicas de higiene y lavado de manos.
- Informar al paciente para que notifique inmediatamente la existencia de fiebre, escalofríos, epistaxis, hematomas excesivos y heces de color negruzco.
- Informar al paciente y a la familia que eviten el uso de compuestos con ácido acetilsalicílico.
- Poner en práctica precauciones para pacientes con neutropenia y tendencia hemorrágica.
- Determinar la experiencia previa del paciente con náuseas y vómitos relacionados con la quimioterapia.
- Administrar fármacos para controlar los efectos secundarios (p. ej., antieméticos para las náuseas y los vómitos) a demanda.
- Minimizar los estímulos de ruidos, luz y olores (sobre todo de alimentos).
- Enseñar al paciente técnicas de relajación y de visualización para poner en práctica antes, durante y después del tratamiento, según corresponda.
- Ofrecer al paciente una dieta blanda y fácil de digerir.
- Administrar los fármacos quimioterápicos por la noche, para que el paciente esté durmiendo en el momento en el que los efectos eméticos sean mayores.
- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos para evitar la deshidratación y los desequilibrios electrolíticos.
- Monitorizar la eficacia de las medidas para controlar las náuseas y vómitos.
- Administrar seis comidas de pequeña cantidad al día, según tolerancia.
- Instruir al paciente para que evite comidas calientes y picantes.
- Proporcionar comidas nutritivas, apetitosas para el paciente.
- Monitorizar el estado nutricional y el peso.
- Monitorizar la existencia de signos de infección de la mucosa bucal.
- Fomentar una buena higiene bucal mediante el uso de dispositivos de limpieza dental, como hilo dental sin cera y que no se deshilache, cepillos dentales sónicos o irrigador de agua, según corresponda.
- Instaurar actividades de restablecimiento de la salud bucal, como uso de saliva artificial, estimulantes de la salivación, aerosoles bucales sin alcohol, caramelos sin azúcar y tratamientos con flúor, según corresponda.
- Enseñar al paciente a autoexaminarse la cavidad bucal, incluidos los signos y síntomas que debe notificar para su evaluación (p. ej., quemazón, dolor, sensibilidad dolorosa).
- Instruir al paciente sobre la necesidad de realizar un seguimiento dental frecuente porque la caries dental se forma rápidamente.
- Enseñar al paciente a utilizar la suspensión de nistatina oral para controlar infecciones fúngicas, según corresponda.
- Enseñar al paciente a evitar temperaturas extremas y tratamient químicos del cabello cuando se recibe tratamiento.
- Informar al paciente que es previsible una caída del cabell debido al tipo de tratamiento utilizado.
- Ayudar al paciente a planificar la caída de pelo, según corre ponda, enseñándole las alternativas disponibles, como peluca pañuelos, sombreros o turbantes.
- Enseñar al paciente a lavarse y peinarse el pelo suavemente y dormir sobre una funda de seda para la almohada con el fin d prevenir una mayor caída del pelo, según corresponda.
- Tranquilizar al paciente explicándole que el pelo volverá a crec una vez finalizado el tratamiento, según corresponda.
- Enseñar al paciente y a la familia a monitorizar la toxicidad d órganos, según lo determine el tipo de tratamiento utilizado.
- Comentar los posibles aspectos de la disfunción sexual, segú corresponda.
- Enseñar las consecuencias del tratamiento sobre la función s xual, incluida la duración del uso de los anticonceptivos, segú corresponda.
- Monitorizar el nivel de fatiga pidiendo al paciente que la describ
- Enseñar al paciente y a la familia técnicas para el manejo de energía, según corresponda.
- Ayudar al paciente a controlar la fatiga con la planificación d períodos de descanso frecuentes, distanciar las actividades limitar las demandas diarias, según corresponda.
- Facilitar la expresión de los miedos sobre el pronóstico o el éxi de los tratamientos.
- Proporcionar información concreta objetiva relacionada con l efectos del tratamiento para reducir la incertidumbre, el mied y la ansiedad del paciente sobre los síntomas relacionados co el tratamiento.
- Instruir a los pacientes que sobreviven a largo plazo y a sus f milias sobre la posibilidad de neoplasias malignas secundari y sobre la importancia de notificar cualquier aumento de su ceptibilidad a infecciones, fatiga o hemorragias.
- Seguir las normas recomendadas para que la manipulación d fármacos antineoplásicos parenterales durante la preparación administración de los medicamentos sea segura.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Barsevick, A. M., Whitmer, K., Sweeney, C., & Nail, L. M. (2002). A pilot stu examining energy conservation for cancer treatment-related fatigue. *Canc Nursing, 25*(5), 333-341.

Brant, J. M., & Wickham, R. S. (Eds.). (2004). *Statement on the scope and sta dards of oncology nursing practice*. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Socie

Brown, K., Esper, P., Kelleher, L., O'Neill, J., Polovich, M., & White, J. (Eds (2001). *Chemotherapy and biotherapy guidelines and recommendations f practice*. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society.

LeMone, P., & Burke, K. M. (2000). *Medical-surgical nursing: Critical thinki in client care* (2nd ed., pp. 338-344). Upper Saddle River, NJ: Prentice Ha

Nail, L. M. (2002). Fatigue in patients with cancer. *Oncology Nursing Forur* 29(3), 537-546.

Oncology Nursing Society. (2005). *Core curriculum for oncology nursing* (4th ed [J. K. Itano & K. Taoka, Eds.]. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders.

Wegenka, M. H. (1999). Chemotherapy management. In G. Bulechek, J. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatmen* (3rd ed., pp. 285-296). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Yarbro, C. H., Frogge, M. H., & Goodman, M. (2005). *Cancer nursing: Princip and practice* (6th ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

M

Manejo de la radioterapia

6600

Definición: Ayudar al paciente a comprender y minimizar los efectos secundarios de un tratamiento con radiación.

Actividades:

- Controlar los exámenes de cribado previos al tratamiento en pacientes con riesgo de efectos secundarios de inicio más temprano, duración más prolongada y más preocupantes.
- Promover actividades para modificar los factores de riesgo identificados.
- Controlar si hay efectos secundarios y efectos tóxicos del tratamiento.
- Proporcionar información al paciente y a la familia respecto al efecto de la radiación sobre las células malignas.
- Observar las precauciones recomendadas para las radiaciones en el manejo de pacientes con marcapasos cardíacos.
- Observar si se producen alteraciones en la integridad de la piel y tratarlas adecuadamente.
- Evitar el uso de cintas adhesivas y demás sustancias irritantes para la piel.
- Proporcionar cuidados especiales de la piel en los pliegues tisulares, que sean proclives a la infección (p. ej., nalgas, periné e ingles).
- Evitar el uso de desodorantes o loción para después de afeitar en la zona tratada.
- Comentar la necesidad de cuidados de la piel, como mantenimiento de marcas de tinta, evitar el jabón y otras pomadas, así como protección durante el bronceado o aplicación de calor.
- Ayudar al paciente a planificar la pérdida de cabello, explicando las alternativas disponibles, como pelucas, bufandas, sombreros y turbantes, si procede.
- Enseñar al paciente a lavar y peinar el cabello suavemente y a dormir sobre fundas de almohada de seda para evitar mayor pérdida de cabello, si procede.
- Asegurar al paciente que el pelo volverá a crecer después de que haya concluido el tratamiento con radiación, cuando proceda.
- Observar si hay indicios de infección de las mucosas bucales.
- Fomentar una buena higiene bucal mediante el uso de dispositivos de limpieza dental, como hilo dental sin cera y que no se deshilache, cepillos dentales sónicos o irrigador de agua, según corresponda.
- Poner en marcha actividades de restablecimiento de la salud bucal, como uso de saliva artificial, aerosoles bucales no alcohólicos, estimulantes de la saliva, y consumo de caramelos sin azúcar y tratamientos con flúor, según corresponda.
- Enseñar al paciente a autoexaminarse la cavidad bucal, incluidos los signos y síntomas que debe notificar para su evaluación (p. ej., quemazón, dolor, dolorimiento a la palpación).
- Instruir al paciente sobre la necesidad de realizar un seguimiento dental frecuente porque la caries dental se forma con rapidez.
- Observar si se producen anorexia, náuseas, vómitos, cambios en el sentido del gusto, esofagitis y diarrea en el paciente, según corresponda.
- Fomentar una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- Fomentar una dieta terapéutica, para evitar complicaciones.
- Comentar los aspectos potenciales de la disfunción sexual, según corresponda.
- Enseñar las implicaciones de la terapia sobre la función sexual, incluyendo el marco temporal para el uso de anticonceptivos, según sea apropiado.
- Administrar medicaciones, si es necesario, para controlar los efectos secundarios (p. ej., antieméticos para las náuseas y los vómitos).
- Controlar el nivel de fatiga pidiéndole al paciente que la describa.
- Enseñar al paciente y a la familia técnicas para el manejo de la energía, según corresponda.
- Ayudar al paciente a controlar la fatiga con la planificación de períodos de descanso frecuentes, espaciar las actividades y limitar las demandas diarias, según corresponda.
- Fomentar el reposo inmediatamente después del tratamiento con radiación.
- Ayudar al paciente a conseguir niveles de confort adecuados con el uso de técnicas de manejo del dolor que sean efectivas y aceptables para él.
- Forzar la ingesta de líquidos para mantener la perfusión renal y la diuresis, según corresponda.
- Observar si hay indicios de infección del tracto urinario.
- Enseñar al paciente y a la familia los efectos de la terapia sobre la función de la médula ósea, según corresponda.
- Instruir al paciente y a la familia sobre las formas de prevenir la infección, como evitar multitudes, tener una buena higiene y técnicas para lavarse las manos, según corresponda.
- Observar si hay signos y síntomas de infección sistémica, anemia y hemorragia.
- Instaurar precauciones de neutropenia y hemorragia si está indicado.
- Facilitar la expresión de los sentimientos del paciente acerca del equipo de radioterapia, según corresponda.
- Facilitar la expresión de los temores acerca del pronóstico o éxito de los tratamientos con radiación.
- Proporcionar información concreta y objetiva relacionada con los efectos del tratamiento para reducir la incertidumbre, el miedo y la ansiedad del paciente sobre los síntomas relacionados con el tratamiento.
- Instruir a los supervivientes a largo plazo y a sus familias sobre la posibilidad de aparición de segundas neoplasias malignas y la importancia de avisar de la mayor sensibilidad a infección, fatiga o hemorragia.
- Poner en marcha y mantener la protección contra la radiación, de acuerdo con el protocolo del centro, para el paciente que recibe tratamiento de radiación interna (colocación de semillas de oro o agentes radiofarmacéuticos).
- Explicar los protocolos de protección contra la radiación al paciente, a la familia y a las visitas.
- Ofrecer actividades recreativas mientras el paciente se encuentra en la situación de protección contra la radiación.
- Limitar las horas de visita en la habitación, según cada caso.
- Limitar el tiempo del personal en la habitación si el paciente está aislado por precauciones contra la radiación.
- Alejarse uno mismo de las fuentes de radiación mientras se administran los cuidados (quedarse en la cabecera de la cama de pacientes con implantes uterinos), según corresponda.
- Protegerse con un delantal/escudo de plomo mientras se ayuda con los procedimientos que impliquen radiación.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Barsevick, A. M., Whitmer, K., Sweeney, C., & Nail, L. M. (2002). A pilot study examining energy conservation for cancer treatment-related fatigue. *Cancer Nursing*, *25*(5), 333-341.

Brooks-Brunn, J. A. (2000). Esophageal cancer: An overview. *MEDSURG Nursing*, *9*(5), 248-254.

Bruce, S. D. (2004). Radiation-induced xerostomia: How dry is your patient? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *8*(1), 61-67.

M

Christman, N. J., & Cain, L. B. (2004). The effects of concrete objective information and relaxation on maintaining usual activity during radiation therapy. *Oncology Nursing Forum, 31*(2), E39-E45.
Colella, J., & Scrofine, S. (2004). High-dose brachytherapy for treating prostate cancer: Nursing considerations. *Urologic Nursing, 24*(1), 39-44 52.
D'Haese, S., Bate, T., Claes, S., Boone, A., VanVoorden, V., & Efficace, F. (2005). Management of skin reactions during radiotherapy: A study of nursing practice. *European Journal of Cancer Care, 14*(1), 28-42.
Hogle, W. P. (2001). Pacing the standard of nursing practice in radiation oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 5*(6), 253-256 267-268.
Itano, J. K., & Taoka, K. T. (Eds.). (2005). *Core curriculum for oncology nursing* (4th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
Magnan, M. A., & Mood, D. W. (2003). The effects of health state, hemoglobin, global symptom distress, mood disturbance, and treatment site on fatigue onset, duration, and distress in patients receiving radiation therapy. *Oncology Nursing Forum, 30*(2), E33-E39.
Nail, L. M. (2002). Fatigue in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum, 29*(3), 537-546.
Smith, M., Casey, L., Johnson, D., Gwede, C., & Riggin, O. Z. (2001). Music as a therapeutic intervention for anxiety in patients receiving radiation therapy. *Oncology Nursing Forum, 28*(5), 855-862.
Yarbro, C. H., Frogge, M. H., & Goodman, M. (2005). *Cancer nursing: Principles and practice* (6th ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Manejo de la sedación 2260

Definición: Administración de sedantes, control de la respuesta del paciente y disposición del apoyo psicológico necesario durante el procedimiento diagnóstico o terapéutico.

Actividades:

- Revisar el historial del paciente y los resultados de las pruebas de diagnóstico para determinar si cumple con los criterios del centro para que se le administre sedación consciente por parte de una enfermera titulada.
- Preguntar al paciente o a la familia sobre cualquier experiencia anterior con la sedación consciente.
- Comprobar si existen alergias a fármacos.
- Determinar la última ingesta de alimentos y líquido.
- Revisar otros medicamentos que esté tomando el paciente y comprobar la ausencia de contraindicaciones para la sedación consciente.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre los efectos de la sedación consciente.
- Obtener el consentimiento escrito.
- Evaluar el nivel de consciencia del paciente y los reflejos de protección antes de proceder con la sedación consciente.
- Determinar los signos vitales basales, saturación de oxígeno, ECG, talla y peso.
- Asegurarse de que el equipo de reanimación de urgencia está disponible con facilidad, en concreto, una fuente para administrar O_2 al 100%, medicación de urgencia y un desfibrilador.
- Canalizar una vía i.v.
- Administrar medicación según prescripción médica o protocolo (con cuidado) y de acuerdo con la respuesta del paciente.
- Comprobar el nivel de consciencia y los signos vitales del paciente, saturación de oxígeno y ECG según los protocolos del centro.
- Observar si se producen efectos adversos como consecuencia de la medicación, como agitación, depresión respiratoria, hipotensión, somnolencia indebida, hipoxemia, arritmias, apnea o exacerbación de una afección preexistente.
- Asegurar la disponibilidad de antagonistas y administrarlos, según corresponda, de acuerdo con prescripción médica o protocolo.
- Determinar si el paciente cumple con los criterios de alta o traslado de unidad (escala de Aldrete), según protocolo del centro.
- Documentar las acciones y la respuesta del paciente, según la política del centro.
- Dar el alta o trasladar al paciente, según protocolo del centro.
- Proporcionar instrucciones de alta escritas, según protocolo del centro.

2.ª edición 1996; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

American Academy of Pediatrics (1992). Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures. *Pediatrics, 89*(6), 1110-1115.
Holzman, R. S., Cullen, D. J., Eichron, J. H., & Philip, J. J. (1994). Guidelines for sedation by nonanesthesiologists during diagnostic and therapeutic procedures. *Journal of Clinical Anesthesia, 6*(4), 265-276.
Karch, A. M. (2007). *2007 Lippincott's nursing drug guide*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Somerson, S. J., Husted, C. W., & Sicilia, M. R. (1995). Insights into conscious sedation. *American Journal of Nursing, 95*(6), 25-32.
Somerson, S. J., Somerson, S. W., & Sicilia, M. R. (1999). Conscious sedation. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 297-310). Philadelphia: W. B. Saunders.
Watson, D., & Kaempf, G. (1990). *Monitoring the patient receiving local anesthesia* (2nd ed.). Denver, CO: Association of Operating Room Nurses.

Manejo de la sensibilidad periférica alterada 2660

Definición: Prevenir o minimizar lesiones o molestias en pacientes con alteraciones de la sensibilidad.

Actividades:

- Comprobar la discriminación afilado/romo o calor/frío.
- Observar si hay parestesias: entumecimiento, hormigueos, hiperestesia e hipoestesia, así como el nivel de dolor.
- Animar al paciente a que utilice la parte corporal no afectada para determinar la temperatura de la comida, líquidos, agua del baño, etc.
- Animar al paciente a que utilice la parte corporal no afectada para identificar la localización y la textura de los objetos.
- Enseñar al paciente o a la familia a vigilar la posición de las partes corporales durante el baño, al sentarse, al acostarse o cambiar de posición.
- Enseñar al paciente o a la familia a examinar la piel a diario para determinar si hay alteraciones en su integridad.

- Vigilar el ajuste de los dispositivos de sujeción, prótesis, zapatos y vestimenta.
- Enseñar al paciente o a la familia a utilizar el termómetro para comprobar la temperatura del agua.
- Aconsejar el uso de guantes térmicos aislantes al manipular utensilios de cocina.
- Fomentar el uso de guantes u otras prendas de protección sobre la parte corporal afectada cuando esta está en contacto con objetos que puedan ser potencialmente peligrosos debido a sus características térmicas, de textura u otras.
- Evitar o vigilar atentamente el uso del calor o del frío, como compresas calientes, bolsa de agua caliente y compresas de hielo.
- Animar al paciente a que utilice zapatos flexibles, bien ajustados y de tacón bajo.
- Colocar el arco de cama sobre la parte afectada para evitar el contacto de la ropa con la zona alterada.
- Comprobar los zapatos, bolsillos y prendas para determinar arrugas u objetos extraños.
- Enseñar al paciente a utilizar intervalos de tiempo determinados, en vez de la aparición de molestias, como señal para cambiar la postura.
- Utilizar dispositivos de alivio de la presión, según corresponda.
- Proteger las partes corporales de cambios de temperaturas extremos.
- Inmovilizar la cabeza, cuello y espalda, según corresponda.
- Comprobar la capacidad de orinar o defecar.
- Establecer un medio de orinar, si se precisa.
- Establecer un medio de defecación, si se requiere.
- Administrar analgésicos, corticoides, anticomiciales, antidepresivos tricíclicos o anestésicos locales si es necesario.
- Observar si hay tromboflebitis y tromboembolia venosa.
- Comentar o identificar las causas de sensaciones anormales o cambios de sensibilidad.
- Enseñar al paciente a comprobar visualmente la posición de las partes corporales, si la propiocepción está alterada.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Bader, M. E., & Littlejohns, L. R. (Eds.). (2004). *AANN Core curriculum for neuroscience nursing* (4th ed.). New York, NY: W.B. Saunders.

Barker, E. (2008). *Neuroscience nursing: A spectrum of care* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Gore, M., Brandenburg, N. A., Dukes, E., Hoffman, D. L., Tai, K., & Stacey, B. (2005). Pain severity in diabetic peripheral neuropathy is associated with patient functioning, symptom levels of anxiety and depression, and sleep. *Journal of Pain and Symptom Management, 30*(4), 374-385.

Hickey, J. (2009). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Paice, J. A. (2009). Clinical challenges: Chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Seminars in Oncology Nursing, 25*(2 Suppl. 1), S8-S19.

Pugh, S., Mathiesen, C., Meighan, M., Summer, D., & Zrelak, P. (2008). *Guide to the care of the hospitalized patient with ischemic stroke.* (2nd ed., pp. 5-38). Glenview, IL: American Association of Neuroscience Nurses.

Ratliff, C., Tomaselli, N., Goldberg, M., Bonham, P., Crawford, P., Flemister, B., Johnson, J., Kelechi, T., & Varnado, M. (2010). *Guideline for prevention and management of pressure ulcers.* Mt. Laurel, NJ: Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society.

Smith, C. M., & Cotter, V. (2008). Age-related changes in health. In E. Capezuti, D. Zwicker, M. Mezey, & T. Fulmer (Eds.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (3rd ed., pp. 431-458). New York: Springer.

M

Manejo de la tecnología 7880

Definición: Uso de equipo y dispositivos técnicos para monitorizar el estado del paciente o mantener la vida.

Actividades:

- Cambiar o reemplazar el equipo de cuidados del paciente, según protocolo.
- Proporcionar un equipo de reserva, según corresponda.
- Mantener el equipo en buenas condiciones de funcionamiento.
- Arreglar el equipo que no funcione correctamente.
- Poner a cero y calibrar el equipo, según corresponda.
- Mantener el equipo de emergencia en un sitio adecuado y de fácil accesibilidad.
- Asegurar una toma de tierra adecuada de los equipos electrónicos.
- Enchufar los equipos en tomas eléctricas conectadas a una fuente de alimentación de emergencia.
- Disponer la comprobación periódica de los equipos por medio de bioingeniería, si es el caso.
- Recargar las baterías del equipo de cuidados portátil del paciente.
- Ajustar los límites de alarma del equipo, según corresponda.
- Responder a las alarmas de los equipos adecuadamente.
- Consultar con otros miembros del equipo de cuidados y recomendar equipos/dispositivos para uso del paciente.
- Utilizar las alteraciones de los datos derivados de una máquina como estímulo para la reevaluación del paciente.
- Verificar los datos del paciente descargados de dispositivos biomédicos a la historia clínica electrónica.
- Integrar el apoyo de decisiones clínicas para notificar y recordar al cuidador las anomalías clínicos y los riesgos potenciales.
- Mostrar resúmenes clínicos y análisis de tendencias de los datos pertinentes relacionados con el paciente.
- Calcular las puntuaciones de instrumentos de evaluación de la asistencia sanitaria válidos y fiables.
- Comparar los datos derivados de la máquina con la percepción que tiene la enfermera del estado del paciente.
- Explicar los riesgos y beneficios potenciales del uso de esta tecnología.
- Facilitar la obtención del consentimiento autorizado, cuando proceda.
- Colocar el equipo de la cabecera del paciente de forma estratégica para facilitar el acceso por parte del paciente y para evitar caídas de los tubos y cables.
- Conocer el equipo y dominar su uso.
- Enseñar al paciente y a la familia a manejar el equipo, según corresponda.
- Explicar al paciente y a la familia los resultados esperados del paciente y los efectos secundarios asociados con el uso del equipo.
- Facilitar la toma de decisiones éticas relacionadas con la utilización de tecnologías de mantenimiento de la vida y de soporte vital, según cada caso.
- Mostrar a los miembros de la familia la forma de comunicarse con el paciente conectado al equipo de soporte vital.
- Facilitar la interacción entre la familia y el paciente que recibe terapia de soporte vital.

- Vigilar el efecto que tiene la utilización del equipo sobre el funcionamiento fisiológico, psicológico y social del paciente y de la familia.
- Comprobar la eficacia de la tecnología en los resultados del paciente.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Brokel, J. M., Schwichtenberg, T. J., Wakefield, D. S., Ward, M. M., Shaw, M. G., & Kramer, J. M. (2011). Evaluating clinical decision support rules as an intervention in clinician workflows with technology. *CIN: Computers, Informatics, Nursing, 29*(1), 36-42.

Dorr, D. A., Wilcox, A. B., Brunker, C. P., Burdon, R. E., & Donnelly, S. M. (2008). The effect of technology-supported, multidisease care management on the mortality and hospitalization of seniors. *The American Geriatrics Society, 56*(12), 2195-2202.

Gibson, F., Aldiss, S., Taylor, R. M., Maguire, R., McCann, L., Sage, M., & Kearney, N. (2010). Utilization of the medical research council evaluation framework in the development of technology for symptom management. *Cancer Nursing, 33*(5), 343-352.

Mahlmeister, L. R. (2010). Human factors and error in perinatal care: The interplay between nurses, machines, and the work environment. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 24*(1), 12-21.

Manejo de la tecnología reproductiva 7886

Definición: Ayudar a un paciente en las etapas de un tratamiento de infertilidad complejo.

Actividades:

- Informar acerca de las diversas modalidades de tratamiento (inseminación intrauterina, fecundación *in vitro*-transferencia de embriones [FIV-TE], transferencia intratubárica de gametos [TIG], transferencia intratubárica de cigotos [TIC], esperma de donante, ovocitos de donante, portadora gestacional y madre sustituta).
- Comentar los dilemas éticos antes de iniciar una modalidad de tratamiento particular.
- Explorar los sentimientos acerca de la tecnología de reproducción asistida (ovocito o esperma de donante conocido frente a donante anónimo, embriones congelados, reducción selectiva y uso de un útero huésped).
- Remitir a asesoramiento preconcepcional, si es necesario.
- Instruir acerca de las técnicas de predicción y detección de la ovulación (temperatura basal y análisis de orina).
- Instruir en la administración de estimulantes ovulatorios.
- Programar las pruebas, en función del ciclo menstrual, si es necesario.
- Coordinar las actividades del equipo multidisciplinar para el proceso de tratamiento.
- Ayudar a las personas de otras ciudades a conseguir alojamiento mientras participan en el programa.
- Proporcionar información a los donantes de gametos y sus parejas.
- Colaborar con el equipo de fecundación *in vitro* en el análisis y selección de los donantes de gametos.
- Explorar las cuestiones psicosociales que implica la donación de gametos antes de la administración de medicamentos analgésicos.
- Coordinar la sincronización de los ciclos hormonales de la donante y la receptora.
- Extraer muestras para la determinación endocrina.
- Realizar ecografías para determinar el crecimiento folicular.
- Participar en las reuniones de equipo para correlacionar los resultados de las pruebas en la evaluación de la madurez de los ovocitos.
- Preparar el equipo para la recuperación de ovocitos.
- Ayudar en la congelación y conservación de los embriones, según se indique.
- Ayudar en los procedimientos de fecundación.
- Preparar a la paciente para la transferencia del embrión.
- Proporcionar orientación anticipatoria acerca de las reacciones emocionales típicas, incluidos los extremos de angustia y euforia.
- Explicar los riesgos, incluida la probabilidad de aborto, embarazo ectópico e hiperestimulación ovárica.
- Informar de las precauciones contra el embarazo ectópico.
- Informar acerca de los síntomas de hiperestimulación ovárica que deben notificarse.
- Realizar las pruebas de embarazo.
- Ofrecer apoyo para el proceso de duelo que se produce con el fracaso de la implantación.
- Programar el seguimiento de la medicación, pruebas y exámenes por ecografía.
- Ayudar en la monitorización hormonal y ecográfica de la primera etapa del embarazo.
- Remitir para recibir consejo genético, relacionado con edad materna en el momento de la concepción, si fuese necesario.
- Remitir a grupos de apoyo de infertilidad, si es preciso.
- Realizar el seguimiento de pacientes que hayan interrumpido el tratamiento debido a un embarazo, adopción o por haber tomado la decisión de no tener hijos.
- Ayudar a los pacientes a centrarse en áreas de éxito de su vida no relacionadas con el estado de fertilidad.
- Comentar métodos para asegurar el puesto de trabajo en razón de las necesarias ausencias durante el tratamiento.
- Proporcionar asesoramiento acerca de cuestiones económicas y seguros.
- Informar de los resultados del tratamiento al registro nacional.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Burns, L. (2012). Dealing with emotional distress following failed IVF. In K. Sharif, & A. Coomarasamy (Eds.), *Assisted reproduction techniques: Challenges and management options* (pp. 417-420). West Sussex, United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Hoffman, B., Schorge, J., Schaffer, J., Halvorson, L., Bradshaw, K., & Cunningham, F. (2012). Treatment of the infertile couple. In *Williams gynecology* (2nd ed., pp. 529-553). New York, NY: McGraw-Hill.

Lobo, R. (2012). Infertility. In G. Lentz, R. Lobo, D. Gershenson, & V. Katz (Eds.), *Comprehensive gynecology* (6th ed., pp. 869-895). Philadelphia, PA: Elsevier Mosby.

Wright, P., & Johnson, J. (2008). Infertility. In R. Gibbs, B. Karlan, A. Haney, & I. Nygaard (Eds.), *Danforth's obstetrics and gynecology* (10th ed., pp. 705-715). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

M

Manejo de la terapia electroconvulsiva 2570

Definición: Ayuda en la aplicación segura y eficaz de terapia electroconvulsiva (TEC) en el tratamiento de una enfermedad psiquiátrica.

Actividades:

- Animar al paciente (y a los allegados, según corresponda) a expresar los sentimientos respecto a la posibilidad de tratamiento con TEC.
- Explicar el tratamiento al paciente y/o allegados.
- Dar apoyo emocional al paciente y/o familiares, si se considera necesario.
- Asegurarse de que el paciente (o el representante legal designado si el paciente no está capacitado para dar su consentimiento informado) comprende adecuadamente la TEC cuando el médico solicita el consentimiento informado para administrar TEC.
- Confirmar que haya una orden por escrito y el consentimiento firmado para la TEC.
- Anotar la altura y el peso del paciente en la historia clínica.
- Interrumpir o disminuir las medicaciones contraindicadas para la TEC por prescripción médica.
- Revisar las instrucciones de medicación con el paciente ambulatorio que recibirá TEC.
- Informar al médico de cualquier anomalía de los resultados analíticos del paciente.
- Asegurarse de que el paciente que recibe TEC ha seguido los requisitos de dieta absoluta y las instrucciones de las medicaciones tal como haya prescrito el médico.
- Ayudar al paciente a vestirse con ropa holgada (es decir, preferentemente un pijama de hospital) que pueda abrirse por delante para permitir la colocación del equipo de monitorización.
- Realizar la preparación preoperatoria rutinaria (p. ej., retirar la dentadura postiza, joyas, gafas, lentes de contacto; obtener los signos vitales; hacer evacuar al paciente).
- Al preparar la colocación de los electrodos, asegurarse de que el paciente lleva el pelo limpio, seco y sin adornos.
- Antes y después del procedimiento en pacientes insulinodependientes, obtener una lectura rápida de glucemia en ayunas.
- Asegurarse de que el paciente lleva la pulsera identificativa.
- Antes y durante el tratamiento administrar la medicación prescrita por el médico.
- Documentar los aspectos específicos de la preparación previa al tratamiento.
- Comunicar verbalmente signos vitales no habituales, molestias/síntomas físicos, incidentes inusuales a la enfermera de la TEC o al psiquiatra de la TEC antes del tratamiento.
- Ayudar al equipo terapéutico a colocar los electrodos de los diferentes monitores (p. ej., EEG, ECG) y del equipo de monitorización (p. ej., pulsioxímetro, manguito de presión arterial, estimulador nervioso periférico) en el paciente.
- Colocar en la boca del paciente un protector dental y apoyar el mentón permitiendo la permeabilidad de las vías aéreas durante la aplicación del estímulo eléctrico.
- Documentar el tiempo transcurrido, así como el tipo y la cantidad de movimiento, durante la convulsión.
- Documentar los datos relacionados con el tratamiento (p. ej., medicaciones administradas, respuesta del paciente).
- Colocar al paciente inconsciente de lado en la camilla con las barandillas laterales elevadas.
- Realizar las valoraciones postoperatorias rutinarias (p. ej., monitorizar los signos vitales, estado mental, pulsioxímetro, ECG).
- Administrar oxígeno, si está prescrito.
- Aspirar las secreciones orofaríngeas, si es necesario.
- Administrar líquidos intravenosos, si está prescrito.
- Dar cuidados de apoyo y control de la conducta para la desorientación y la agitación postictal.
- Avisar al anestesista o al psiquiatra de la TEC si el estado del paciente se desestabiliza o si no se recupera como se esperaba.
- Documentar los cuidados proporcionados y la respuesta del paciente.
- Observar al paciente en la zona de reanimación hasta que esté totalmente despierto, orientado en el tiempo y el espacio y sea capaz de realizar de manera independiente actividades de autocuidado.
- Ayudar al paciente, cuando esté adecuadamente alerta, orientado y físicamente estable, a volver a la unidad de enfermería o a otra zona de recuperación.
- Informar del tratamiento y de la respuesta del paciente al tratamiento al personal de enfermería que recibe al paciente post-TEC.
- Determinar el nivel de observación que precisa el paciente una vez vuelve a la unidad o a la zona de recuperación.
- Observar al paciente en la unidad de enfermería o la zona de recuperación, según precise.
- Establecer precauciones para caídas, si es necesario.
- Observar al paciente la primera vez que intente deambular para asegurarse que ha recuperado completamente el control muscular después de haber recibido un relajante muscular durante la TEC.
- Antes de administrar medicación oral, alimentos o líquidos, asegurarse de que el paciente ha recuperado el reflejo nauseoso.
- Observar los posibles efectos secundarios de la TEC en el paciente (p. ej., dolor muscular, cefalea, náuseas, confusión, desorientación).
- Administrar medicaciones (p. ej., analgésicos, antieméticos), según prescripción para los efectos secundarios del tratamiento.
- Tratar la desorientación mediante la restricción de estímulos ambientales y reorientando con frecuencia al paciente.
- Animar al paciente a expresar sus sentimientos respecto a la experiencia de la TEC.
- Recordar al paciente amnésico que ha recibido TEC.
- Proporcionar apoyo emocional al paciente, si es necesario.
- Reforzar la enseñanza sobre la TEC con el paciente y los familiares, según corresponda.
- Informar a los allegados del estado del paciente, según corresponda.
- Dar de alta al paciente que ha recibido TEC acompañado de un adulto responsable cuando el paciente esté recuperado del tratamiento según el protocolo del centro.
- Colaborar con el equipo terapéutico para evaluar la eficacia de la TEC (p. ej., estado de ánimo, estado cognitivo) y modificar el plan de tratamiento del paciente, si es necesario.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

American Psychiatric Association. (2001). *The practice of electroconvulsive therapy. Recommendations for treatment, training, and privileging:* A task force report of the American Psychiatric Association (2nd ed.). Washington, DC: Author.

Frisch, N. C. (2002). Complementary and somatic therapies. In N. C. Frisch, & L. E. Frisch (Eds.), *Psychiatric mental health nursing* (2nd ed., pp. 743-757). Albany, NY: Delmar.

Scott, C. M. (2000). Mood disorders. In V. B. Carson (Ed.), *Mental health nursing. The nurse-patient journey* (pp. 679-720). Philadelphia: W. B. Saunders.
Sherr, J. (2000). Psychopharmacology and other biologic therapies. In K. M. Fortinash, & P. A. Holoday-Worret (Eds.), *Psychiatric mental health nursing* (pp. 536-571). St. Louis: Mosby.
Stuart, G. (1998). Somatic therapies. In G. W. Stuart, & M. T. Laraia (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (6th ed., pp. 604-617). St. Louis: Mosby.
Townsend, M. C. (2000). *Psychiatric mental health nursing. Concepts of care* (3rd ed., pp. 283-290). Philadelphia, PA: F.A. Davis.
University of Iowa Hospital & Clinics, Department of Nursing. (2001). *Electroconvulsive therapy—Pre-treatment.* Behavioral Health Service (BHS)—Psychiatric. Section II (7-10, 12). Iowa City, IA: Author.

Manejo de la terapia trombolítica 4270

Definición: Recogida y análisis de datos del paciente para ofrecer una provisión rápida adecuada y segura de un fármaco que disuelva un trombo.

Actividades:

- Comprobar la identidad del paciente.
- Obtener la historia de la enfermedad actual y los antecedentes médicos.
- Realizar una exploración física (p. ej., aspecto general, frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura, grado de dolor, talla y peso).
- Explicar todos los procedimientos al paciente y los allegados.
- Permitir que haya alguien al lado del paciente, si es posible.
- Obtener una pulsioximetría y aplicar oxígeno, si es adecuado.
- Realizar una evaluación dirigida del sistema que esté indicado por la historia de la enfermedad actual.
- Realizar un ECG de 12 derivaciones, según corresponda.
- Iniciar una vía intravenosa y obtener muestras de sangre para análisis.
- Obtener una tomografía computarizada craneal urgente, según corresponda.
- Realizar una gammagrafía de ventilación/perfusión, según corresponda.
- Considerar las directrices para determinar si el paciente es candidato (p. ej., criterios de inclusión y de exclusión para el tratamiento).
- Determinar si el paciente recibirá el tratamiento.
- Obtener el consentimiento informado.
- Preparar la terapia trombolítica si está indicada.
- Obtener otra vía de acceso intravenosa.
- Evitar la obtención de muestras arteriales para prevenir complicaciones hemorrágicas.
- Preparar trombolíticos según protocolo del centro.
- Administrar trombolíticos según las pautas específicas de administración.
- Administrar medicaciones adicionales, según prescripción.
- Monitorizar continuamente el ritmo cardíaco, los signos vitales, el grado de dolor, los ruidos cardiorrespiratorios, el nivel de consciencia, la perfusión periférica, las entradas y salidas, el cambio del estado neurológico y la resolución de síntomas, según las indicaciones.
- Observar los signos de hemorragia.
- Realizar otras pruebas radiológicas, si está indicado (p. ej., radiografía de tórax).
- Preparar para iniciar medidas de soporte vital básico y avanzado, si está indicado.
- Preparar para el traslado para recibir los cuidados definitivos (p. ej., laboratorio de cateterismo cardíaco, UCI).

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Emergency Nurses Association (1994). *Standards of emergency nursing practice* (4th ed.). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
Emergency Nurses Association (2000). *Emergency nursing core curriculum* (5th ed.). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
Hazinski, M. F., Cummins, R. O., & Field, J. M. (Eds.). (2002). *2000 handbook of emergency cardiovascular care for healthcare providers.* Dallas, TX: American Heart Association.
Lacy, C. F., Armstrong, L. L., Goldman, M. P., & Lance, L. L. (2005). *Drug information handbook* (13th ed.). Hudson, OH: Lexi-Comp.

Manejo de la ventilación mecánica: invasiva 3300

Definición: Ayudar al paciente a recibir soporte respiratorio artificial a través de un dispositivo insertado en la tráquea.

Actividades:

- Controlar 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).
- Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente.
- Consultar con otros profesionales sanitarios para la selección del modo del ventilador (modo inicial habitualmente de control de volumen especificando la frecuencia respiratoria, nivel de FIO_2 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 ventilador están conectadas.
- Explicar al paciente y a la familia las razones y las sensaciones esperadas asociadas al uso de respiradores mecánicos.

- Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado.
- Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador.
- Observar si se producen un descenso del volumen espirado y un aumento de la presión inspiratoria.
- Administrar los agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos que sean apropiados.
- Controlar las actividades que aumentan el consumo de O_2 (fiebre, escalofríos, crisis comiciales, dolor o actividades básicas de enfermería) que puedan desbordar los ajustes de soporte ventilatorio y causar una desaturación de O_2.
- Controlar los factores que aumentan el trabajo respiratorio del paciente/ventilador (obesidad mórbida, embarazo, ascitis masiva, cabecera de la cama bajada, tubo endotraqueal mordido, condensación en los tubos del ventilador, filtros obstruidos).
- Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria, hipertensión, diaforesis, cambios del estado mental).
- Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente.
- Poner en marcha técnicas de relajación, según corresponda.
- Proporcionar cuidados para aliviar las molestias del paciente (p. ej., posición, limpieza traqueobronquial, terapia broncodilatadora, sedación y/o analgesia, comprobaciones frecuentes del equipo).
- Proporcionar medios de comunicación al paciente (papel y lápiz o tablilla alfabética).
- Vaciar el agua condensada de los colectores de agua.
- Asegurarse de cambiar los circuitos del ventilador cada 24 horas.
- Utilizar una técnica antiséptica en todos los procedimientos de succión, según correspondan.
- Vigilar las lecturas de presión del ventilador, la sincronía paciente/ventilador y el murmullo vesicular del paciente.
- Realizar aspiración, en función de la presencia de sonidos adventicios y/o aumento de las presiones inspiratorias.
- Controlar la cantidad, color y consistencia de las secreciones pulmonares, y documentar los resultados periódicamente.
- Detener la alimentación nasogástrica durante la aspiración y de 30 a 60 minutos antes de la fisioterapia torácica.
- Silenciar las alarmas del ventilador durante la aspiración para disminuir la frecuencia de falsas alarmas.
- Vigilar el progreso del paciente con los ajustes de ventilador actuales y realizar los cambios apropiados según orden médica.
- Observar si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica (p. ej., desviación traqueal, infección, barotraumatismo, volutrauma, gasto cardíaco reducido, distensión gástrica, enfisema subcutáneo).
- Controlar la lesión de la mucosa bucal, nasal, traqueal o laríngea por presión de las vías aéreas artificiales, presión elevada del balón o extubaciones no programadas.
- Utilizar soportes de tubos comercializados en vez de esparadrapo o tiras para fijar las vías aéreas artificiales, con el fin de prevenir extubaciones no programadas.
- Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/perfusión («el pulmón bueno abajo»), según corresponda.
- Colaborar con el médico en el uso de CPAP o PEEP para minimizar la hipoventilación alveolar, si es el caso.
- Colaborar rutinariamente con el médico y el fisioterapeuta respiratorio para coordinar los cuidados y ayudar al paciente a tolerar el tratamiento.
- Realizar la fisioterapia torácica, cuando corresponda.
- Fomentar una ingesta adecuada de líquidos y nutricional.
- Fomentar las evaluaciones rutinarias para los criterios de destete (p. ej., estabilidad hemodinámica, cerebral, metabólica, resolución del trastorno que promovió la intubación, capacidad de mantener permeable la vía aérea, capacidad de iniciar el esfuerzo respiratorio).
- Establecer el cuidado bucal de forma rutinaria con gasas blandas húmedas, antiséptico y succión suave.
- Monitorizar los efectos de los cambios del ventilador sobre la oxigenación: gasometría arterial, SaO_2, SvO_2, CO_2 teleespiratorio, Qsp/Qt y A-aDO_2, así como la respuesta subjetiva del paciente.
- Monitorizar el grado de cortocircuito, capacidad vital, Vd/Vt, VVM, fuerza inspiratoria y VEMS para determinar si el paciente está listo para el destete de la ventilación mecánica, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Documentar todos los cambios de ajustes del ventilador con una justificación de los mismos.
- Documentar todas las respuestas del paciente al ventilador y los cambios del ventilador (p. ej., observación del movimiento/auscultación del tórax, cambios radiológicos, cambios en las gasometrías arteriales).
- Controlar las complicaciones postextubación (p. ej., estridor, edema de glotis, laringoespasmo, estenosis traqueal).
- Asegurar la presencia del equipo de emergencia a la cabecera del paciente en todo momento (p. ej., bolsa de reanimación manual conectada a oxígeno, mascarillas, equipo/suministros de succión) incluidos los preparativos necesarios si se producen caídas de tensión eléctrica.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

American Heart Association (2005). 2005 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation, 112*(24 Suppl.), IV-1-IV-211.

Fenstermacher, D., & Hong, D. (2004). Mechanical ventilation: What have we learned? *Critical Care Nursing Quarterly, 27*(3), 258-294.

Knipper, J. S., & Alpen, M. A. (1992). Ventilatory support. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (2nd ed., pp. 531-543). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Manno, M. S. (2005). Managing mechanical ventilation. *Nursing, 2005, 35*(12), 36-42.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). In *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (Vol. 1). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Wiegand, D., & Carlson, K. (Eds.). (2005). *AACN procedure manual for critical care* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

M

Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva

Definición: Ayudar al paciente que recibe soporte respiratorio artificial que no necesita la introducción de un dispositi en la tráquea.

Actividades:

- Controlar las condiciones que indican la idoneidad de un soporte ventilatorio no invasivo (p. ej., exacerbaciones agudas de EPOC, asma, edema pulmonar no cardiogénico y cardiogénico, insuficiencia respiratoria aguda por neumonía extrahospitalaria, síndrome de hipoventilación con obesidad, apnea obstructiva del sueño).
- Controlar las contraindicaciones del soporte ventilatorio no invasivo (p. ej., inestabilidad hemodinámica, parada cardiovascular o respiratoria, angina inestable, infarto agudo de miocardio, hipoxemia refractaria, acidosis respiratoria grave, nivel de consciencia disminuido, problemas con la fijación/colocación del equipo no invasivo, traumatismo facial, incapacidad para colaborar, obesidad mórbida, secreciones espesas o hemorragia).
- Consultar con otros profesionales sanitarios al seleccionar un tipo de ventilador no invasivo (p. ej., presión limitada [BiPAP], regulado por flujo y ciclada por volumen o CPAP).
- Consultar con otros profesionales sanitarios y el paciente para seleccionar un dispositivo no invasivo (p. ej., mascarilla nasal o facial, tapones nasales, almohadillas nasales, casco, boquilla).
- Obtener la evaluación corporal completa basal del paciente al inicio y con cada cambio de cuidador.
- Enseñar al paciente y a la familia la justificación y las sensaciones esperadas asociadas al uso de ventiladores y dispositivos mecánicos no invasivos.
- Colocar al paciente en una posición de semi-Fowler.
- Aplicar el dispositivo no invasivo asegurando un ajuste adecuado y evitar grandes fugas de aire (cuidado especial en pacientes desdentados o con barba).
- Aplicar protección facial para evitar daño por presión en la piel, si es necesario.
- Iniciar la configuración y la aplicación del ventilador.
- Observar continuamente al paciente en la primera hora después de la aplicación para evaluar la tolerancia.
- Asegurar que las alarmas del respirador están conectadas.
- Controlar de forma rutinaria los parámetros del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado.
- Controlar periódicamente todas las conexiones del ventilador.
- Controlar si se produce un descenso de volumen exhalado y un aumento de la presión inspiratoria.
- Controlar las actividades que aumentan el consumo de O_2 (fiebre, escalofríos, crisis comiciales, dolor o actividades básicas de enfermería) que pueden desbordar los ajustes de soporte del ventilador y causar una desaturación de O_2.
- Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria, hipertensión, diaforesis, cambios del estado mental).
- Controlar la efectividad de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente.
- Iniciar técnicas de relajación, si es adecuado.
- Asegurar períodos de reposo diarios (p. ej., 15-30 minutos cada 4-6 horas).
- Proporcionar cuidados para aliviar las molestias del paciente (p. ej., cambios posturales; tratar los efectos secundarios como rinitis, sequedad faríngea o epistaxis; administrar sedación y/o analgesia; comprobaciones frecuentes del equipo; lavado o cambio del dispositivo no invasivo).
- Proporcionar al paciente medios de comunicación (p. ej., papel y lápiz, un tablero alfabético).
- Vaciar el agua condensada de los colectores de agua.
- Asegurar el cambio de los circuitos del ventilador cada 24 horas.
- Utilizar una técnica aséptica, según corresponda.
- Controlar la sincronía paciente-ventilador, así como el murm vesicular del paciente.
- Controlar la evolución del paciente con los ajustes actuales ventilador y hacer cambios adecuados, según prescripción.
- Controlar los efectos adversos (p. ej., irritación ocular, del cencia de la piel, vías respiratorias ocluidas por desplazamie mandibular con mascarilla, disnea, ansiedad, claustrofobia, tensión gástrica).
- Controlar la lesión de la mucosa bucal, nasal, traqueal o larín
- Controlar la cantidad, color y consistencia de las secreció pulmonares, y documentar los resultados periódicamente.
- Colaborar rutinariamente con el médico y el fisioterapeuta piratorio para coordinar los cuidados y ayudar al pacien tolerar el tratamiento.
- Realizar fisioterapia torácica, según sea apropiado.
- Potenciar la ingesta adecuada de líquidos y nutricional.
- Potenciar las evaluaciones rutinarias para los criterios de des (p. ej., resolución del trastorno que promovió la ventilac capacidad de mantener un esfuerzo respiratorio adecuado).
- Proporcionar los cuidados bucales de rutina con gasas blan húmedas, antiséptico y succión suave.
- Documentar todos los cambios de ajustes del ventilador con justificación de los mismos.
- Documentar todas las respuestas del paciente al ventilad los cambios del ventilador (p. ej., observación del movimie auscultación del tórax, cambios radiológicos, cambios en gasometrías arteriales).
- Asegurar la presencia del equipo de emergencia a la cabecera paciente en todo momento (p. ej., bolsa de reanimación ma conectada a oxígeno, mascarillas, equipo/suministros de succ incluidos los preparativos necesarios si se producen caída tensión eléctrica.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculu critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saun Elsevier.

American Heart Association (2005). 2005 American Heart Association delines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovas care. *Circulation, 112*(24 Suppl.), IV-1-IV-211.

Fenstermacher, D., & Hong, D. (2004). Mechanical ventilation: What ha learned? *Critical Care Nursing Quarterly, 27*(3), 258-294.

Knipper, J. S., & Alpen, M. A. (1992). Ventilatory support. In G. M. Bule & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatm* (2nd ed., pp. 531-543). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Manno, M. S. (2005). Managing mechanical ventilation. *Nursing 2005, 35* 36-42.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of me surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wil

Stoltzfus, S. (2006). The role of noninvasive mechanical ventilation: CPA BiPAP in the treatment of congestive heart failure. *Dimensions of Cr Care Nursing, 25*(2), 66-70.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nu Diagnosis and management* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Wiegand, D., & Carlson, K. (Eds.). (2005). *AACN procedure manual for cr care* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Manejo de la ventilación mecánica: prevención de la neumonía 3304

Definición: Cuidados de un paciente con riesgo de desarrollar una neumonía asociada al ventilador.

Actividades:

- Lavarse las manos antes y después de los cuidados del paciente, sobre todo después de vaciar los líquidos del circuito del ventilador.
- Usar guantes y equipo/ropa de protección para el cuidado bucal y cambiar los guantes para evitar la contaminación cruzada durante la higiene bucal.
- Monitorizar la cavidad oral, labios, lengua, mucosa bucal y el estado de los dientes.
- Monitorizar la cavidad oral en busca de placa dental, inflamación, hemorragia, candidiasis, exudados purulentos, cálculos y tinción.
- Cepillar los dientes y la lengua con dentífrico o un colutorio bucal antiséptico, mediante movimientos circulares con un cepillo suave o un cepillo de aspiración.
- Aclarar el cepillo de dientes después de cada uso y cambiar a intervalos regulares.
- Cepillar suavemente la encía en pacientes desdentados.
- Ayudar en la aplicación de un agente desbridante o colutorio bucal en las encías, los dientes y la lengua con una torunda, según el protocolo del centro.
- Usar lavados con agua en lugar de un agente desbridante en pacientes con mucositis o alteración de la mucosa oral.
- Ayudar con el lavado mediante torunda en perpendicular a la línea de las encías aplicando una presión suave para ayudar a facilitar la eliminación de detritos y moco.
- Considerar el uso de un antiséptico con povidona yodada oral en pacientes con traumatismo craneoencefálico grave.
- Consulte al odontólogo, si es necesario.
- Aplicar una crema hidratante oral en la mucosa oral y los labios, según sea necesario.
- Facilitar el uso de una cánula de Yankauer o succión suave para el cuidado oral, según sea necesario.
- Facilitar la aspiración subglótica antes de recolocar al paciente en decúbito supino (cama, silla, viaje por carretera), la recolocación del tubo endotraqueal (ET) y el desinflado del balón del tubo ET.
- Aspirar la tráquea, la cavidad oral y, a continuación, la nasofaringe para eliminar las secreciones por encima del balón del tubo ET con el fin de disminuir el riesgo de aspiración.
- Lavar la cánula de Yankauer y las sondas de aspiración profunda después de cada uso y cambiar todos los días.
- Considerar el uso de la aspiración y drenaje subglóticos continuos con tubos ET diseñados específicamente en pacientes que llevan más de 72 horas con ventilación mecánica.
- Mantener el cabecero de la cama elevado a 30-45°, salvo que esté contraindicado (p. ej., inestabilidad hemodinámica), sobre todo durante la alimentación por sonda enteral.
- Girar al paciente con frecuencia (por lo menos cada 2 horas).
- Facilitar la interrupción diaria de la sedación, consultando con el equipo médico.
- Considerar el uso de un tubo ET con balón que tenga aspiración en línea o subglótica.
- Mantener una presión del balón del tubo ET de al menos 20 cmH_2O.
- Controlar la profundidad del tubo ET.
- Considerar el uso de la intubación oral en lugar de nasal.
- Mantener las cintas del tubo ET limpias y secas.
- Monitorizar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicosocial del paciente.
- Comprobar todas las conexiones del ventilador con regularidad.
- Monitorizar diariamente si hay signos de que el paciente está listo para la extubación.
- Monitorizar si el paciente presenta signos y síntomas de infección respiratoria (p. ej., inquietud, tos, fiebre, aumento del ritmo cardíaco, cambios de las secreciones, leucocitosis, infiltrados en la radiografía de tórax).
- Monitorizar y documentar la saturación de oxígeno.
- Evitar los agentes bloqueantes del receptor de histamina y los inhibidores de la bomba de protones, a menos que el paciente tenga un riesgo elevado de desarrollar una úlcera de estrés.
- Enseñar al paciente y a la familia la rutina de los cuidados orales.

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Cason, C. L., Tyner, T., Saunders, S., & Broome, L. (2007). Nurses' implementation of guidelines for ventilator-associated pneumonia from the Centers for Disease Control and Prevention. *American Journal of Critical Care, 16*(1), 28-36.

Chan, E. Y., Ruest, A., Meade, M., & Cook, D. J. (2007). Oral decontamination for prevention of pneumonia in mechanically ventilated adults: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal, 334*(7599), 889.

Efraiti, S., Deutsch, I., Antonelli, M., Hockey, P., Rozenblum, R., & Gurman, G. M. (2010). Ventilator-associated pneumonia: Current status and future recommendations. *Journal of Clinical Monitoring and Computing, 24*(2), 161-168.

Munro, C. L., Grap, M. J., Jablonski, R., & Boyle, A. (2006). Oral health measurement in nursing research: State of the science. *Biological Research for Nursing, 8*(1), 35-42.

Muscadere, J., Dodek, P., Keenan, S., Fowler, R., Cook, D., & Heyland, D. (2008). Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for ventilator-associated pneumonia: Prevention. *Journal of Critical Care, 23*(1), 126-137.

Pineda, L. A., Saliba, R. G., & El Solh, A. A. (2006). Effect of oral decontamination with chlorhexidine on the incidence of nosocomial pneumonia: A meta-analysis. *Critical Care, 10*(1), R35.

Tablan, O., Anderson, L., Besser, R., Bridges, C., & Hajjeh, R. (2003). *Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia.* Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

Tolentino-Delosreyes, A., Ruppert, S., & Shiao, S. (2007). Evidence-based practice: Use of the ventilator bundle to prevent ventilator-associated pneumonia. *American Journal of Critical Care, 16*(1), 20-27.

M

Manejo de la vía aérea 3140

Definición: Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.

Actividades:

- Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o pulsión mandibular, según corresponda.
- Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación.
- Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de vías aéreas.
- Insertar una vía aérea oral o nasofaríngea, según corresponda.
- Realizar fisioterapia torácica, si está indicado.
- Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión.
- Fomentar una respiración lenta y profunda, girándose y tosiendo.
- Utilizar técnicas divertidas para estimular la respiración profunda en los niños (hacer pompas de jabón; soplar un silbato, armónica, globos; hacer un concurso soplando pelotas de pimpón, plumas, etc.).
- Enseñar a toser de manera efectiva.
- Ayudar al paciente con la espirometría incentivada, según corresponda.
- Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.
- Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal, según corresponda.
- Administrar broncodilatadores, según corresponda.
- Enseñar al paciente a utilizar los inhaladores prescritos, si es el caso.
- Administrar tratamientos con aerosol, si está indicado.
- Administrar tratamientos con nebulizador ultrasónico, según corresponda.
- Administrar aire u oxígeno humidificados, según corresponda.
- Extraer cuerpos extraños con pinzas de McGill, según corresponda.
- Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio hídrico.
- Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea.
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses (1998). *Core curriculum for critical care nursing* (5th ed.). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Racht, E. M. (2002). 10 pitfalls in airway management: How to avoid common airway management complications. *JEMS: Journal of Emergency Medical Services, 27*(3), 28-34 36-38, 40-42.

M

Manejo de las alucinaciones 6510

Definición: Estimulación de la sensación de seguridad, comodidad y orientación en la realidad de un paciente que experimenta alucinaciones.

Actividades:

- Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente.
- Vigilar y regular el nivel de actividad y estimulación en el ambiente.
- Mantener un ambiente de seguridad.
- Proporcionar el nivel de supervisión adecuado para controlar al paciente.
- Registrar las conductas del paciente que indiquen alucinaciones.
- Mantener una rutina coherente.
- Asignar los mismos cuidadores diariamente.
- Fomentar una comunicación clara y abierta.
- Usar afirmaciones concretas en lugar de afirmaciones abstractas al hablar con el paciente.
- Proporcionar al paciente la oportunidad de comentar las alucinaciones.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de una forma adecuada.
- Redirigir al paciente hacia el tema de que se trate, si la comunicación de este es inadecuada a las circunstancias.
- Prestar atención a las alucinaciones para ver si su contenido es violento o dañino para el paciente.
- Animar al paciente a que desarrolle un control/responsabilidad de su propia conducta, si resulta oportuno.
- Animar al paciente a que discuta los sentimientos e impulsos, en lugar de actuar sobre ellos.
- Animar al paciente a que compruebe las alucinaciones con otras personas de confianza (prueba de realidad).
- Señalar, si se pregunta, que uno no está experimentando los mismos estímulos.
- Evitar discutir con el paciente sobre la validez de las alucinaciones.
- Centrar la discusión sobre los sentimientos subyacentes, en lugar de en el contenido de las alucinaciones («Parece como si usted tuviera miedo»).
- Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos de forma pautada y a demanda.
- Informar al paciente y a los allegados acerca de los medicamentos.
- Observar si se producen efectos secundarios y los efectos terapéuticos deseados por la medicación.
- Proporcionar seguridad y comodidad al paciente y a los demás cuando el paciente no sea capaz de controlar su conducta (establecer límites, restricción de área, restricción física y reclusión).
- Suspender o disminuir la medicación (después de consultar con el cuidador responsable de la prescripción) que pueda ser la causa de las alucinaciones.
- Informar al paciente y allegados sobre la enfermedad si las alucinaciones están originadas en una enfermedad (delirio, esquizofrenia, depresión).
- Enseñar a la familia y allegados formas de tratar con el paciente que experimenta las alucinaciones.
- Monitorizar la capacidad de autocuidado del paciente.
- Ayudar en el autocuidado del paciente, si es necesario.

- Monitorizar el estado físico del paciente (peso corporal, hidratación, planta de los pies en pacientes que caminan).
- Disponer reposo y nutrición adecuados.
- Implicar al paciente en actividades basadas en la realidad que puedan distraerle de las alucinaciones (escuchar música).

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Bostrum, A. C., & Boyd, M. A. (2005). Schizophrenia. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed., pp. 265-310). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Fortinash, K., & Worret, P. (2012). Schizophrenia and other psychotic disorders. In *Psychiatric mental health nursing* (5th ed., pp. 259-299). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Moller, M. (2009). Neurobiological responses and schizophrenia and psychotic disorders. In G. W. Stuart (Ed.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (9th ed., pp. 334-368). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Varcarolis, E. M. (2006). Schizophrenia and other psychotic disorders. In *Manual of psychiatric nursing care plans* (3rd ed., pp. 232-237). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Yang, C., Lee, T., Lo, S., & Beckstead, J. (2015). The effects of auditory hallucination symptom management programme for people with schizophrenia: A quasi-experimental design. *Journal of Advanced Nursing, 71*(12), 2886-2897.

Manejo de las convulsiones 2680

Definición: Cuidados del paciente durante una crisis comicial y el estado postictal.

Actividades:

- Mantener la vía aérea.
- Poner en decúbito lateral.
- Guiar los movimientos para evitar lesiones.
- Vigilar la dirección de la cabeza y los ojos durante la crisis.
- Aflojar la ropa.
- Permanecer con el paciente durante la crisis.
- Canalizar una vía i.v., según corresponda.
- Aplicar oxígeno, según corresponda.
- Comprobar el estado neurológico.
- Vigilar los signos vitales.
- Reorientar después de la crisis.
- Registrar la duración de la crisis.
- Registrar las características de la crisis: partes corporales implicadas, actividad motora y progresión de la crisis comicial.
- Registrar la información acerca de la crisis.
- Administrar la medicación prescrita, si es el caso.
- Administrar los anticomiciales prescritos, si es el caso.
- Controlar los niveles de fármacos antiepilépticos, si es el caso.
- Comprobar la duración y características del período postictal.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

American Association of Neuroscience Nurses. (2009). *Care of the patient with seizures. AANN Clinical Practice Guidelines Series* (2nd ed. rev.). Glenview, IL: Author.

Clore, E. (2010). Seizure precautions for pediatric bedside nurses. *Pediatric Nursing, 36*(4), 191-194.

Fitzsimmons, B., & Bohan, E. (2009). Common neurosurgical and neurological disorders. In P. Morton, & D. Fontaine (Eds.), *Critical care nursing: A holistic approach* (9th ed., pp. 873-918). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

French, J., Kanner, A., Bautista, J., Abou-Kalil, B., Browne, T., Harden, C., & ... Glauser, T. (2004). Efficacy and tolerability of the new antiepileptic drugs I: Treatment of new onset epilepsy. *Neurology, 62*(8), 1252-1260.

Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2010). Management of patients with neurological dysfunction. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (12th ed., pp. 1881-1888). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Manejo de las ideas delirantes 6450

Definición: Fomentar la comodidad, seguridad y orientación de la realidad de un paciente que experimenta creencias falsas, fijas, que tienen poca o ninguna base real.

Actividades:

- Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente.
- Dar al paciente oportunidades de comentar los delirios con los cuidadores.
- Evitar discutir sobre las creencias falsas.
- Transmitir aceptación y apoyo incondicional.
- Aclarar dudas con naturalidad.
- Responder a los delirios del paciente con declaraciones tranquilas y realistas.
- Fomentar la discusión sobre los miedos, la ansiedad y el enojo sin asumir que el delirio es correcto o incorrecto.
- Proteger al paciente y a otros de conductas delirantes que podrían ser dañinas.
- Evitar reforzar las ideas delirantes.
- Centrar la conversación en los sentimientos subyacentes, en vez de en el contenido de la idea delirante («parece como si usted sintiera miedo»).
- Proporcionar comodidad y tranquilidad.
- Animar al paciente a que fundamente las creencias delirantes con las personas en quienes confía (prueba de realidad).
- Animar al paciente a que cuente las ideas delirantes a los cuidadores antes de actuar sobre ellas.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones en las que es socialmente inaceptable comentar las ideas delirantes.
- Proporcionar actividades recreativas y de diversión que requieran atención o habilidad.
- Comprobar la capacidad de autocuidado.
- Ayudar con el autocuidado, según corresponda.

- Vigilar el estado físico del paciente.
- Facilitar un descanso y nutrición adecuados.
- Realizar el seguimiento de las ideas delirantes por si hubiera presencia de contenidos que resulten dañinos o violentos para el paciente mismo.
- Mantener un ambiente seguro.
- Proporcionar un nivel adecuado de vigilancia/supervisión para controlar al paciente.
- Tranquilizar al paciente sobre la seguridad.
- Proporcionar comodidad y seguridad al paciente y los demás cuando el paciente sea incapaz de controlar su conducta (ambiente limitado, restricciones de área, sujeción física o reclusión).
- Disminuir los estímulos ambientales excesivos, si es necesario.
- Ayudar al paciente a evitar o eliminar los factores estresantes que precipiten las ideas delirantes.
- Mantener una rutina diaria constante.
- Asignar los mismos cuidadores a diario.
- Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos diariamente y a demanda.
- Informar sobre los medicamentos al paciente y allegados.
- Observar al paciente por si se producen efectos secunda los efectos terapéuticos deseados derivados del medicame
- Informar a la familia y seres queridos sobre la manera de con el paciente que experimenta ideas delirantes.
- Informar sobre la enfermedad al paciente y allegados, si las delirantes se deben a una enfermedad (delirio, esquizofr depresión).

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Fortinash, K., & Worret, P. (2012). *Psychiatric mental health nursing* (5 St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Kneisl, C., & Trigoboff, E. (2012). *Contemporary psychiatric-mental nursing* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Mohr, W. K. (2012). *Psychiatric-mental health nursing: Evidence-based co skills, and practices* (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer H Lippincott Williams & Wilkins.

Stuart, G. W. (Ed.). (2013). *Principles and practice of psychiatric n* (10th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Manejo de las náuseas

Definición: Prevención y alivio de las náuseas.

M

Actividades:

- Animar al paciente a controlar su propia experiencia con las náuseas.
- Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas.
- Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como un diario de autocuidado, una escala visual analógica, las Escalas Descriptivas de Duke y el Índice de Rhodes de Náuseas y Vómitos.
- Observar si hay manifestaciones no verbales de molestias, sobre todo en recién nacidos, niños y todos aquellos pacientes incapaces de comunicarse de manera eficaz, como aquellos con enfermedad de Alzheimer.
- Evaluar experiencias pasadas con las náuseas (p. ej., embarazo y marearse en el coche).
- Obtener los antecedentes preterapéuticos completos.
- Obtener los antecedentes dietéticos donde consten los alimentos que más agradan a la persona, los que no le gustan y las preferencias culturales al respecto.
- Evaluar el efecto de las náuseas sobre la calidad de vida (p. ej., apetito, actividad, desempeño laboral, responsabilidad y sueño).
- Identificar los factores (p. ej., medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir a las náuseas.
- Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible (exceptuando el caso de náuseas relacionadas con el embarazo).
- Controlar los factores ambientales que puedan evocar náuseas (p. ej., malos olores, sonido y estimulación visual desagradable).
- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga y desconocimiento).
- Identificar estrategias que hayan tenido éxito en el alivio de las náuseas.
- Demostrar la aceptación de las náuseas y colaborar con el paciente a la hora de elegir la estrategia para controlarlas.
- Tener en cuenta la influencia cultural sobre la respuesta de las náuseas cuando se realiza la intervención.
- Animar al paciente a no tolerar las náuseas sino a ser asertiv los profesionales sanitarios para obtener un alivio farmaco y no farmacológico.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (p. ej., bior alimentación, hipnosis, relajación, imaginación simple di musicoterapia, distracción, acupresión) para controlar las ná
- Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas antes, dur después de la quimioterapia; antes de que se produzcan o a ten las náuseas y junto con otras medidas de control de las m
- Informar a otros profesionales sanitarios y a los miemb la familia de cualquier estrategia no farmacológica qu utilizando la persona con náuseas.
- Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el de las náuseas.
- Utilizar una higiene bucal frecuente para fomentar la como a menos que eso estimule las náuseas.
- Animar a que se ingieran pequeñas cantidades de comi sean atractivas para la persona con náuseas.
- Enseñar a realizar una alimentación alta en hidratos de ca y baja en lípidos, según sea conveniente.
- Administrar una dieta con alimentos líquidos fríos, sin olo color, según sea conveniente.
- Controlar el contenido nutricional y las calorías en el regis entradas.
- Pesar al paciente con regularidad.
- Proporcionar información acerca de las náuseas, como sus y su duración.
- Ayudar a solicitar y proporcionar apoyo emocional.
- Monitorizar los efectos del tratamiento de las náuseas.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Fessele, K. S. (1996). Managing the multiple causes of nausea and vo in the patient with cancer. *Oncology Nursing Forum, 23*(9), 1409-1

Grant, M. (1987). Nausea, vomiting, and anorexia. *Seminars in O Nursing, 3*(4), 227-286.

Hogan, C. M. (1990). Advances in the management of nausea and vomiting. *Nursing Clinics of North America, 25*(2), 475-497.

Jablonski, R. S. (1993). Nausea: The forgotten symptom. *Holistic Nursing Practice, 7*(2), 64-72.

Larson, P., Halliburton, P., & Di Julio, J. (1993). Nausea, vomiting, and retching. In V. Carrier-Kohlman, A. M. Lindsey, & C. M. West (Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing human responses to illness* (pp. 225-274). Philadelphia: W. B. Saunders.

Rhodes, V. A. (1990). Nausea, vomiting, and retching. *Nursing Clinics of North America, 25*(4), 885-900.

Timby, B. K., & Smith, N. E. (2007). Caring for clients with disorders of the upper gastrointestinal tract. In *Introductory medical-surgical nursing* (9th ed., pp. 821-846). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Manejo de las vías aéreas artificiales 3180

Definición: Mantenimiento de tubos endotraqueales o de cánulas de traqueostomía y prevención de complicaciones asociadas con su utilización.

Actividades:

- Realizar el lavado de las manos.
- Emplear precauciones universales.
- Usar el equipo de protección personal (guantes, gafas y mascarilla) que sea adecuado.
- Colocar una vía aérea orofaríngea o una cánula de Guedel para impedir morder el tubo endotraqueal, según corresponda.
- Proporcionar una humidificación del 100% al gas, oxígeno o aire inspirado.
- Proporcionar una hidratación sistémica adecuada mediante la administración oral o intravenosa de líquido.
- Inflar el globo del tubo endotraqueal/cánula de traqueostomía mediante una técnica mínimamente oclusiva o una técnica de fugas mínimas.
- Mantener el inflado del globo del tubo endotraqueal/cánula de traqueostomía a 15-20 mmHg durante la ventilación mecánica y durante y después de la alimentación.
- Comprobar la presión del globo cada 4-8 horas durante la espiración mediante una llave de tres vías, jeringa calibrada y un manómetro.
- Comprobar la presión del globo inmediatamente después de administrar cualquier tipo de anestesia general o de manipular el tubo endotraqueal.
- Realizar aspiración endotraqueal, según corresponda.
- Aspirar la orofaringe y las secreciones de la parte superior del tubo antes de proceder a desinflar el dispositivo.
- Cambiar las cintas/sujeción del tubo endotraqueal cada 24 horas, inspeccionar la piel y la mucosa bucal, y mover el tubo et al otro lado de la boca.
- Aflojar los soportes comerciales del tubo endotraqueal al menos una vez al día, y proporcionar cuidados a la piel de la zona.
- Auscultar la presencia de sonidos pulmonares bilaterales después de la inserción y de cambiar la sujeción del tubo endotraqueal/de traqueostomía.
- Marcar la referencia en centímetros en el tubo endotraqueal para comprobar posibles desplazamientos.
- Ayudar en la exploración radiológica del tórax para controlar la posición del tubo, si es necesario.
- Minimizar la acción de palanca y la tracción de la vía aérea artificial mediante la suspensión de los tubos del ventilador desde los soportes superiores, mediante montajes y pivotes giratorios de catéter flexibles, y soportando los tubos durante el giro, la aspiración y desconexión y reconexión del ventilador.
- Observar si hay presencia de crepitaciones y roncus en las vías aéreas de gran calibre.
- Comprobar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.
- Realizar cuidados orales (lavado de dientes, gasas húmedas, humectante bucal y labial), según corresponda.
- Monitorizar la disminución del volumen espirado y el aumento de la presión inspiratoria en los pacientes que reciben ventilación mecánica.
- Instituir medidas que impidan la extubación accidental: fijar la vía aérea artificial con cintas/esparadrapo, administrar sedación y relajantes musculares, y disponer de sujeción en los brazos, según corresponda.
- Preparar un equipo de intubación adicional y un ambú en un sitio de fácil disponibilidad.
- Proporcionar cuidados a la tráquea cada 4-8 horas, según corresponda: limpiar la cánula interna, limpiar y secar la zona alrededor del estoma, y cambiar la sujeción de la traqueostomía.
- Inspeccionar la piel alrededor del estoma traqueal por si hay drenaje, enrojecimiento, irritación y hemorragia.
- Inspeccionar y palpar para detectar la presencia de enfisema subcutáneo cada 8 horas.
- Comprobar la presencia de dolor.
- Realizar una técnica estéril al succionar y proporcionar los cuidados de traqueostomía.
- Proteger la traqueostomía del agua.
- Fijar el obturador de la traqueostomía con cinta al cabecero de la cama.
- Fijar una segunda cánula de traqueostomía (mismo tipo y tamaño) y una pinza trivalva al cabecero de la cama.
- Realizar fisioterapia torácica, según corresponda.
- Asegurar que el globo endotraqueal/de traqueostomía esté inflado durante la alimentación, según corresponda.
- Elevar el cabecero de la cama a 30° o más, o ayudar al paciente a sentarse en una silla durante la alimentación, si es posible.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Chulay, M. (2005). Suctioning: Endotracheal or tracheostomy tube. In D. Wiegand, & K. Carlson (Eds.), *AACN procedure manual for critical care* (5th ed., pp. 63-70). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Evans-Smith, P. (2005). *Taylor's clinical nursing skills: A nursing process approach*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Schleder, B., Stott, K., & Lloyd, R. (2002). The effect of a comprehensive oral care protocol on patients at risk for ventilator-associated pneumonia. *Journal of Advocate Health Care, 4*(1), 27-30.

Simmons-Trau, D., Cenek, P., Counterman, J., Hockenbury, D., & Litwiller, L. (2004). Reducing VAP with 6 Sigma. *Nurse Manager, 35*(6), 41-45.

Skillings, K. N., & Curtis, B. L. (2005). Tracheal tube cuff care. In D. Wielaned, & K. Carlson (Eds.), *AACN procedure manual for critical care* (5th ed., pp. 71-86). St. Louis, MO: Saunders.

Sole, M. L., Byers, J. F., Ludy, J. E., Zhang, Y., Banta, C. M., & Brummel, K. (2003). A multisite survey of suctioning techniques and airway management practices. *American Journal of Critical Care, 12*(3), 220-230.

Tablan, O., Anderson, L., Besser, R., Bridges, C., & Hajjeh, R. (2004). Guidelines for preventing health-care–associated pneumonia, 2003. *Morbidity & Mortality Weekly Report, 53*(RR-3), 1-36.

M

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Manejo de líquidos

41

Definición: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormale o no deseados.

Actividades:

- Pesar a diario y controlar la evolución.
- Contar o pesar los pañales, según corresponda.
- Realizar un registro preciso de entradas y salidas.
- Realizar sondaje vesical, si es preciso.
- Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática), según sea el caso.
- Controlar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, aumento del BUN, disminución del hematocrito y aumento de la osmolalidad urinaria).
- Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP y PECP, según disponibilidad.
- Monitorizar los signos vitales, según corresponda.
- Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitantes, elevación de la PVC o de la presión enclavamiento capilar pulmonar, edema, distensión de venas del cuello y ascitis), según corresponda.
- Controlar los cambios de peso del paciente antes y después de la diálisis, si corresponde.
- Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera.
- Controlar ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda.
- Administrar terapia i.v. según prescripción.
- Monitorizar el estado nutricional.
- Administrar líquidos, según corresponda.
- Administrar los diuréticos prescritos, según corresponda.
- Administrar líquidos i.v. a temperatura ambiente.
- Favorecer la ingesta oral (proporcionar una pajita para beber, ofrecer líquidos entre las comidas, cambiar el agua con hielo de forma rutinaria, preparar polos con el zumo preferido del niño, cortar gelatina con formas divertidas y utilizar recipientes pequeños de medicamentos), según corresponda.
- Instruir al paciente sobre la dieta absoluta, según corresponda.
- Administrar la reposición prescrita de líquidos por vía nasogástrica en función de las salidas, según corresponda.
- Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, según corresponda.
- Animar al ser querido a que ayude al paciente con las comid según corresponda.
- Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/zumo de frutas c frecuencia), según corresponda.
- Restringir la ingesta incontrolada de agua en presencia de hip natremia dilucional con un nivel sérico de Na por debaj 130 mEq/l.
- Vigilar la respuesta del paciente a la terapia de electrólitos prescr
- Consultar con el médico, si los signos y síntomas de exceso volumen de líquidos persisten o empeoran.
- Organizar la disponibilidad de hemoderivados para transfusi si fuera necesario.
- Preparar al paciente para la administración de hemoderivad (comprobar la sangre con la identificación del paciente y prepa el equipo de transfusión), según corresponda.
- Administrar los hemoderivados (plaquetas y plasma fres congelado), según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saund Elsevier.

Baer, C. L. (1993). Fluid and electrolyte balance. In M. R. Kinney, D. R. Pac & S. B. Dunbar (Eds.), *AACN's clinical reference for critical-care nurs* (3rd ed., pp. 173-208). St. Louis: C. V. Mosby.

Cullen, L. (1992). Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nurs Clinics of North America, 27*(2), 569-597.

Horne, M., & Swearingen, P. (1997). *Pocket guide to fluids and electrolytes* (3rd e St. Louis, MO: Mosby.

Kokko, J., & Tannen, R. (1990). *Fluids and electrolytes* (2nd ed.). Philadelp PA: W.B. Saunders.

Wong, D. L. (1995). *Whaley & Wong's nursing care of infants and child* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book.

Manejo de líquidos/electrólitos

20

Definición: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrólitos.

Actividades:

- Observar si los niveles de electrólitos en suero son 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 seg preferencias del paciente, colocarlos a su alcance, proporcio una pajita para beber y agua fresca), si resulta oportuno.
- Reponer líquidos por vía nasogástrica, si está prescrito, en f ción de las salidas, según corresponda.
- Irrigar las sondas nasogástricas con suero salino fisiológi según las normas del centro y como esté indicado.
- Proporcionar agua libre con la alimentación por sonda, seg las normas del centro y como esté indicado.
- Administrar fibra según prescripción al paciente alimentado sonda para reducir la pérdida de líquidos y electrólitos caus por la diarrea.
- Minimizar el número de fragmentos de hielo consumido la cantidad de ingesta oral en pacientes con sondas gástri conectadas a un aspirador.

- Minimizar la ingesta de alimentos y bebidas con efectos diuréticos o laxantes (p. ej., té, café, ciruelas, suplementos de fitoterapia).
- Mantener un ritmo adecuado de infusión i.v., transfusión de sangre o enteral, sobre todo si no está regulada por una bomba.
- Asegurarse de que la solución i.v. que contenga electrólitos se administra a un ritmo constante, según corresponda.
- Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos (hematocrito, BUN, albúmina, proteínas totales, osmolalidad sérica y gravedad específica de la orina).
- Vigilar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, aumento de BUN, disminución de hematocrito y aumento de los niveles de osmolalidad urinaria).
- Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP y PECP, según disponibilidad.
- Llevar un registro preciso de entradas y salidas.
- Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos.
- Restringir la ingesta incontrolada de agua en presencia de hiponatremia dilucional con niveles séricos de Na por debajo de 130 mEq/l.
- Proceder a la restricción de líquidos, si es oportuno.
- Vigilar los signos vitales, según corresponda.
- Corregir la deshidratación preoperatoria, si es el caso.
- Controlar la respuesta del paciente a la terapia de electrólitos prescrita.
- Observar si hay manifestaciones de desequilibrio electrolítico.
- Proporcionar la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrólitos específico (baja en sodio, con restricción de líquidos, renal y sin adición de sal).
- Administrar el suplemento de electrólitos prescrito, según corresponda.
- Administrar resinas quelantes o excretoras de electrólitos de acuerdo con la prescripción, según corresponda.
- Observar si se producen efectos secundarios (p. ej., náuseas, vómitos, diarrea) del suplemento de electrólitos prescrito.
- Explorar las mucosas bucales, la esclera y la piel del paciente por si hubiera indicios de alteración del equilibrio hidroelectrolítico (sequedad, cianosis e ictericia).
- Consultar con el médico si los signos y síntomas del desequilibrio de hidroelectrolítico persisten o empeoran.
- Instaurar medidas para controlar la pérdida excesiva de electrólitos (descanso intestinal, cambio del tipo de diurético o administración de antipiréticos), según sea el caso.
- Instaurar medidas de descanso intestinal (restringir ingesta de alimentos o líquidos y disminuir la ingesta de productos lácteos), si corresponde.
- Administrar glucosa de acción rápida con hidratos de carbono de acción prolongada y proteínas para el control de la hipoglucemia aguda, si es el caso.
- Preparar al paciente para la diálisis (ayudar con la colocación del catéter para diálisis), cuando sea preciso.
- Observar si existe pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea).
- Fomentar una imagen corporal positiva y la autoestima, si se expresan inquietudes como resultado de la excesiva retención de líquidos, cuando proceda.
- Ayudar a los pacientes que tengan deterioro de las condiciones mentales o físicas (p. ej., disfagia, deterioro cognitivo, discapacidad psíquica, reducción de la fuerza física o la coordinación) a lograr el equilibrio de líquidos adecuado.
- Ayudar a los pacientes que tengan secuelas indeseables del régimen terapéutico prescrito (p. ej., pacientes con miedo de sufrir polaquiuria o incontinencia debido a que los diuréticos limitan su ingesta de líquidos) a lograr el equilibrio de líquidos adecuado.
- Informar al paciente y la familia sobre el fundamento de las restricciones de líquidos, las medidas de hidratación o la administración suplementaria de electrólitos, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Allsopp, K. (2010). Caring for patients with kidney failure. *Emergency Nurse, 18*(10), 12-16.

Harvey, S., & Jordan, S. (2010). Diuretic therapy: Implications for nursing practice. *Nursing Standard, 24*(43), 40-50.

Murch, P. (2005). Optimizing the fluid management of ventilated patients with suspected hypovolaemia. *Nursing in Critical Care, 10*(6), 279-288.

Ostendorf, W. R. (2011). Fluid, electrolyte, and acid-base balances. In P. A. Potter, A. G. Perry, P. Stockert, & A. Hall (Eds.), *Basic nursing* (7th ed., pp. 466-521). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Scales, K., & Pilsworth, J. (2008). The importance of fluid balance in clinical practice. *Nursing Standard, 22*(47), 50-58.

Tang, V., & Lee, E. (2010). Fluid balance chart: Do we understand it? *Clinical Risk, 16*(1), 10-13.

Welch, K. (2010). Fluid balance. *Learning Disability Practice, 13*(6), 33-38.

Young, E., Sherrard-Jacob, A., Knapp, K., Craddock, T. S., Kemper, C., Falvo, R., Hunter, S., Everson, C., & Giarrizzo-Wilson, S. (2009). Perioperative fluid management. *AORN Journal, 89*(1), 167-182.

Manejo de los recursos económicos 8550

Definición: Procurar y dirigir la utilización de los recursos financieros para asegurar el desarrollo y la continuación de los programas y de los servicios.

Actividades:

- Desarrollar un plan de negocio.
- Desarrollar un análisis de costes-beneficios de los programas y de los servicios.
- Mantener un presupuesto adecuado para los servicios proporcionados.
- Identificar las fuentes de servicios financieros.
- Solicitar subvenciones.
- Identificar los esfuerzos de marketing para aumentar los programas.
- Identificar las prestaciones (contribuciones) que apoyan a los programas y a los servicios.
- Analizar la viabilidad económica del programa según las tendencias.
- Implementar políticas y procedimientos pertinentes para asegurar el reembolso.
- Maximizar el posible reembolso (p. ej., certificación del programa, proveedores cualificados).
- Utilizar métodos de contabilidad adecuados para asegurar el uso correcto y designado de los fondos.
- Utilizar métodos apropiados para determinar la responsabilidad financiera.
- Evaluar los resultados y la rentabilidad del programa.
- Realizar los cambios adecuados en el control financiero en función de la evaluación.

3.ª edición 2000

Bibliografía:
Branowiki, P. A., & Shermont, H. (1997). Maximizing resources: A microanalysis assessment tool. *Nursing Management, 28*(5), 65-70.
Grimaldi, P. L. (1996). Financial management. Unsettling times for public health care providers. *Nursing Management, 27*(9), 14 16-17.
Klainberg, M., Holzemer, S., Leonard, M., & Arnold, J. (1998). *Community health nursing: An alliance for health*. New York: McGraw-Hill.
Stanhope, M., & Lancaster, J. (1996). *Community health nursing: Promoting health of aggregates, families, and individuals* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
Storfjell, J. L., & Jessup, S. (1996). Bridging the gap between finances and clinical operations with activity based cost management. *Journal of Nursing Administration, 26*(12), 12-17.

Manejo de los trastornos de la alimentación 1030

Definición: Prevención y tratamiento de restricciones severas en la dieta, el ejercicio excesivo y la purga de alimentos y líquidos.

Actividades:
- Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados para desarrollar un plan de tratamiento; implicar al paciente y/o allegados, según corresponda.
- Hablar con el paciente y con el equipo para establecer un peso adecuado como objetivo, si el paciente 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 con el paciente (y allegados, según corresponda).
- Animar al paciente a comentar las preferencias alimentarias con el dietista.
- Desarrollar una relación de apoyo con el paciente.
- Vigilar los parámetros fisiológicos (signos vitales y niveles de electrólitos) que sean necesarios.
- Pesar diariamente (a la misma hora del día y después de evacuar).
- Controlar la ingesta y eliminación de líquidos, según corresponda.
- Vigilar la ingesta diaria de alimento calórico.
- Fomentar la autovigilancia por parte del paciente de la ingesta diaria de alimentos y la ganancia/mantenimiento del peso, según corresponda.
- Establecer expectativas sobre conductas de alimentación adecuadas, de ingesta de comida/líquidos y la cantidad de actividad física.
- Establecer un pacto con el paciente para conseguir conductas de ganancia o mantenimiento de peso deseadas.
- Restringir la disponibilidad de comida, establecer comidas programadas, servidas de antemano y tentempiés.
- Observar al paciente durante y después de las comidas/tentempiés para asegurar que se consigue y mantiene la ingesta adecuada.
- Acompañar al paciente al servicio durante los momentos de observación establecidos después de las comidas/tentempiés.
- Limitar el tiempo que pasa el paciente en el servicio en los períodos en que no hay observación.
- Controlar las conductas del paciente respecto de la alimentación, pérdida y ganancia de peso.
- Utilizar técnicas de modificación de la conducta para promover conductas que contribuyan a la ganancia de peso y para limitar las conductas de pérdida de peso, según corresponda.
- Apoyar la ganancia de peso y las conductas que promueven la ganancia de peso.
- Remediar las consecuencias de la pérdida de peso, de las conductas que provoquen pérdidas de peso y de la falta de ganancia de peso.
- Proporcionar apoyo (terapia de relajación, ejercicios de desensibilización y oportunidades de hablar de los sentimientos) a medida que el paciente incorpora nuevas conductas de alimentación, cambia su imagen corporal y su estilo de vida.
- Animar al paciente a que lleve anotaciones diarias en las que registre sus sentimientos, así como las circunstancias del entorno que le llevan a purgarse, vomitar y/o hacer ejercicio en exceso.
- Limitar la actividad física, si es necesario, para promover la ganancia de peso.
- Disponer un programa de ejercicios supervisado, cuando corresponda.
- Dar la oportunidad de elegir de forma limitada el ejercicio y la alimentación, a medida que tiene lugar la ganancia de peso de una manera deseable.
- Ayudar al paciente (y allegados, según corresponda) a examinar y resolver cuestiones personales que puedan contribuir a los trastornos de alimentación.
- Ayudar al paciente a desarrollar la autoestima compatible con un peso corporal sano.
- Consultar con el equipo de cuidados acerca del progreso del paciente.
- Iniciar la fase de mantenimiento del tratamiento cuando el paciente haya conseguido el peso marcado como objetivo y haya mostrado fehacientemente conductas de alimentación deseadas durante el tiempo establecido.
- Controlar el peso del paciente de forma rutinaria.
- Determinar el intervalo aceptable de variación de peso en relación al objetivo marcado.
- Delegar la responsabilidad total de opciones acerca de la alimentación y la actividad física al paciente, según corresponda.
- Proporcionar apoyo y orientación, si se precisa.
- Ayudar al paciente a evaluar lo adecuado/consecuencias de las opciones de alimentación y actividad física.
- Volver a instituir el protocolo de ganancia de peso si el paciente es incapaz de mantenerse en el margen de peso señalado.
- Establecer un programa de tratamiento y un seguimiento de los cuidados (médico y asesoramiento) para el manejo en casa.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:
Crisp, A. H. (1990). *Anorexia nervosa: Let me be*. London: Bailliere Tindall.
Dudek, S. G. (2007). Obesity and eating disorders. In *Nutrition essentials for nursing practice* (5th rev. ed., pp. 375-416). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Garner, D. M., Rockert, W., Olmstead, M. P., Johnson, C., & Cosina, D. V. (1985). Psychoeducational principles in the treatment of bulimia and

anorexia nervosa. In D. M. Garner, & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 513-572). New York: Guilford Press.
Halmi, K. (1985). Behavioral management for anorexia nervosa. In D. M. Garner, & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 147-159). New York: Guilford Press.
Love, C. C., & Seaton, H. (1991). Eating disorders. Highlights of nursing assessment and therapeutics. *Nursing Clinics of North America, 26*(3), 677-697.
Mohr, W. K. (Ed.). (2006). *Psychiatric-mental health nursing* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Palmer, T. A. (1990). Anorexia nervosa, bulimia nervosa: Causal theories and treatment. *Nurse Practitioner, 15*(4), 12-18 21.
Plehn, K. W. (1990). Anorexia nervosa and bulimia: Incidence and diagnosis. *Nurse Practitioner, 15*(4), 22-31.

Manejo de muestras 7820

Definición: Obtener, preparar y conservar una muestra para un análisis de laboratorio.

Actividades:

- Obtener la muestra requerida, de acuerdo con el protocolo.
- Enseñar al paciente a recoger y conservar la muestra, según corresponda.
- Proporcionar el recipiente requerido para la muestra.
- Utilizar los dispositivos especiales de recogida de muestras, para lactantes, niños y adultos discapacitados, si es necesario.
- Ayudar con la biopsia de un tejido u órgano, según proceda.
- Ayudar con la aspiración de líquido de una cavidad corporal, si es el caso.
- Almacenar las muestras recogidas en el tiempo, según el protocolo.
- Sellar todos los recipientes de las muestras para evitar fugas y contaminaciones.
- Etiquetar la muestra con los datos adecuados antes de dejar al paciente.
- Colocar la muestra en un recipiente adecuado para el transporte.
- Organizar el transporte de la muestra al laboratorio.
- Solicitar los análisis de laboratorio rutinarios relacionados con la muestra, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Fundamentals of nursing* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P., & Lynn, P. (2008). *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.

M

Manejo de un dispositivo de acceso venoso central 4054

Definición: Cuidado del paciente con un acceso venoso prolongado mediante el uso de un dispositivo insertado en la circulación central.

Actividades:

- Determinar el tipo de dispositivo de acceso venoso central (DAVC) que está colocado.
- Determinar las recomendaciones, directrices, protocolos, políticas y procedimientos del fabricante y del centro relacionados con el dispositivo concreto.
- Determinar la comprensión del paciente y/o de la familia de la finalidad, cuidados y mantenimiento del DAVC.
- Proporcionar información al paciente y la familia sobre el dispositivo (p. ej., indicaciones, funciones, tipo de dispositivo que se va a usar, cuidados del mismo y complicaciones potenciales) para reducir la incertidumbre, miedo y ansiedad del paciente.
- Explicar todo el procedimiento al paciente durante la inserción, el cuidado, el acceso para administrar medicación o fluidoterapia, o la retirada del dispositivo.
- Evitar el uso de la vía hasta que se confirme la colocación de su extremo después de implantarlo, para lo que se realiza una radiografía de tórax inicial.
- Verificar que los extremos introducidos por la vena subclavia o yugular se encuentran en el tercio inferior de la vena cava superior.
- Notificar la situación intracardíaca de los extremos de catéteres, pues conlleva un mayor riesgo de mortalidad.
- Notificar la posición de los extremos de catéteres perpendiculares a la pared de la vena, pues conlleva un mayor riesgo de erosión vascular, hidrotórax, hidromediastino, taponamiento y extravasación.
- Utilizar una técnica aséptica estricta siempre que se manipule el catéter, se acceda a él o se use para administrar medicación, con el fin de reducir las infecciones sanguíneas relacionadas con el catéter.
- Respetar las precauciones universales.
- Adaptar los cuidados al tipo de dispositivo (p. ej., utilizar una pinza siempre que se usen DACV de extremo abierto o de línea media, usar agujas de Huber para el acceso al puerto, realizar un lavado con suero salino para las válvulas antirretorno, utilizar un apósito transparente para fijar los DAVC no tunelizados, de línea media y de tipo PICC).
- Comprobar la permeabilidad del DAVC justo después de administrar las medicaciones/infusiones prescritas.
- Aspirar la sangre del dispositivo para comprobar su permeabilidad antes de administrar el tratamiento prescrito, según corresponda a cada tipo de dispositivo.
- Realizar acciones adicionales para asegurar la permeabilidad si existen dificultades al aspirar o si no hay retorno de sangre, según el protocolo del fabricante y del centro para los dispositivos ocluidos.

- Realizar un lavado con suero salino para el mantenimiento de los catéteres con válvula, pues la válvula evita el reflujo de sangre a la luz del catéter, lo que impide la oclusión trombótica.
- Realizar un lavado semanal con suero salino heparinizado en los DAVC sin válvula (o de extremo abierto), con la concentración de heparina indicada por las normas del centro.
- Lavar los puertos implantados con suero salino heparinizado una vez al mes, con la concentración de heparina indicada por las normas del centro.
- Lavar los PICC de forma semanal con suero heparinizado si no se usan, con la concentración de heparina indicada por las normas del centro.
- Utilizar dispositivos sin aguja para favorecer un sistema cerrado.
- Emplear jeringas de 10 ml para el acceso a los DAVC, pues los catéteres de silicona de menor calibre parecen crear una mayor presión, que puede provocar la rotura del catéter y el paso de coágulos al torrente sanguíneo.
- Verificar que el sistema de infusión intravenosa se fije con seguridad en su posición.
- Verificar que el sistema está sobre la cama o sobre el brazo del sillón de tratamiento; impedir que cuelgue o que esté a tensión.
- Utilizar dispositivos de fijación autoadhesiva cuando sea adecuado, o según las normas del centro.
- Cambiar los sistemas de infusión de líquidos cada 72 horas, los de sangre cada 12 horas y los de administración de nutrición parenteral cada 24 horas, o según las normas del centro.
- Utilizar soluciones i.v. y sistemas de infusión nuevos para los DAVC nuevos.
- Desechar los sistemas de infusión existentes, asegurándose de no intercambiar los sistemas de infusión de los dispositivos antiguos a los nuevos.
- Mantener un registro preciso de los líquidos infundidos.
- Impedir que el DAVC se inserte cerca de un estoma o en áreas como los pañales en los niños, donde podría contactar con material fecal.
- Aplicar un apósito de gasa durante las primeras 24 horas tras el procedimiento de inserción.
- Aplicar un apósito transparente según una técnica aséptica estricta de forma semanal o antes si se mancha, se perfora o se despega.
- Utilizar apósitos transparentes semipermeables con los dispositivos no tunelizados y cambiarlos cada 7 días o antes si se mojan o se ensucian, o según las normas del centro.
- Utilizar clorhexidina al 2% en una solución de alcohol isopropílico al 70% para limpiar la herida de salida y el catéter en todos los cambios del apósito, así como para descontaminar la piel antes de la inserción del DAVC, a menos que el paciente sea alérgico a la clorhexidina.
- Descontaminar los DAVC con gluconato de clorhexidina al 2% en alcohol isopropílico al 70% y dejar que se sequen antes de acceder a ellos, a menos que esté contraindicado por el fabricante.
- Realizar una radiografía de tórax de inmediato si se sospecha una infiltración, un compromiso o una migración de la vía.
- Monitorizar la aparición de tumefacción del brazo o un aumento de la temperatura en el lado ipsilateral al dispositivo implantado.
- Monitorizar la aparición de complicaciones de los DAVC (p. ej., neumotórax, taponamiento cardíaco, punción arterial, hemorragia, hemotórax, hidrotórax, embolia aérea, lesión del plexo nervioso braquial, lesión del conducto torácico, infección, colocación errónea).
- Inspeccionar el sitio de entrada a diario en busca de eritema, dolor, sensibilidad dolorosa, calor o tumefacción, pues los dispositivos se asocian con un mayor riesgo de infección.
- Retirar el dispositivo si se observa cualquier signo de inflamación, fuga o exudado en el sitio de entrada.
- Asegurarse de que cualquier infusión conectada al DAVC se haya cerrado antes de retirar un dispositivo.
- Colocar al paciente en decúbito supino, con la cabeza en posición declive, para la inserción y retirada de un DAVC no tunelizado, si es posible.
- Colocar una gasa sobre el sitio de entrada y aplicar una presión ligera-moderada para extraer el DAVC con el fin de evitar la rotura del catéter, su desgarro y/o una embolización.
- Colocar el extremo del DAVC en un recipiente estéril y remitirlo para su cultivo si se sospecha una infección.
- Aplicar una presión firme en el sitio de punción después de retirar el DAVC durante al menos 2 minutos hasta conseguir la hemostasia.
- Aplicar un apósito hermético transparente justo tras la retirada del DAVC, asegurándose de lograr un buen sellado, y mantenerlo durante 72 h.
- Monitorizar con radiografías la presencia de un signo de pinzamiento costoclavicular *(pinch-off)* en los catéteres que están ocluidos o antes de su extracción, pues dichos catéteres son más propensos a rasgarse o romperse.
- Utilizar un catéter impregnado en un antibiótico para los pacientes considerados de riesgo de sepsis relacionada con el catéter.
- Considerar el período de tiempo que se requerirá el catéter antes de recomendarlo (p. ej., para menos de 7 días, usar una vía i.v. periférica; para 1-4 semanas, usar un catéter de línea media o una vía de tipo PICC; para 1-12 meses, usar un PICC, un DAVC tunelizado o un puerto implantable; para más de 1 año, usar un DAVC tunelizado o un puerto implantable).
- Documentar los datos pertinentes en la historia clínica del paciente sobre la inserción inicial del dispositivo de acceso venoso central (p. ej., fabricante, número de modelo, número de serie y fecha de implantación).
- Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de disfunción del dispositivo de acceso venoso central (p. ej., taquicardia, hipotensión, disnea, agitación, llenado espontáneo de la aguja de acceso con líquido o sangre, dolor del hombro o de la espalda, parada cardíaca).
- Instruir al paciente para que lleve siempre la identificación del DAVC facilitada por el fabricante.
- Instruir al paciente para que lleve una pulsera o collar de alerta médica que le identifique como usuario de un dispositivo de acceso venoso central.

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Cummings-Winfield, C., & Mushani-Kanji, T. (2008). Restoring patency to central venous access devices. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 12*(6), 925-934.

Douglas, L., Aspin, A., Jimmeson, N., & Lawrance, V. (2009). Central venous access devices: Review of practice. *Paediatric Nursing, 21*(5), 19-22.

Gabriel, J. (2010). Vascular access devices: Securement and dressings. *Nursing Standard, 24*(52), 41-46.

Gabriel, J., Bravery, K., Dougherty, L., Kayley, J., & Malster, M. (2005). Vascular access: Indications and implications for patient care. *Nursing Standard 19*(26), 45-52 54, 56.

Hamilton, H. (2006). Complications associated with venous access devices Part one. *Nursing Standard, 20*(26), 43-50.

Mitchell, M. D., Anderson, B. J., Williams, K., & Umscheid, C. A. (2009). Heparin flushing and other interventions to maintain patency of central venous catheters: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 65*(10), 2007-2021.

Scales, K. (2010). Central venous access devices. Part 1: Devices for acute care. *British Journal of Nursing, 19*(2), 88-92.

Scales, K. (2010). Central venous access devices: Part 2 for intermediate and long-term use. *British Journal of Nursing, 19*(Suppl. 1), S20-S25.

Schulmeister, L. (2010). Management of non-infectious central venous access device complications. *Seminars in Oncology Nursing, 26*(2), 132-141.

Manejo del asma

3210

Definición: Identificación, tratamiento y prevención de las reacciones a la inflamación/constricción de las vías aéreas.

Actividades:

- Determinar los datos basales del estado respiratorio del paciente para utilizar como punto comparativo.
- Documentar las medidas de los datos basales en la historia clínica.
- Comparar el estado respiratorio actual con el estado anterior para detectar cambios.
- Obtener mediciones de espirometría (FEV_1, FVC, relación FEV_1/FVC) antes y después del uso de un broncodilatador de corta duración.
- Monitorizar el flujo espiratorio máximo, según corresponda.
- Enseñar al paciente el uso del medidor de flujo espiratorio máximo en casa.
- Observar si hay crisis asmáticas.
- Determinar la comprensión de la enfermedad y del tratamiento por parte del paciente/familia.
- Enseñar al paciente/familia las medicaciones antiinflamatorias y broncodilatadoras y su uso adecuado.
- Enseñar técnicas adecuadas para el uso de la medicación y del equipo (p. ej., inhalador, nebulizador, medidor de flujo máximo).
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos prescritos.
- Fomentar la expresión verbal de los sentimientos sobre el diagnóstico, el tratamiento y el impacto del asma en el estilo de vida.
- Identificar desencadenantes conocidos y la reacción habitual.
- Enseñar al paciente a identificar y evitar desencadenantes, si es posible.
- Establecer un plan escrito con el paciente para controlar exacerbaciones.
- Ayudar a reconocer signos/síntomas inminentes de las crisis asmáticas y a implantar medidas de respuesta adecuadas.
- Controlar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo de la respiración.
- Observar el inicio, las características y la duración de la tos.
- Controlar el movimiento torácico, incluyendo simetría, uso de músculos accesorios y retracciones de los músculos supraclaviculares e intercostales.
- Auscultar los sonidos respiratorios, observando si hay áreas de ventilación disminuida/ausente y sonidos adventicios.
- Administrar medicación según proceda y/o según las normas y las pautas de procedimiento.
- Auscultar los sonidos pulmonares después del tratamiento para determinar los resultados.
- Ofrecer líquidos calientes, según corresponda.
- Enseñar técnicas de respiración/relajación.
- Durante el ataque de asma, acercarse al paciente con calma y tranquilidad.
- Informar al paciente/familia sobre las normas y los procedimientos para transportar y administrar medicaciones para el asma en la escuela.
- Informar al padre/tutor sobre cuándo el niño ha necesitado/utilizado medicación a demanda en la escuela, según corresponda.
- Remitir para valoración médica, según corresponda.
- Establecer un programa regular de seguimiento.
- Enseñar al personal escolar los procedimientos adecuados de urgencia.
- Prescribir y/o renovar las medicaciones para el asma, según corresponda.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

American Academy of Allergy, Asthma, & Immunology (1999). *Pediatric asthma: Promoting best practice. Guide for managing asthma in children.* Milwaukee, WI: Author.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Silkworth, C. K. (1993). IHP: Asthma. In M. K. Haas (Ed.), *The school nurse's source book of individualized healthcare plans—Volume 1* (pp. 133-150). North Branch, MN: Sunrise River Press.

Szilagyi, P., & Kemper, K. (1999). Management of chronic childhood asthma in the primary care office. *Pediatric Annuals, 28*(1), 43-52.

University of Michigan Health System. (2000). *Asthma: Guidelines for clinical care.* Obtenido de http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/asthma05.pdf

Yoos, H. L., & McMullen, A. (1999). Symptom monitoring in childhood asthma: How to use a peak flow meter. *Pediatric Annals, 28*(1), 31-39.

Manejo del delirio

6440

Definición: Disposición de un ambiente seguro y terapéutico para el paciente que experimenta un estado confusional agudo.

Actividades:

- Identificar los factores etiológicos que causan delirio (p. ej., comprobar la saturación de oxígeno de la hemoglobina).
- Poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes del delirio.
- Identificar y documentar el subtipo motor del delirio (p. ej., hipoactivo, hiperactivo y mixto).
- Monitorizar el estado neurológico de forma continua.
- Aumentar la vigilancia con una escala de evaluación del delirio que sea comprendida por todo el personal de enfermería cuando aparezca el delirio la primera vez para que se puedan seguir los cambios agudos con facilidad.
- Utilizar a los familiares o a voluntarios del hospital para vigilar a los pacientes agitados en lugar de usar sujeciones.
- Reconocer los miedos y sentimientos del paciente.
- Proporcionar una seguridad optimista pero realista.
- Permitir que el paciente mantenga rituales que limiten la ansiedad.
- Proporcionar información al paciente sobre lo que sucede y lo que puede esperar que suceda en el futuro.
- Evitar exigencias de pensamiento abstracto si el paciente solo puede pensar en términos concretos.
- Limitar la necesidad de toma de decisiones si frustra o confunde al paciente.

- Administrar medicamentos a demanda para la ansiedad o agitación, pero limitar los que tengan efectos secundarios anticolinérgicos.
- Reducir la sedación en general, pero controlar el dolor con analgésicos, según corresponda.
- Fomentar las visitas de allegados, según corresponda.
- No validar las percepciones incorrectas o las interpretaciones imprecisas de la realidad de los pacientes con delirio (p. ej., alucinaciones o ideas delirantes).
- Declarar la propia percepción de forma calmada, que dé seguridad y sin discusiones.
- Responder al tono, en lugar de al contenido, de la alucinación o idea delirante.
- Retirar los estímulos que creen una estimulación sensorial excesiva (p. ej., televisión o anuncios de intercomunicación por megafonía), cuando sea posible.
- Mantener un ambiente bien iluminado que reduzca los contrastes marcados y las sombras.
- Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, excreción, hidratación e higiene personal.
- Mantener un ambiente libre de peligros.
- Colocar un brazalete de identificación al paciente.
- Proporcionar un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para controlar al paciente y permitir la implementación de acciones terapéuticas, si es necesario.
- Utilizar sujeciones físicas, si es necesario.
- Evitar frustrar al paciente con preguntas de orientación que no puede responder.
- Informar al paciente sobre persona, tiempo y lugar, si es necesario.
- Proporcionar un ambiente físico y una rutina diaria constantes.
- Disponer cuidadores que resulten familiares al paciente.
- Utilizar pistas ambientales (signos, cuadros, relojes, calendarios y código de colores del ambiente) para estimular la memoria, reorientar y promover una conducta adecuada.
- Disponer un ambiente de baja estimulación para el paciente cuya desorientación aumenta con la sobreestimulación.
- Fomentar el uso de dispositivos de ayuda que aumenten la activación sensorial (gafas, audioprótesis y dentaduras postizas).
- Acercarse al paciente lentamente y de frente.
- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.
- Reorientar al paciente hacia el cuidador en cada contacto.
- Comunicarse con frases simples, directas y descriptivas.
- Preparar al paciente para los cambios de rutina y de ambiente habituales que se avecinan antes de que se produzcan.
- Proporcionar la información nueva de forma lenta y en pequeñas dosis, con frecuentes períodos de descanso.
- Centrar las interacciones personales en lo que resulta familiar y tiene sentido para el paciente.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Culp, K. R., & Cacchione, P. Z. (2008). Nutritional status and delirium in long-term care elderly individuals. *Applied Nursing Research, 21*(2), 66-74.

Lemiengre, J., Nelis, T., Joosten, E., Braes, T., Foreman, M., Gastmans, C., & Milisen, K. (2006). Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method. *Journal of the American Geriatric Society, 54*(4), 685-689.

McCaffrey, R. (2009). The effect of music on acute confusion in older adults after hip or knee surgery. *Applied Nursing Research, 22*(2), 107-112.

Meagher, D. (2009). Motor subtypes of delirium: Past, present, and future. *International Review of Psychiatry, 21*(1), 59-73.

Moyer, D. D. (2011). Review article: Terminal delirium in geriatric patients with cancer at end of life. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 28*(1), 44-51.

Nelson, L. S. (2009). Teaching staff nurses the CAM-ICU for delirium screening. *Critical Care Nursing Quarterly, 32*(2), 137-143.

Wang, J., & Mentes, J. C. (2009). Factors determining nurses' clinical judgments about hospitalized elderly patients with acute confusion. *Issues in Mental Health Nursing, 30*(6), 399-405.

Yang, F. M., Marcantonio, E. R., Inouye, S. K., Kiely, D. K., Rudolph, J. L., Fearing, M. A., & Jones, R. N. (2009). Phenomenological subtypes of delirium in older persons: Patterns, prevalence, and prognosis. *Psychosomatics, 50*(3), 248-254.

M

Manejo del desfibrilador: externo 4095

Definición: Cuidado del paciente que es desfibrilado para revertir las arritmias cardíacas potencialmente mortales.

Actividades:

- Iniciar la reanimación cardiopulmonar, si está indicado.
- Preparar para la desfibrilación inmediata de un paciente que no responde y sin pulso, junto con la reanimación cardiopulmonar.
- Mantener la reanimación cardiopulmonar cuando no se esté aplicando la desfibrilación externa.
- Determinar el tipo y técnicas de funcionamiento del desfibrilador disponible.
- Aplicar los parches o las palas de acuerdo con las instrucciones del aparato (p. ej., las palas necesitan un agente de conducción; los parches vienen preparados con dicho agente).
- Colocar adecuadamente los dispositivos de control en los pacientes (parches del desfibrilador externo automático o cables del monitor).
- Colocar las palas o parches de forma que eviten el contacto con la ropa o la ropa de cama, según corresponda.
- Determinar la necesidad de descargas de acuerdo con las instrucciones del desfibrilador o la interpretación de la arritmia.
- Cargar el aparato con los julios adecuados.
- Utilizar las precauciones de seguridad antes de descargar (p. ej., decir «fuera» tres veces, asegurarse de que nadie toca al paciente, incluido quien realiza la descarga).
- Controlar los resultados y repetir si está indicado.
- Minimizar las interrupciones de las compresiones torácicas en pacientes que no responden.
- Registrar los acontecimientos adecuadamente.
- Ayudar en la recuperación del paciente si está indicado (p. ej., activar sistemas médicos de urgencia cuando sucede fuera del hospital para transportar al paciente a un centro de urgencias; disponer el transporte dentro del hospital a la unidad de enfermería correspondiente para cuidados cardíacos intensivos si está indicado).
- Enseñar al nuevo personal de enfermería el tipo y técnicas de funcionamiento del desfibrilador disponible.
- Ayudar en la formación del público respecto al uso y las indicaciones adecuadas de la desfibrilación externa en caso de parada cardiorrespiratoria.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association (2002). *Guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices*. Bethesda, MD: Author.

American Heart Association (2005). 2005 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation, 112*(Suppl. 24), IV-1-IV-211.

American Heart Association (2005). Electric therapies: Automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion, and pacing. *Circulation, 112*(Suppl. 24), IV-35-IV-46.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). In *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (Vol. 1). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Wiegand, D., & Carlson, K. (Eds.). (2005). *AACN procedure manual for critical care* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Manejo del desfibrilador: interno 4096

Definición: Cuidado del paciente sometido a detección y resolución de arritmias cardíacas potencialmente mortales mediante la introducción y uso de un desfibrilador cardíaco interno.

Actividades:

- Proporcionar información al paciente y a la familia relacionada con la implantación de un desfibrilador (p. ej., indicaciones, funciones, experiencia de la cardioversión, cambios necesarios en el estilo de vida, complicaciones posibles).
- Proporcionar la información concreta y objetiva relacionada con los efectos del tratamiento con un desfibrilador para reducir la incertidumbre, el miedo y la ansiedad del paciente sobre los síntomas relacionados con el tratamiento.
- Documentar los datos correspondientes en la historia permanente del paciente respecto a la introducción inicial del desfibrilador (p. ej., fabricante, número de modelo, número de serie, fecha de implantación, modo de operación, función de marcapasos y/o de aplicación de descargas, sistema de aplicación de descargas, límites de frecuencia superior e inferior para dispositivos con respuesta según la frecuencia).
- Confirmar la colocación del desfibrilador tras la implantación con una radiografía de tórax inicial.
- Controlar las posibles complicaciones asociadas a la introducción del desfibrilador (p. ej., neumotórax, hemotórax, perforación miocárdica, taponamiento cardíaco, hematoma, extrasístoles ventriculares, infecciones, hipo, espasmos musculares).
- Observar los cambios en el estado hemodinámico o cardíaco, que indican la necesidad de modificar los ajustes del desfibrilador.
- Controlar los trastornos que pueden influir en la detección (p. ej., cambios del estado hídrico, derrame pericárdico, anomalías electrolíticas o metabólicas, ciertos medicamentos, inflamación tisular, fibrosis tisular, necrosis tisular).
- Controlar la tumefacción del brazo o un aumento de calor en el lado ipsilateral a la implantación del dispositivo y electrodos.
- Controlar el eritema o la tumefacción en el sitio del dispositivo.
- Enseñar al paciente a evitar la ropa ajustada o restrictiva que podría causar fricción en el sitio de introducción.
- Enseñar al paciente las restricciones de las actividades (p. ej., restricciones de movimiento iniciales en los brazos en implantaciones pectorales, evitar levantar peso, evitar deportes de contacto, seguir las restricciones para conducir).
- Monitorizar los síntomas de arritmias, isquemia o insuficiencia cardíaca (p. ej., mareo, síncope, palpitaciones, dolor torácico, disnea), sobre todo en cada visita a consultas externas.
- Enseñar al paciente y a la familia los síntomas que deben ser comunicados (p. ej., mareo, desmayo, debilidad prolongada, náuseas, palpitaciones, dolor torácico, disnea, molestias en el lugar de introducción o del electrodo externo, descargas eléctricas).
- Enseñar al paciente los síntomas urgentes y qué hacer si se producen (p. ej., llamar a urgencias si se produce mareo).
- Monitorizar los niveles de medicamentos y electrólitos en pacientes tratados simultáneamente con antiarrítmicos.
- Monitorizar los trastornos metabólicos con efectos adversos sobre los desfibriladores (alteraciones del equilibrio acidobásico, isquemia miocárdica, hiperpotasemia, hiperglucemia grave [mayor de 600 mg/dl], insuficiencia renal, hipotiroidismo).
- Enseñar al paciente las posibles complicaciones del desfibrilador por interferencia electromagnética (descargas inadecuadas, efectos proarrítmicos posibles del desfibrilador, vida reducida del generador del desfibrilador, arritmia y parada cardíaca).
- Enseñar al paciente los principios de seguridad básica para evitar la interferencia electromagnética (p. ej., mantenerse al menos a 15 cm de las fuentes de interferencia, no dejar teléfonos móviles encendidos en el bolsillo de la camisa sobre el desfibrilador).
- Enseñar al paciente las fuentes de mayor interferencia electromagnética (p. ej., equipo de soldadura por arco, estimuladores musculares electrónicos, radiotransmisores, altavoces de concierto, sistemas de generador-motor grandes, taladros eléctricos, detectores de metales manuales, RM, radioterapia).
- Enseñar al paciente las consideraciones especiales que deben tenerse en cuenta en aeropuertos o arcos de seguridad de edificios gubernamentales (p. ej., informar siempre al guardia de seguridad del desfibrilador implantable, pasar por las puertas de seguridad, NO PERMITIR que se acerquen detectores de metales manuales al lugar del dispositivo, pasar rápidamente por los aparatos de detección de metales o pedir ser registrado a mano, no inclinarse ni estar cerca de aparatos de detección durante períodos prolongados).
- Enseñar al paciente que los detectores de metales manuales contienen imanes que pueden reiniciar el desfibrilador y causar un fallo.
- Enseñar al paciente a comprobar las advertencias del fabricante si tiene dudas sobre aparatos eléctricos.
- Enseñar al paciente a llevar la tarjeta de identificación del fabricante en todo momento.
- Enseñar al paciente a llevar la pulsera o collar de alerta médica que identifica el desfibrilador.
- Enseñar al paciente la necesidad de realizarse controles periódicos con el cardiólogo.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

M

- Controlar los problemas del desfibrilador que se hayan producido entre las visitas de control programadas (p. ej., descargas inadecuadas, descargas frecuentes).
- Enseñar al paciente a seguir un diario detallado de todas las descargas (p. ej., hora, lugar y actividad del paciente cuando se produjo la descarga, síntomas físicos antes y después de la descarga) para revisarlo con el médico.
- Explicar al paciente que debe consultar al cardiólogo todos los cambios de medicación.
- Explicar al paciente con un desfibrilador nuevo que debe evitar conducir vehículos de motor hasta que el cardiólogo lo autorice (normalmente de 3 a 6 meses después del último episodio arrítmico sintomático).
- Explicar al paciente la necesidad de revisión regular del desfibrilador por el cardiólogo como mantenimiento de rutina.
- Enseñar al paciente la necesidad de realizarse una radiografía de tórax anualmente para confirmar la localización del desfibrilador.
- Evitar asustar a la familia o los amigos sobre las descargas imprevistas.
- Enseñar a la familia del paciente (especialmente a las parejas sexuales) que no pasa nada por tocar a un paciente que esté recibiendo una descarga del desfibrilador (p. ej., pueden sentir la descarga, pero no es perjudicial).
- Enseñar al paciente y a la familia las precauciones y las restricciones necesarias.
- Evaluar las respuestas psicológicas (p. ej., cambios de autoimagen, depresión por las restricciones para conducir, miedo a las descargas, mayor ansiedad, temores relacionados con las prácticas sexuales, cambios en las relaciones de pareja).
- Animar al paciente y a la familia a asistir a clases de RCP.
- Animar a la participación en reuniones de grupos de apoyo.

M

5.ª edición 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association (2002). *Guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices*. Bethesda, MD: Author.

Burke, L. J. (1996). Securing life through technology acceptance: The first six months after transvenous internal cardioverter defibrillator implantation. *Heart & Lung, 25*(5), 352-366.

Dougherty, C. M., Benoliel, J. Q., & Bellin, C. (2000). Domains of nursing intervention after sudden cardiac arrest and automatic internal cardioverter defibrillator implantation. *Heart & Lung, 29*(2), 79-86.

Finch, N. J., Sneed, N. V., Leman, R. B., & Watson, J. (1997). Driving with an internal defibrillator: Legal, ethical, and quality of life issues. *Journal of Cardiovascular Nursing, 11*(2), 58-67.

James, J. E. (1997). The psychological and emotional impact of living with an automatic internal cardioverter defibrillator (AICD): How can nurses help? *Intensive and Critical Care Nursing, 13*(6), 316-323.

Overbay, D., & Criddle, L. (2004). Mastering temporary invasive cardiac pacing. *Critical Care Nurse, 24*(3), 25-32.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Wiegand, D., & Carlson, K. (Eds.). (2005). *AACN procedure manual for critical care* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Yeo, T. P., & Berg, N. C. (2005). Counseling patients with implanted cardiac devices. *The Nurse Practitioner, 29*(12), 58-65.

Manejo del dolor: agudo 1410

Definición: Alivio o reducción del dolor a un nivel aceptable para el paciente en el período inmediatamente posterior al daño de los tejidos tras traumatismo, cirugía o lesión.

Actividades:

- 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).
- 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.
- 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 las 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía, trauma o lesión, excepto si la sedación o el estado respiratorio indican lo contrario.
- Monitorizar la sedación y el estado respiratorio antes de administrar opiáceos y a intervalos regulares cuando se administren opiáceos.
- Seguir los protocolos del centro en la selección de analgésicos y dosis.
- Usar analgésicos combinados (p. ej., opiáceos más no opiáceos), si el nivel de dolor es intenso.
- 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.
- Evitar el uso de analgésicos que puedan tener efectos adversos en ancianos.
- Administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular.
- Proporcionar analgesia controlada por el paciente (ACPP) y la vía intraespinal, cuando sea apropiado.
- Incorporar las intervenciones no farmacológicas a la etiología del dolor y a las preferencias del paciente, según corresponda.
- Modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente al tratamiento.
- Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos.
- Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.

- Proporcionar información precisa a la familia sobre el dolor del paciente.

7.ª edición 2018

Bibliografía:

American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel (2012). American Geriatrics Society updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, *60*(4), 616-631.

American Society for Pain Management Nursing. (2010). *Core curriculum for pain management nursing* (2nd ed.) [B. St. Marie, Ed.]. Dubuque, IA: Kendall Hunt.

Cason, L. (2013). Pain management. In P. Potter, A. Perry, P. Stockert, & A. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (8th ed., pp. 962-995). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

D'Arcy, Y. (2011). *Compact clinical guide to chronic pain management: An evidence-based approach for nurses*. New York, NY: Springer.

Pasero, C., & McCaffery, M. (2011). *Pain assessment and pharmacological management*. St. Louis: Mosby Elsevier.

Manejo del dolor: crónico 1415

Definición: Alivio o reducción del dolor persistente que continúa más allá del período normal de curación, supuestamente de 3 meses, a un nivel aceptable para el paciente.

Actividades:

- 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.
- Usar una herramienta válida y fiable para la valoración del dolor crónico (p. ej., cuestionario abreviado Brief Pain Inventory, cuestionario abreviado del dolor McGill, Cuestionario de Impacto de Fibromialgia).
- 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.
- 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.
- 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.
- Fomentar el uso apropiado de técnicas no farmacológicas (p. ej., biorretroalimentación, TENS, hipnosis, relajación, imaginación guiada, musicoterapia, distracción, 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.
- 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.
- Evaluar la eficacia de las medidas de control del dolor mediante el seguimiento continuo de la sensación dolorosa.
- Estar atento a los signos de depresión (p. ej., insomnio, pérdida de apetito, falta de emociones o ideación suicida).
- 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 respuesta del paciente al tratamiento.
- Incorporar a la familia como medio de alivio del dolor, cuando sea posible.
- Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor, cuando sea apropiado.
- Considerar la posibilidad de derivar al paciente y a su familia a grupos de apoyo y otros recursos, según corresponda.
- Evaluar la satisfacción del paciente con el tratamiento del dolor a intervalos específicos.

7.ª edición 2018

Bibliografía:

American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel (2012). American Geriatrics Society updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, *60*(4), 616-631.

American Society for Pain Management Nursing. (2010). *Core curriculum for pain management nursing* (2nd ed.) [B. St. Marie, Ed.]. Dubuque, IA: Kendall Hunt.

American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management & American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine (2010). Practice guidelines for chronic pain management. *Anesthesiology*, *112*(4), 810-833.

Cason, L. (2013). Pain management. In P. Potter, A. Perry, P. Stockert, & A. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (8th ed., pp. 962-995). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

D'Arcy, Y. (2011). *Compact clinical guide to chronic pain management: An evidence-based approach for nurses*. New York, NY: Springer.

Pasero, C., & McCaffery, M. (2011). *Pain assessment and pharmacological management*. St. Louis: Mosby Elsevier.

M

Manejo del equilibrio acidobásico 1910

Definición: Favorecer el equilibrio acidobásico y prevenir las complicaciones secundarias a un desequilibrio acidobásico.

Actividades:

- Mantener la vía aérea permeable.
- Colocar al paciente para facilitar una ventilación adecuada (p. ej., abrir la vía aérea y elevar la cabecera de la cama).
- Mantener un acceso i.v. permeable.
- Monitorizar las tendencias de pH arterial, $PaCO_2$, y HCO_3 para determinar el tipo concreto de desequilibrio (p. ej., respiratorio o metabólico) y los mecanismos fisiológicos compensadores presentes (p. ej., compensación pulmonar o renal, amortiguadores fisiológicos).
- Mantener la evaluación simultánea del pH arterial y de los electrólitos plasmáticos para una planificación terapéutica precisa.
- Monitorizar la gasometría arterial y los niveles de electrólitos séricos y urinarios, según se precise.
- Obtener una muestra para el análisis de laboratorio del equilibrio acidobásico (p. ej., gasometría arterial, orina y suero), según se precise.
- Monitorizar las posibles etiologías antes de intentar tratar los desequilibrios acidobásicos, pues es más eficaz tratar la etiología que el desequilibrio.
- Determinar los trastornos que requieren intervención directa frente a los que requieren tratamiento de soporte.
- Monitorizar las complicaciones de las correcciones de los desequilibrios acidobásicos (p. ej., reducción rápida de la alcalosis respiratoria crónica que provoca acidosis metabólica).
- Monitorizar las alteraciones acidobásicas mixtas (p. ej., alcalosis respiratoria primaria y acidosis metabólica primaria).
- Monitorizar el patrón respiratorio.
- Monitorizar los determinantes del aporte tisular de oxígeno (p. ej., PaO_2, SaO_2, niveles de hemoglobina y gasto cardíaco), si están disponibles.
- Monitorizar los síntomas de insuficiencia respiratoria (p. ej., niveles bajos de PaO_2 y elevados de $PaCO_2$, así como fatiga de los músculos respiratorios).
- Monitorizar la determinación del consumo de oxígeno (p. ej., niveles de SvO_2 y $avDO_2$), si está disponible.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP y PECP.
- Monitorizar la pérdida de ácido (p. ej., vómitos, aspiración por sonda nasogástrica, diarrea y diuresis), según se precise.
- Monitorizar la pérdida de bicarbonato (p. ej., drenaje de una fístula y diarrea), según se precise.
- Monitorizar el estado neurológico (p. ej., nivel de consciencia y confusión).
- Proporcionar soporte ventilatorio mecánico, si es necesario.
- Proporcionar una hidratación adecuada y la reposición de los volúmenes normales de líquidos, si es necesario.
- Proporcionar la reposición de los niveles normales de electrólitos (p. ej., potasio y cloruro), si es necesario.
- Administrar las medicaciones prescritas basándose en las tendencias del pH arterial, $PaCO_2$, HCO_3 y electrólitos séricos, según corresponda.
- Instruir al paciente para que evite el uso excesivo de fármacos que contengan HCO_3, según corresponda.
- Sedar al paciente para reducir la hiperventilación, si es preciso.
- Tratar la fiebre, según sea preciso.
- Administrar analgésicos, según sea preciso.
- Administrar oxigenoterapia, según corresponda.
- Administrar antibióticos y broncodilatadores, según se precise.
- Administrar oxígeno a bajo flujo y monitorizar la narcosis por CO_2, en caso de hipercapnia crónica.
- Instruir al paciente y/o familia sobre las acciones aplicadas para tratar el desequilibrio acidobásico.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Appel, S. J., & Downs, C. A. (2007). Steady a disturbed equilibrium: Accurately interpret the acid-base balance of acutely ill patients. *Nursing Critical Care, 2*(4), 45-53.

Clancy, J., & McVicar, A. (2007). Intermediate and long-term regulation of acid-base homeostasis. *British Journal of Nursing, 16*(17), 1076-1079.

Isenhour, J. L., & Slovis, C. M. (2008). Arterial blood gas analysis: A 3-step approach to acid-base disorders. *The Journal of Respiratory Diseases, 29*(2), 74-82.

Kraut, J. A., & Madeas, N. E. (2001). Approach to patients with acid-base disorders. *Respiratory Care, 46*(4), 392-402.

Lian, J. X. (2010). Interpreting and using the arterial blood gas analysis. *Nursing Critical Care, 5*(3), 26-36.

Porth, C. M. (2007). *Essentials of pathophysiology: Concepts of altered health states* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Powers, F. (1999). The role of chloride in acid-base balance. *Journal of Intravenous Nursing, 22*(5), 286-290.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (Vol. 1). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Manejo del equilibrio acidobásico: acidosis metabólica 1911

Definición: Favorecer el equilibrio acidobásico y prevenir las complicaciones secundarias a unos niveles séricos de HCO_3 menores de lo deseado o a unos niveles de ion hidrógeno mayores de lo deseado.

Actividades:

- Mantener la vía aérea permeable.
- Monitorizar el patrón respiratorio.
- Mantener un acceso i.v. permeable.
- Monitorizar las posibles etiologías antes de intentar tratar los desequilibrios acidobásicos, pues es más eficaz tratar la etiología que el desequilibrio.
- Determinar los trastornos que requieren intervención directa frente a los que requieren tratamiento de soporte.
- Monitorizar las causas de déficit de HCO_3 o de exceso de ion hidrógeno (p. ej., ingestión de metanol o etanol, uremia, cetoacidosis diabética, acidosis láctica, sepsis, hipotensión, hipoxia, isquemia, ingestión de isoniazida o de hierro, toxicidad por salicilatos, diarrea, hiperalimentación, hiperparatiroidismo).

- Calcular la brecha aniónica para ayudar a determinar las causas de acidosis metabólica (p. ej., la brecha sin aniones indica causas influenciadas por los electrólitos, mientras que la brecha aniónica indica causas por pérdida de bicarbonato).
- Recordar las principales causas de acidosis metabólica: ingestión de metanol, uremia, cetoacidosis diabética, alcohólica o por inanición, ingestión de paraldehído, intoxicación por isoniazida o hierro, acidosis láctica, ingestión de etilenglicol, ingestión de salicilatos, hiperalimentación, acetazolamida, acidosis tubular renal, insuficiencia renal, diarrea y diuréticos, ureteroenterostomía, fístula pancreática.
- Monitorizar los desequilibrios electrolíticos asociados con la acidosis metabólica (p. ej., hiponatremia, hiperpotasemia o hipopotasemia, hipocalcemia, hipofosfatemia e hipomagnesemia), según corresponda.
- Monitorizar los signos y síntomas de empeoramiento del déficit de HCO_3 o de exceso de ion hidrógeno (p. ej., respiración de Kussmaul-Kien, debilidad, desorientación, cefalea, anorexia, coma, pH urinario menor de 6, nivel de HCO_3 plasmático menor de 22 mEq/l, pH plasmático menor de 7,35, exceso de bases menor de −2 mEq/l, hiperpotasemia asociada y posible déficit de CO_2).
- Administrar líquidos según esté indicado para las pérdidas excesivas debidas a un trastorno subyacente (p. ej., diarrea, diuréticos, hiperalimentación).
- Administrar agentes de HCO_3 orales o parenterales, según corresponda.
- Usar agentes parenterales de HCO_3 con cautela en lactantes prematuros, recién nacidos y niños pequeños.
- Evitar la administración de fármacos que disminuyan el nivel de HCO_3 (p. ej., soluciones que contengan cloruro y resinas de intercambio aniónico), según corresponda.
- Evitar las complicaciones de una administración excesiva de HCO_3 (p. ej., alcalosis metabólica, hipernatremia, sobrecarga de volumen, disminución del aporte de oxígeno, disminución de la contractilidad cardíaca y aumento de la producción de ácido láctico).
- Administrar la pauta prescrita de insulina, hidratación con líquidos (isotónicos e hipotónicos) y potasio para el tratamiento de la cetoacidosis diabética, según corresponda.
- Administrar los fármacos prescritos para el tratamiento de la ingestión inadecuada de sustancias (p. ej., alcohol, salicilato, etilenglicol) o de la insuficiencia renal.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Monitorizar los determinantes del aporte tisular de oxígeno (p. ej., PaO_2, SaO_2, niveles de hemoglobina y gasto cardíaco), según corresponda.
- Reducir el consumo de oxígeno (p. ej., favorecer la comodidad, controlar la fiebre y reducir la ansiedad), según corresponda.
- Monitorizar la pérdida de bicarbonato por el tubo digestivo (p. ej., diarrea, fístula pancreática, fístula del intestino delgado y conducto ileal), según corresponda.
- Monitorizar la disminución de bicarbonato y la acumulación de ácido debido a un exceso de ácidos no volátiles (p. ej., insuficiencia renal, cetoacidosis diabética, hipoxia tisular e inanición), según corresponda.
- Preparar al paciente con insuficiencia renal para la diálisis (es decir, ayudar con la colocación del catéter para diálisis), según corresponda.
- Ayudar con la diálisis (p. ej., hemodiálisis o diálisis peritoneal), según corresponda.
- Instaurar precauciones contra las crisis comiciales.
- Proporcionar una higiene oral frecuente.
- Mantener reposo en cama, según esté indicado.
- Monitorizar las manifestaciones del SNC del empeoramiento de la acidosis metabólica (p. ej., cefalea, adormecimiento, disminución del nivel de consciencia, crisis comiciales y coma), según esté indicado.
- Monitorizar las manifestaciones cardiopulmonares de empeoramiento de la acidosis metabólica (p. ej., hipotensión, hipoxia, arritmias y respiración de Kussmaul-Kien), según corresponda.
- Monitorizar las manifestaciones digestivas de empeoramiento de la acidosis metabólica (p, ej., anorexia, náuseas y vómitos), según corresponda.
- Proporcionar una nutrición adecuada a los pacientes con acidosis metabólica crónica.
- Proporcionar medidas de comodidad para solventar los efectos digestivos de la acidosis metabólica.
- Alentar una dieta baja en carbohidratos para reducir la producción de CO_2 (p. ej., administración de hiperalimentación y de nutrición parenteral total), según corresponda.
- Monitorizar los niveles de calcio y fosfato en los pacientes con acidosis metabólica crónica para evitar la pérdida de tejido óseo.
- Instruir al paciente y/o la familia sobre las acciones aplicadas para tratar la acidosis metabólica.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

M

Bibliografía:

Appel, S. J., & Downs, C. A. (2007). Steady a disturbed equilibrium: Accurately interpret the acid-base balance of acutely ill patients. *Nursing Critical Care, 2*(4), 45-53.

Aschner, J. L., & Poland, R. L. (2008). Sodium bicarbonate: Basically useless therapy. *Pediatrics, 122*(4), 831-835.

Clancy, J., & McVicar, A. (2007). Intermediate and long-term regulation of acid-base homeostasis. *British Journal of Nursing, 16*(17), 1076-1079.

Isenhour, J. L., & Slovis, C. M. (2008). Arterial blood gas analysis: A 3-step approach to acid-base disorders. *The Journal of Respiratory Diseases, 29*(2), 74-82.

Jones, M. B. (2010). Pediatric care: Basic interpretation of metabolic acidosis. *Critical Care Nurse, 30*(5), 63-70.

Kovacic, V., Roguljic, L., & Kovacic, V. (2003). Metabolic acidosis of chronically hemodialyzed patients. *American Journal of Nephrology, 23*(3), 158-164.

Lian, J. X. (2010). Interpreting and using the arterial blood gas analysis. *Nursing Critical Care, 5*(3), 26-36.

Porth, C. M. (2007). *Essentials of pathophysiology: Concepts of altered health states* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Powers, F. (1999). The role of chloride in acid-base balance. *Journal of Intravenous Nursing, 22*(5), 286-290.

Manejo del equilibrio acidobásico: acidosis respiratoria 1913

Definición: Favorecer el equilibrio acidobásico y prevenir las complicaciones secundarias a unos niveles séricos de $PaCO_2$ mayores de lo deseado o unos niveles de ion hidrógeno mayores de lo deseado.

Actividades:

- Mantener la vía aérea permeable.
- Mantener la vía aérea limpia (p. ej., aspiración, inserción o mantenimiento de una vía aérea artificial, fisioterapia respiratoria y tos-respiración profunda), según corresponda.
- Monitorizar el patrón respiratorio.
- Mantener un acceso i.v. permeable.
- Obtener muestras para el análisis de laboratorio del equilibrio acidobásico (p. ej., gasometría arterial, niveles urinarios y séricos), según corresponda.
- Monitorizar las posibles etiologías antes de intentar tratar los desequilibrios acidobásicos, pues es más eficaz tratar la etiología que el desequilibrio.
- Monitorizar las posibles causas de exceso de ácido carbónico y de acidosis respiratoria (p. ej., obstrucción de la vía aérea, depresión de la ventilación, depresión del SNC, enfermedad neurológica, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad musculoesquelética, traumatismo torácico, neumotórax, infección respiratoria, SDRA, insuficiencia cardíaca, ingestión aguda de opiáceos, consumo de fármacos depresores respiratorios, síndrome de hipoventilación por obesidad).
- Determinar los trastornos que requieren intervención directa frente a los que requieren tratamiento de soporte.
- Monitorizar los signos y síntomas de exceso de ácido carbónico y de acidosis respiratoria (p. ej., temblor de las manos al extender los brazos, confusión, somnolencia que progresa a coma, cefalea, enlentecimiento de la respuesta verbal, náuseas, vómitos, taquicardia, extremidades sudorosas y calientes, pH menor de 7,35, nivel de $PaCO_2$ mayor de 45 mmHg, hipocloremia asociada y posible exceso de HCO_3).
- Mantener el soporte ventilatorio y la permeabilidad de la vía aérea en presencia de acidosis respiratoria y de elevación del nivel de $PaCO_2$, según corresponda.
- Administrar oxigenoterapia, según corresponda.
- Administrar antibióticos y broncodilatadores, según se precise.
- Administrar farmacoterapia dirigida a revertir los efectos de fármacos sedantes inapropiados (p. ej., naloxona para revertir los narcóticos, flumazenil para revertir las benzodiazepinas), según corresponda.
- Mantener la precaución al revertir los efectos de las benzodiazepinas para evitar crisis comiciales graves si la reversión se realiza demasiado rápido.
- Administrar oxígeno a bajo flujo y monitorizar la presencia de narcosis por CO_2 en los casos de hipercapnia crónica (p. ej., EPOC).
- Utilizar técnicas de ventilación con presión positiva no invasivas (p. ej., ventilación con presión positiva continua nasal, ventilación nasal binivel) para la hipercapnia relacionada con el síndrome de hipoventilación por obesidad o las enfermedades musculoesqueléticas.
- Monitorizar la hipoventilación y tratar las causas (p. ej., ventilación mecánica por minuto inapropiadamente baja, reducción crónica de la ventilación alveolar, EPOC, ingestión aguda de opiáceos, enfermedades obstructivas o restrictivas de la vía aérea).
- Monitorizar los niveles de la gasometría arterial para detectar la disminución del pH, según corresponda.
- Monitorizar la presencia de indicadores de acidosis respiratoria crónica (p. ej., tórax en tonel, acropaquias, respiración con labios fruncidos y uso de músculos respiratorios), según corresponda.
- Monitorizar los determinantes del aporte tisular de oxígeno (p. ej., PaO_2, SaO_2, niveles de hemoglobina y gasto cardíaco), según corresponda.
- Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de PaO_2 bajos y de $PaCO_2$ elevados y fatiga muscular respiratoria).
- Colocar al paciente en una posición tal que promueva una concordancia óptima ventilación-perfusión (pulmones hacia abajo, prono, semi-Fowler), según corresponda.
- Controlar el trabajo respiratorio (frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, uso de músculos accesorios y diaforesis).
- Proporcionar apoyo de ventilación mecánica, si fuera necesario.
- Suministrar una dieta baja en hidratos de carbono y alta en grasas para reducir la producción de CO_2, si está indicado.
- Facilitar una higiene bucal frecuente.
- Observar el funcionamiento y distensión del aparato digestivo para evitar la disminución de los movimientos diafragmáticos, según corresponda.
- Promover períodos de descanso adecuados (90 minutos de sueño sin interrupciones, organizar los cuidados de enfermería, limitar las visitas y coordinar las consultas), según corresponda.
- Monitorizar el estado neurológico (p. ej., nivel de consciencia y confusión).
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre las acciones llevadas a cabo para tratar la acidosis respiratoria.
- Establecer con los visitantes un régimen de visitas limitado para permitir períodos de descanso adecuados y así reducir el compromiso respiratorio, si está indicado.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2013

Bibliografía:

Appel, S. J., & Downs, C. A. (2007). Steady a disturbed equilibrium: Accurately interpret the acid-base balance of acutely ill patients. *Nursing Critical Care, 2*(4), 45-53.

Clancy, J., & McVicar, A. (2007). Intermediate and long-term regulation of acid-base homeostasis. *British Journal of Nursing, 16*(17), 1076-1079.

Isenhour, J. L., & Slovis, C. M. (2008). Arterial blood gas analysis: A 3-step approach to acid-base disorders. *The Journal of Respiratory Diseases, 29*(2), 74-82.

Kraut, J. A., & Madias, N. E. (2001). Approach to patients with acid-base disorders. *Respiratory Care, 46*(4), 392-403.

Lian, J. X. (2010). Interpreting and using the arterial blood gas analysis. *Nursing Critical Care, 5*(3), 26-36.

Lynch, F. (2009). Arterial blood gas analysis: Implications for nursing. *Paediatric Nursing, 21*(1), 41-44.

Porth, C. M. (2007). *Essentials of pathophysiology: Concepts of altered health states* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Ruholl, L. (2006). Arterial blood gases: Analysis and nursing responses. *MEDSURG Nursing, 15*(6), 343-351.

M

Manejo del equilibrio acidobásico: alcalosis metabólica 1912

Definición: Favorecer el equilibrio acidobásico y prevenir las complicaciones secundarias a unos niveles séricos de HCO_3 mayores de lo deseado.

Actividades:

- Mantener la vía aérea permeable.
- Monitorizar el patrón respiratorio.
- Mantener un acceso i.v. permeable.
- Monitorizar las posibles etiologías antes de intentar tratar los desequilibrios acidobásicos, pues es más eficaz tratar la etiología que el desequilibrio.
- Determinar los trastornos que requieren intervención directa frente a los que requieren tratamiento de soporte.
- Monitorizar las causas de acumulación de HCO_3 o de pérdida de ion hidrógeno (p. ej., pérdida de líquido gástrico, vómitos, sondaje nasogástrico, diarrea persistente, diuréticos de asa o tiazídicos, fibrosis quística, síndrome posthipercapnia en pacientes con ventilación mecánica, aldosteronismo primario, ingestión excesiva de regaliz).
- Calcular la concentración urinaria de cloruro para ayudar a determinar las causas de alcalosis metabólica (p. ej., la respuesta salina se indica si la concentración de cloruro urinario es inferior a 15 mmol/l, la respuesta no salina se indica si la concentración de cloruro en la orina es superior a 25 mmol/l).
- Recordar las principales causas de alcalosis metabólica: diuréticos, adenoma secretor, síndrome de Bartter, penicilina, hipopotasemia, bulimia, posthipercapnia, vómitos, sonda nasogástrica, ingestión de álcalis con disminución del filtrado glomerular, deficiencia de 11-β-hidroxilasa, esteroides exógenos, ingestión de regaliz, síndrome y enfermedad de Cushing, hiperaldosteronismo.
- Obtener muestras para el análisis de laboratorio del equilibrio acidobásico, según corresponda.
- Monitorizar la gasometría arterial y los niveles de electrólitos en suero y orina, según corresponda.
- Administrar ácido diluido (hidrocloruro isotónico) o monohidrocloruro de arginina, según corresponda.
- Administrar antagonistas del receptor H_2 (ranitidina y cimetidina) para bloquear la secreción hidroclorhídrica del estómago, según corresponda.
- Administrar diuréticos inhibidores de la anhidrasa carbónica (acetazolamida y metazolamida) para aumentar la excreción de bicarbonato, según corresponda.
- Administrar cloruro para reemplazar la deficiencia de aniones (cloruro amónico o hidrocloruro de arginina, solución salina fisiológica), según corresponda.
- Administrar cloruro potásico i.v. prescrito hasta que la hipopotasemia subyacente se corrija.
- Administrar diuréticos ahorradores de potasio (espironolactona y triamtereno), según corresponda.
- Administrar antieméticos para reducir la pérdida de HCl en la emesis, según corresponda.
- Reemplazar el déficit de líquido extracelular con solución salina i.v., según corresponda.
- Irrigar la sonda nasogástrica con solución salina isotónica para evitar la pérdida de electrólitos por la irrigación, según corresponda.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Monitorizar las complicaciones de las correcciones de los desequilibrios acidobásicos (p. ej., la reducción rápida de la alcalosis metabólica provoca acidosis metabólica).
- Monitorizar los trastornos acidobásicos mixtos (p. ej., alcalosis metabólica primaria y acidosis respiratoria primaria) que se presentan como compensaciones metabólicas inapropiadas que enmascaran un trastorno respiratorio primario.
- Calcular las diferencias entre el HCO_3 observado y el cambio de HCO_3 esperado para determinar la presencia de un trastorno acidobásico mixto.
- Monitorizar los determinantes del aporte tisular de oxígeno (p. ej., PaO_2, SaO_2, niveles de hemoglobina y gasto cardíaco), si se dispone de ellos.
- Evitar la administración de sustancias alcalinas (p. ej., bicarbonato sódico i.v., antiácidos v.o. o por SNG), según corresponda.
- Monitorizar los desequilibrios electrolíticos asociados con la alcalosis metabólica (p. ej., hipopotasemia, hipercalcemia, hipocloremia), según corresponda.
- Monitorizar los excesos asociados de bicarbonato (p. ej., hiperaldosteronismo, exceso de glucocorticoides, abuso de regaliz), según corresponda.
- Monitorizar la pérdida renal de ácido (p. ej., tratamiento diurético), según corresponda.
- Monitorizar la pérdida digestiva de ácido (p. ej., vómitos, aspiración por SNG, diarrea con alto contenido de cloruro), según corresponda.
- Monitorizar a los pacientes que reciben digital para detectar la toxicidad debida a hipopotasemia asociada con alcalosis metabólica, según corresponda.
- Monitorizar las manifestaciones neurológicas y/o neuromusculares de la alcalosis metabólica (p. ej., crisis comiciales, confusión, estupor, coma, tetania, hiperreflexia).
- Observar si hay manifestaciones pulmonares de alcalosis metabólica (broncoespasmo e hipoventilación).
- Observar si hay manifestaciones cardíacas de alcalosis metabólica (arritmias, disminución de la contractilidad y disminución del gasto cardíaco).
- Observar si hay manifestaciones gastrointestinales de alcalosis metabólica (náuseas, vómitos y diarrea).
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre las acciones puestas en práctica para tratar la alcalosis metabólica.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2013

Bibliografía:

Appel, S. J., & Downs, C. A. (2007). Steady a disturbed equilibrium: Accurately interpret the acid-base balance of acutely ill patients. *Nursing Critical Care, 2*(4), 45-53.

Clancy, J., & McVicar, A. (2007). Intermediate and long-term regulation of acid-base homeostasis. *British Journal of Nursing, 16*(17), 1076-1079.

Huang, L. H., & Priestley, M. A. (2008). *Pediatric metabolic alkalosis.* Obtenido de http://emedicine.medscape.com/article/906819-overview

Isenhour, J. L., & Slovis, C. M. (2008). Arterial blood gas analysis: A 3-step approach to acid-base disorders. *The Journal of Respiratory Diseases, 29*(2), 74-82.

Khanna, A., & Kurtzman, N. A. (2001). Metabolic alkalosis. *Respiratory Care, 46*(4), 354-365.

Kraut, J. A., & Madias, N. E. (2001). Approach to patients with acid-base disorders. *Respiratory Care, 46*(4), 392-403.

Lian, J. X. (2010). Interpreting and using the arterial blood gas analysis. *Nursing Critical Care, 5*(3), 26-36.

Lynch, F. (2009). Arterial blood gas analysis: Implications for nursing. *Paediatric Nursing, 21*(1), 41-44.

Porth, C. M. (2007). *Essentials of pathophysiology: Concepts of altered health states* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Ruholl, L. (2006). Arterial blood gases: Analysis and nursing responses. *MEDSURG Nursing, 15*(6), 343-351.

M

Manejo del equilibrio acidobásico: alcalosis respiratoria 1914

Definición: Favorecer el equilibrio acidobásico y prevenir las complicaciones secundarias a unos niveles séricos de $PaCO_2$ menores de lo deseado.

Actividades:

- Mantener la vía aérea permeable.
- Monitorizar el patrón respiratorio.
- Mantener un acceso i.v. permeable.
- Monitorizar las posibles etiologías antes de intentar tratar los desequilibrios acidobásicos, pues es más eficaz tratar la etiología que el desequilibrio).
- Determinar los trastornos que requieren intervención directa frente a los que requieren tratamiento de soporte.
- Monitorizar la hiperventilación y tratar las causas (p. ej., ventilación mecánica por minuto inapropiadamente alta, ansiedad, hipoxemia, lesiones pulmonares, anemia grave, toxicidad por salicilatos, lesión del SNC, estados hipermetabólicos, distensión digestiva, dolor, altitud elevada, septicemia, estrés).
- Reducir el consumo de oxígeno favoreciendo la comodidad, controlando la fiebre y reduciendo la ansiedad para minimizar la hiperventilación, según corresponda.
- Proporcionar una mascarilla con reservorio para los pacientes que hiperventilen, según corresponda.
- Sedar a los pacientes para reducir la hiperventilación, según corresponda.
- Reducir la ventilación por minuto elevada (p. ej., frecuencia, modo, volumen corriente) en los pacientes con una ventilación mecánica excesiva, según corresponda.
- Monitorizar el nivel teleespiratorio de CO_2, según corresponda.
- Promover períodos de descanso adecuados (90 minutos de sueño sin molestias, organizar los cuidados de enfermería, limitar las visitas y coordinar las consultas), según corresponda.
- Administrar soluciones de cloruro parenteral para reducir el HCO_3 cuando se corrija la causa de la alcalosis respiratoria, según corresponda.
- Monitorizar las tendencias de pH, $PaCO_2$ y HCO_3 para determinar la eficacia de las intervenciones.
- Monitorizar la presencia de síntomas de empeoramiento de la alcalosis respiratoria (p. ej., períodos alternantes de apnea e hiperventilación, aumento de la ansiedad, incremento de la frecuencia cardíaca sin aumento de la presión arterial, disnea, mareo, hormigueo en la extremidades, hiperreflexia, bostezos y suspiros frecuentes, visión borrosa, diaforesis, sequedad de boca, pH mayor de 7,45, $PaCO_2$ menor de 35 mmHg, hipercloremia asociada, déficit de HCO_3).
- Obtener muestras para el análisis de laboratorio del equilibrio acidobásico (p. ej., gasometría arterial, orina, suero), según corresponda.
- Mantener la evaluación simultánea del pH arterial y los electrólitos plasmáticos para una planificación terapéutica precisa.
- Monitorizar la gasometría arterial y los niveles de electrólitos en suero y orina, según corresponda.
- Monitorizar la presencia de hipofosfatemia e hipopotasemia asociadas con alcalosis respiratoria, según corresponda.
- Monitorizar las complicaciones de las correcciones de los desequilibrios acidobásicos (p. ej., reducción rápida de alcalosis respiratoria crónica que provoca acidosis metabólica).
- Monitorizar los trastornos acidobásicos mixtos (p. ej., alcalosis respiratoria primaria y acidosis metabólica primaria) que se presentan como compensaciones metabólicas inapropiadas que enmascaran un trastorno metabólico primario.
- Calcular las diferencias de $PaCO_2$ observadas y el cambio esperado de $PaCO_2$ para determinar la presencia de una alteración acidobásica mixta.
- Monitorizar las indicaciones de una insuficiencia respiratoria inminente (p. ej., nivel bajo de PaO_2, fatiga de los músculos respiratorios, nivel bajo de SaO_2/SvO_2).
- Proporcionar oxigenoterapia, si es preciso.
- Proporcionar soporte ventilatorio, si es necesario.
- Colocar al paciente para facilitar una ventilación adecuada (p. ej., abrir la vía aérea, elevar la cabecera de la cama).
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Monitorizar la presencia de manifestaciones neurológicas y/o neuromusculares de alcalosis respiratoria (parestesias, tetania y crisis comiciales), si fuera preciso.
- Monitorizar la presencia de manifestaciones cardiopulmonares de alcalosis respiratoria (arritmias, disminución del gasto cardíaco e hiperventilación).
- Administrar sedantes, analgésicos y antipiréticos según corresponda.
- Administrar bloqueantes neuromusculares solo si el paciente recibe ventilación mecánica, si está indicado.
- Favorecer la reducción del estrés.
- Proporcionar una higiene oral frecuente.
- Estimular la orientación.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre las acciones llevadas a cabo para tratar la alcalosis respiratoria.
- Establecer con los visitantes un régimen de visitas limitado para permitir períodos de descanso adecuados y así reducir el compromiso respiratorio, si está indicado.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Appel, S. J., & Downs, C. A. (2007). Steady a disturbed equilibrium: Accurately interpret the acid-base balance of acutely ill patients. *Nursing Critical Care, 2*(4), 45-53.

Clancy, J., & McVicar, A. (2007). Intermediate and long-term regulation of acid-base homeostasis. *British Journal of Nursing, 16*(17), 1076-1079.

Foster, G. T., Vaziri, N. D., & Sassoon, C. S. (2001). Respiratory alkalosis. *Respiratory Care, 46*(4), 384-391.

Isenhour, J. L., & Slovis, C. M. (2008). Arterial blood gas analysis: A 3-step approach to acid-base disorders. *The Journal of Respiratory Diseases, 29*(2), 74-82.

Kraut, J. A., & Madias, N. E. (2001). Approach to patients with acid-base disorders. *Respiratory Care, 46*(4), 392-403.

Lian, J. X. (2010). Interpreting and using the arterial blood gas analysis. *Nursing Critical Care, 5*(3), 26-36.

Lynch, F. (2009). Arterial blood gas analysis: Implications for nursing. *Paediatric Nursing, 21*(1), 41-44.

Ruholl, L. (2006). Arterial blood gases: Analysis and nursing responses. *MEDSURG Nursing, 15*(6), 343-351.

M

Manejo del estreñimiento/impactación fecal 0450

Definición: Prevención y alivio del estreñimiento/impactación fecal.

Actividades:

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación fecal.
- Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.
- Vigilar la existencia de peristaltismo.
- Consultar con el médico acerca de aumento/disminución de la frecuencia del peristaltismo.
- Observar si hay signos y síntomas de rotura intestinal y/o peritonitis.
- Explicar al paciente la etiología del problema y las razones de las actuaciones.
- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.
- Establecer una pauta de defecaciones, según corresponda.
- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.
- Evaluar la medicación para ver si hay efectos secundarios gastrointestinales.
- Enseñar al paciente/familia para que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.
- Enseñar al paciente/familia a mantener un diario de comidas.
- Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra, según corresponda.
- Instruir al paciente/familia sobre el uso correcto de laxantes.
- Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/impactación fecal.
- Evaluar el registro de entradas para el contenido nutricional.
- Aconsejar al paciente que consulte con un médico si el estreñimiento o la impactación fecal persisten.
- Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces, según corresponda.
- Informar al paciente acerca del procedimiento manual de desimpactación, si fuera necesario.
- Extraer la impactación fecal manualmente, si fuera necesario.
- Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.
- Pesar al paciente regularmente.
- Enseñar al paciente o a la familia los procesos digestivos normales.
- Enseñar al paciente/familia el tiempo necesario para la resolución del estreñimiento.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

Battle, E., & Hanna, C. (1980). Evaluation of a dietary regimen for chronic constipation: Report of a pilot study. *Journal of Gerontological Nursing, 6*(9), 527-532.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2000). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (3rd ed., pp. 1084-1085). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

McLane, A. M., & McShane, R. E. (2001). Constipation. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions* (pp. 220-226). Redwood City, CA: Addison-Wesley.

Taylor, C. M., & Cress, S. S. (1987). *Nursing diagnosis cards: The indispensable care plan guide*. Springhouse, PA: Springhouse.

Yakabowich, M. (1990). Prescribe with care: The role of laxatives in treatment of constipation. *Journal of Gerontological Nursing, 16*(7), 4-11.

Manejo del marcapasos: permanente 4091

Definición: Cuidado del paciente que recibe soporte permanente del bombeo cardíaco mediante la introducción y uso de marcapasos.

Actividades:

- Proporcionar información al paciente y a la familia relacionada con la implantación de un marcapasos (p. ej., indicaciones, funciones, códigos de programación universales, complicaciones potenciales).
- Proporcionar información objetiva y concreta relacionada con los efectos del tratamiento con un marcapasos para reducir la incertidumbre, el miedo y la ansiedad del paciente sobre los síntomas relacionados con el tratamiento.
- Documentar los datos pertinentes en la historia clínica permanente del paciente para la introducción inicial de un marcapasos (p. ej., fabricante, número de modelo, número de serie, fecha de implantación, modo de operación, parámetros programados, límites de frecuencia superior e inferior para dispositivos con respuesta a la frecuencia, tipo de fijación de los electrodos, sistema de electrodos unipolar o bipolar, capacidad de estimulación y/o aplicación de descargas, sistema de aplicación de descargas).
- Confirmar la colocación del marcapasos postimplantación en la introducción inicial con una radiografía de tórax basal.
- Controlar si hay signos de mejora del gasto cardíaco a intervalos específicos después de iniciar la estimulación (p. ej., mejora de la diuresis, piel seca y caliente, desaparición del dolor torácico, signos vitales estables, ausencia de distensión de la vena yugular y crepitantes, mejora del nivel de consciencia), según el protocolo del centro.
- Palpar los pulsos periféricos a intervalos específicos, según el protocolo del centro, para asegurar la perfusión adecuada con los latidos estimulados.
- Controlar las complicaciones potenciales asociadas a la introducción del marcapasos (p. ej., neumotórax, hemotórax, perforación miocárdica, taponamiento cardíaco, hematoma, extrasístoles ventriculares, infecciones, hipo, espasmos musculares).
- Controlar el fallo del marcapasos y determinar la causa (p. ej., descolocación, rotura o migración del electrodo), según corresponda.
- Controlar fallos en la captura y determinar la causa (p. ej., descolocación o mala posición del electrodo, estimulación a un voltaje por debajo del umbral de captura, conexiones defectuosas, rotura del cable, perforación ventricular), según corresponda.

- Controlar fallos de la detección y determinar la causa (p. ej., sensibilidad fijada demasiado alta, mala posición del catéter electrodo, rotura del electrodo, rotura del aislamiento del electrodo), según corresponda.
- Realizar una radiografía de tórax inmediatamente si se sospecha una rotura del electrodo, arrugado del parche, descolocación o migración del electrodo.
- Controlar los síntomas de arritmias, isquemia o insuficiencia cardíaca (p. ej., mareo, síncope, palpitaciones, dolor torácico, disnea) especialmente en cada visita ambulatoria.
- Controlar los problemas del marcapasos que se hayan producido entre las visitas de control programadas.
- Controlar la tumefacción del brazo o un aumento de calor en el lado ipsilateral a los electrodos endovasculares implantados.
- Controlar el eritema o la tumefacción en el lugar del dispositivo.
- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos periféricos, edema, relleno capilar, temperatura de la piel y diaforesis) en la evaluación inicial de pacientes con marcapasos y antes de aplicar medidas correctivas.
- Determinar el tipo y modo de marcapasos, incluida la información de código de marcapasos universal para las cinco posiciones, antes de aplicar medidas correctivas.
- Reunir datos adicionales, si es posible, de la historia clínica permanente del paciente (p. ej., fecha de implantación, frecuencia de uso, cambios y parámetros de programación) antes de aplicar medidas correctivas.
- Asegurar la monitorización continua con ECG a la cabecera del paciente por parte de personas cualificadas.
- Observar la frecuencia y duración de las arritmias.
- Controlar la respuesta hemodinámica a las arritmias.
- Facilitar la adquisición de un ECG de 12 derivaciones, según corresponda.
- Controlar las capacidades sensoriales y cognitivas.
- Monitorizar la presión arterial a intervalos específicos y cuando se produzcan cambios en el estado del paciente.
- Monitorizar la frecuencia y el ritmo cardíacos a intervalos específicos y cuando se produzcan cambios en el estado del paciente.
- Controlar los niveles de fármacos y electrólitos en pacientes que toman antiarrítmicos simultáneamente.
- Controlar las alteraciones metabólicas con efectos adversos sobre los marcapasos (alteraciones del equilibrio acidobásico, isquemia miocárdica, hiperpotasemia, hiperglucemia grave [mayor de 600 mg/dl], insuficiencia renal, hipotiroidismo).
- Enseñar al paciente los riesgos potenciales de una interferencia electromagnética debida a fuentes externas (p. ej., mantenerse al menos a 15 cm de las fuentes de interferencia, no dejar teléfonos móviles encendidos en un bolsillo de la camisa encima del marcapasos).
- Enseñar al paciente las fuentes de mayor interferencia electromagnética (p. ej., equipo de soldadura por arco, estimuladores musculares electrónicos, radiotransmisores, altavoces de conciertos, grandes sistemas motogeneradores, taladros eléctricos, detectores de metales manuales, RM, radioterapia).
- Enseñar al paciente a comprobar las advertencias del fabricante cuando tenga dudas sobre aparatos eléctricos.
- Enseñar al paciente los riesgos potenciales de interacciones ambientales (p. ej., estimulación o detección inadecuada, vida acortada del generador, arritmias cardiacas, parada cardíaca).
- Enseñar al paciente los posibles riesgos de alteraciones metabólicas (p. ej., potencial para aumentar los umbrales de estimulación o captura).
- Enseñar al paciente la necesidad de realizarse controles periód cos con el cardiólogo.
- Enseñar al paciente a consultar con el cardiólogo todos los car bios en las medicaciones.
- Enseñar al paciente con un marcapasos nuevo a evitar la condu ción de vehículos de motor hasta que el cardiólogo lo permi (normalmente 3 meses como mínimo).
- Enseñar al paciente la necesidad de controlar de forma regul los umbrales de detección y captura del marcapasos.
- Enseñar al paciente la necesidad de revisión regular del marc pasos por el cardiólogo ante signos de interferencia electroma nética.
- Enseñar al paciente la necesidad de realizarse al menos u radiografía de tórax anual para confirmar la colocación d marcapasos.
- Enseñar al paciente los signos y síntomas de un marcapasos di funcional (p. ej., bradicardia menor de 30 lpm, mareo, debilida fatiga, molestias torácicas, angina, disnea, ortopnea, edema partes declives, disnea paroxística nocturna, disnea de esfuerz hipotensión, casi síncope, síncope claro, parada cardíaca).
- Indicar al paciente que lleve la tarjeta de identificación del f bricante en todo momento.
- Indicar al paciente que lleve una pulsera o collar de alerta médi que le identifique como portador de un marcapasos.
- Enseñar al paciente las consideraciones especiales que del seguir en las puertas de seguridad gubernamentales o en aeropuerto (p. ej., informar siempre al guardia de seguridad d marcapasos implantable, pasar por las puertas de seguridad NO PERMITIR que se acerquen detectores de metales manual cerca del lugar del dispositivo, pasar siempre rápidamente por l dispositivos de detección de metales o pedir el chequeo manu no inclinarse ni estar cerca de dispositivos de detección duran períodos prolongados).
- Enseñar al paciente que los detectores de metales manual contienen imanes que pueden reiniciar el marcapasos y caus un mal funcionamiento.
- Enseñar a la familia del paciente que no pasa nada si se toca alguien que está recibiendo una descarga del marcapasos.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum f critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunde Elsevier.

Geiter, H. B., Jr. (2004). Getting back to basics with permanent pacemake Part 1. *Nursing 2004, 34*(10), 32cc1-cc132.

Geiter, H. B., Jr. (2004). Getting back to basics with permanent pacemake Part 2. *Nursing 2004, 34*(11), 32cc1-cc132.

Hogle, W. P. (2001). Pacing the standard of nursing practice in radiati oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 5*(6), 253-256 267-268.

Mattingly, E. (2004). Arrhythmia management devices and electromagne interference. *AANA Journal, 73*(2), 129-136.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medic surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilki

Yeo, T. P., & Berg, N. C. (2005). Counseling patients with implanted cardi devices. *The Nurse Practitioner, 29*(12), 58-65.

Manejo del marcapasos: temporal 4092

Definición: Apoyo temporal del bombeo cardíaco mediante la introducción y uso de un marcapasos temporal.

Actividades:

- Determinar las indicaciones del marcapasos temporal y la duración del soporte indicado.
- Determinar la mecánica buscada del marcapasos (p. ej., interno o externo, unipolar o bipolar, transtorácico, epicárdico o catéter venoso central), incluida la conveniencia del tipo de generador de pulsos seleccionado.
- Realizar una valoración global de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos periféricos, edema, relleno capilar), temperatura de la piel y diaforesis.
- Asegurar la monitorización continua del ECG a la cabecera del paciente por parte de personas cualificadas.
- Anotar la frecuencia y la duración de las arritmias.
- Controlar la respuesta hemodinámica a las arritmias.
- Facilitar la adquisición de un ECG de 12 derivaciones, según corresponda.
- Controlar las capacidades sensoriales y cognitivas.
- Controlar la presión arterial a intervalos específicos y cuando se produzcan cambios en el estado del paciente.
- Controlar la frecuencia y el ritmo cardíacos a intervalos específicos y cuando se produzcan cambios en el estado del paciente.
- Instruir al paciente respecto al marcapasos elegido (p. ej., objetivo, indicaciones, mecánica, duración).
- Asegurarse de que los pacientes con un marcapasos externo conocen la posibilidad de que se produzcan molestias y la disponibilidad de sedación para su comodidad y/o relajación.
- Obtener el consentimiento informado para introducir un marcapasos temporal.
- Preparar la piel del tórax y de la espalda limpiándola con agua y jabón y rasurar el vello corporal con tijeras, no con maquinilla, según corresponda.
- Preparar el marcapasos elegido según el protocolo del centro (p. ej., asegurarse de que la batería está cargada, identificar los grupos de cables auriculares y ventriculares, identificar los electrodos positivo y negativo para cada par de cables, identificar las etiquetas según indicación/preferencia).
- Ayudar a introducir o colocar el dispositivo seleccionado, según corresponda.
- Colocar los electrodos del marcapasos transcutáneo externo sobre la piel limpia y seca en la parte anterior izquierda del tórax y en la parte posterior del tórax, según corresponda.
- Administrar sedación y analgesia a los pacientes en quienes se coloca un marcapasos transcutáneo externo, según esté indicado.
- Fijar la frecuencia a las necesidades del paciente y dirigida por el médico (recomendaciones generales: 90-110 lpm en pacientes quirúrgicos, 70-90 lpm en pacientes médicos, 80 lpm en pacientes con una parada cardíaca).
- Fijar los miliamperios (mA) según el paciente (recomendaciones generales para adultos: 10 mA no urgente, 15 a 20 mA urgente); aumentar los mA hasta que exista captura.
- Controlar que el paciente responde a los mA fijados a intervalos regulares previendo las fluctuaciones resultantes del recubrimiento endotelial alrededor de las puntas de los electrodos.
- Fijar la sensibilidad (recomendaciones generales para adultos: 2-5 mV, si se produce un fallo de detección, BAJAR los mV; si no existen realmente latidos detectados, SUBIR los mV).
- Iniciar la estimulación aumentando lentamente el nivel de mA liberados hasta que se produzca una captura constante (umbral de captura) (recomendaciones generales de salida de mA 1,5-3 veces superior al umbral y, como mínimo, de 15-20 mA en condiciones urgentes).
- Realizar una radiografía de tórax después de introducir un marcapasos temporal invasivo.
- Controlar la presencia de ritmo estimulado o la resolución de la arritmia causal.
- Controlar si hay signos de mejora del gasto cardíaco a intervalos específicos después de iniciar la estimulación (p. ej., mejora de la diuresis, piel seca y caliente, desaparición del dolor torácico, signos vitales estables, ausencia de distensión de la vena yugular y de crepitantes, mejora del nivel de consciencia), según el protocolo del centro.
- Palpar los pulsos periféricos a intervalos específicos, según el protocolo del centro, para asegurar una perfusión adecuada con los latidos estimulados.
- Inspeccionar con frecuencia la piel para prevenir posibles quemaduras en pacientes con un marcapasos externo transcutáneo.
- Controlar posibles complicaciones asociadas con la introducción del marcapasos (p. ej., neumotórax, hemotórax, perforación miocárdica, taponamiento cardíaco, hematoma, extrasístoles ventriculares, infecciones, hipo, espasmos musculares).
- Controlar si hay cambios del estado cardíaco o hemodinámico que indiquen la necesidad de modificar el estado del marcapasos.
- Controlar el fallo del marcapasos y determinar la causa (p. ej., fallo de la batería, descolocación del electrodo, rotura del cable, desconexión del cable), según corresponda.
- Controlar fallos en la captura y determinar la causa (p. ej., descolocación o mala posición del electrodo, fallo de la batería, estimulación con un voltaje por debajo del umbral de captura, conexiones defectuosas, rotura del electrodo, perforación ventricular), según corresponda.
- Controlar fallos de detección y determinar la causa (p. ej., sensibilidad fijada demasiado alta, fallo de la batería, mala posición del catéter electrodo, rotura del electrodo, insuficiencia del generador del pulso, rotura del aislamiento del electrodo), según corresponda.
- Controlar los trastornos que puedan influir en la captura y la detección (p. ej., cambios del estatus hídrico, derrame pericárdico, anomalías electrolíticas o metabólicas, ciertos medicamentos, inflamación tisular, fibrosis tisular, necrosis tisular).
- Realizar pruebas de umbral de captura y sensibilidad cada 24-48 horas en marcapasos recién insertados para determinar los mejores ajustes del generador (contraindicado en pacientes controlados por marcapasos un 90% o más del tiempo).
- Realizar pruebas de umbral para las cavidades auriculares y ventriculares por separado.
- Proporcionar cuidados adecuados en el lugar de incisión en marcapasos con sitios de inserción (cambio de apósito, apósito oclusivo antimicrobiano y estéril), según el protocolo del centro.
- Asegurarse de que todo el equipo tiene toma de tierra, funciona bien y está en una posición adecuada (p. ej., en un lugar desde donde no puede caerse al suelo).
- Asegurarse de que todos los cables tienen una longitud suficiente para impedir una descolocación inadvertida de los electrodos.
- Utilizar guantes al ajustar los electrodos.
- Aislar los cables de los electrodos cuando no estén funcionando (p. ej., tapar los cables torácicos no utilizados con la punta de dedo de un guante desechable).

- Enseñar al paciente y a la familia los síntomas que deben comunicarse (p. ej., mareo, desmayo, debilidad prolongada, náuseas, palpitaciones, dolor torácico, dificultades respiratorias, molestias en el lugar de introducción o del electrodo externo, descargas eléctricas).
- Enseñar al paciente y a la familia las precauciones y las restricciones necesarias cuando el marcapasos temporal esté colocado (p. ej., limitación de movimiento, evitar manipular el marcapasos).

4.ª edición 2004; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
Overbay, D., & Criddle, L. (2004). Mastering temporary invasive cardiac pacing. *Critical Care Nurse*, *24*(3), 25-32.
Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
Wiegand, D., & Carlson, K. (Eds.). (2005). *AACN procedure manual for critical care* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
Yeo, T. P., & Berg, N. C. (2005). Counseling patients with implanted cardiac devices. *The Nurse Practitioner*, *29*(12), 58-65.

Manejo del pesario 0630

Definición: Colocación y control de un dispositivo vaginal para el tratamiento de la incontinencia urinaria por esfuerzo, de la retroversión uterina, del prolapso genital o de la incompetencia del cuello uterino.

Actividades:

- Revisar si en los antecedentes de la paciente hay alguna contraindicación para la terapia con pesario (p. ej., infecciones pélvicas, heridas o lesiones ocupantes de espacio, falta de cumplimiento, o endometriosis).
- Determinar las necesidades de estrógenos, según sea conveniente.
- Comentar con la paciente el régimen de mantenimiento antes de ajustar el pesario (el ajuste se realiza por ensayo y error; son necesarias visitas frecuentes de seguimiento y procedimientos de limpieza).
- Comentar las necesidades de actividad sexual antes de elegir el pesario.
- Revisar las instrucciones del fabricante respecto al tipo específico de pesario.
- Elegir el tipo de pesario, según sea conveniente.
- Indicar a la paciente que orine y que defeque.
- Realizar una exploración con el espéculo para visualizar el estado de la mucosa vaginal.
- Realizar una exploración pélvica.
- Introducir el pesario siguiendo las instrucciones del fabricante.
- Pedir a la paciente que cambie de posición (p. ej., levantarse, agacharse, andar y realizar un pujo ligero).
- Realizar una segunda exploración en posición vertical para verificar el ajuste.
- Enseñar el método para extraer el pesario, según sea conveniente.
- Enseñar las contraindicaciones de las relaciones sexuales o de la ducha vaginal en función del tipo de pesario.
- Indicar que se notifiquen las molestias, disuria, así como los cambios de color, consistencia o frecuencia de la secreción vaginal.
- Prescribir medicación para reducir la irritación, según sea conveniente.
- Determinar la capacidad para realizar los autocuidados del pesario.
- Programar citas para comprobar el ajuste del pesario a las 24 horas, a las 72 horas y posteriormente, según sea conveniente.
- Recomendar una exploración anual mediante citología (Papanicolaou), según sea conveniente.
- Determinar la respuesta terapéutica al uso del pesario.
- Observar si hay secreción o fetidez vaginal.
- Palpar la ubicación del pesario.
- Extraer el pesario, si procede.
- Examinar si en la vagina hay excoriaciones, desgarros o ulceraciones.
- Limpiar y examinar el pesario siguiendo las instrucciones del fabricante.
- Reemplazar o reajustar el pesario, según sea conveniente.
- Programar el seguimiento por un médico a intervalos de entre 1 y 3 meses.
- Realizar duchas vaginales de vinagre o de peróxido de hidrógeno diluido, según sea necesario.
- Aplicar estrógenos tópicos para reducir la inflamación, según sea necesario.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Deger, R., Menzin, A., & Mikuta, J. (1993). The vaginal pessary: Past and present. *Postgraduate Obstetrics & Gynecology*, *13*(18), 1-8.
Miller, D. S. (1992). Contemporary use of the pessary. In W. Droegemueller, & J. J. Sciarra (Eds.), *Gynecology & Obstetrics* (pp. 1-12). (Vol. 1). Philadelphia: J. B. Lippincott.
Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Management of patients with female reproductive disorders. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 1410-1444). (Vol. 2). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Sulak, P. J., Kuehl, T. J., & Schull, B. L. (1993). Vaginal pessaries and their use in pelvic relaxation. *Journal of Reproductive Medicine*, *38*(12), 919-923.
Wood, N. J. (1992). The use of vaginal pessaries for uterine prolapse. *Nurse Practitioner*, *17*(7), 31-38.
Zeitlin, M. P., & Lebherz, T. B. (1992). Pessaries in the geriatric patient. *Journal of American Geriatrics Society*, *40*(6), 635-639.

M

Manejo del peso 1260

Definición: Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.

Actividades:

- Comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso.
- Comentar con el individuo las condiciones médicas que pueden afectar al peso.
- Comentar con el individuo los hábitos, costumbres y 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 del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación.
- Determinar el peso corporal ideal del individuo.
- Determinar el porcentaje de grasa corporal ideal del individuo.
- Desarrollar con el individuo un método para llevar un registro diario de ingesta, sesiones de ejercicio y/o cambios en el peso corporal.
- Animar al individuo a escribir metas semanales realistas en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicios y colocarlas en un sitio visible para que pueda revisarlas a diario.
- Animar al individuo a registrar el peso semanalmente, según corresponda.
- Animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.
- Planificar recompensas con el individuo para celebrar el logro de objetivos a corto y largo plazo.
- Informar al individuo 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.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

National Institutes of Health. (2000). *The practical guide: Identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults* (NIH Publication Number 00-4084). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

Thelan, L. A., Urden, L. D., Lough, M. E., & Stacy, K. (1998). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Whitney, E. N., Cataldo, C. B., & Rolfes, S. R. (1991). *Understanding normal and clinical nutrition* (3rd ed.). St. Paul, MN: West.

M

Manejo del prolapso rectal 0490

Definición: Prevención y/o reducción manual del prolapso rectal.

Actividades:

- Identificar a los pacientes con antecedentes de prolapso rectal.
- Evitar los esfuerzos al defecar, levantar pesos y estar de pie mucho tiempo.
- Enseñar al paciente a regular la función intestinal mediante dieta, ejercicios y medicación, según el caso.
- Ayudar al paciente a identificar las actividades específicas que hayan desencadenado episodios de prolapso rectal en el pasado.
- Observar si hay incontinencia intestinal.
- Vigilar el estado del prolapso rectal.
- Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo con las rodillas levantadas hacia el pecho, cuando el recto esté prolapsado.
- Colocar una compresa humedecida en agua tibia o solución salina sobre la eversión intestinal para protegerlo contra la desecación.
- Animar al paciente a que permanezca en decúbito lateral para facilitar el retorno del intestino al recto de forma natural.
- Reducir manualmente el prolapso rectal con la mano enguantada y lubricada, aplicando una suave presión al prolapso hasta que vuelva a su posición normal, si es necesario.
- Comprobar la zona rectal 10 minutos después de la reducción manual para asegurar que el prolapso se encuentra en la posición correcta.
- Determinar la frecuencia de la aparición del prolapso rectal.
- Notificar al médico los cambios de la frecuencia de aparición o incapacidad para reducir manualmente el prolapso, según corresponda.
- Ayudar en las tareas preoperatorias, según corresponda, explicando las pruebas y disminuyendo la ansiedad del paciente que va a sufrir la reparación quirúrgica.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Fox, A., Tietze, P. H., & Ramakrishnan, K. (2014). Anorectal conditions: Rectal prolapse. *Family Physicians Essentials, 419*, 28-34.

Fry, R., Mahmoud, N., Maron, D., & Bleir, J. (2012). Colon and rectum. In C. Townsend, Jr., R. Beauchamp, B. Evers, & K. Mattox (Eds.), *Sabiston textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice* (19th ed., pp. 1294-1380). Philadelphia, PA: Elsevier Saunders.

Lembo, A., & Ullman, S. (2010). Constipation. In M. Feldman, L. Friedman, & L. Brandt (Eds.), *Sleisinger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease: Pathophysiology/diagnosis/management* (9th ed., pp. 259-284). Philadelphia, PA: Saunders Elsevier.

Varma, M., Rafferty, J., & Buie, W. (2011). Practice parameters for the management of rectal prolapse. *Diseases of the Colon & Rectum, 54*(11), 1339-1346.

Manejo del prurito 3550

Definición: Prevención y tratamiento del prurito.

Actividades:

- Determinar la causa del prurito (dermatitis de contacto, trastorno sistémico o medicaciones).
- Realizar una exploración física para identificar alteraciones en la piel (lesiones, ampollas, úlceras o abrasiones).
- Colocar apósitos o tablillas en la mano o en el codo durante el sueño para limitar arañazos incontrolados, según sea conveniente.
- Aplicar cremas y lociones medicamentosas, según sea conveniente.
- Administrar antipruriginosos, según esté indicado.
- Administrar antagonistas opiáceos, según esté indicado.
- Aplicar crema antihistamínica, según sea conveniente.
- Aplicar frío para aliviar la irritación.
- Enseñar al paciente a evitar jabones y aceites de baño perfumados.
- Alentar al paciente a utilizar un humidificador en casa.
- Aconsejar al paciente a no utilizar ropa muy ceñida y tejidos de lana o sintéticos.
- Enseñar al paciente a mantener las uñas cortas.
- Instruir al paciente para minimizar la sudoración evitando ambientes cálidos.
- Informar al paciente de la necesidad de limitar el baño a una o dos veces por semana, según sea conveniente.
- Instruir al paciente a que se bañe con agua tibia y a secarse bien.
- Enseñar al paciente a utilizar la palma de la mano para frotarse una amplia zona de la piel o a pellizcarse la piel suavemente con el pulgar y el dedo índice para aliviar el prurito.
- Enseñar al paciente enyesado a no introducirse objetos en la abertura del yeso para rascarse la piel.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Banov, C. H., Epstein, J. H., & Grayson, L. D. (1992). When an itch persists. *Patient Care*, *26*(5), 75-88.

DeWitt, S. (1990). Nursing assessment of the skin and dermatologic lesions. *Nursing Clinics of North America*, *25*(1), 235-245.

Hagermark, O., & Wahlgren, C. F. (1995). Treatment of itch. *Seminars in Dermatology*, *14*(4), 320-325.

Kam, P. C., & Tan, K. H. (1996). Pruritus—Itching for a cause and relief? *Anesthesia*, *51*(12), 1133-1138.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Management of patients with dermatologic problems. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 1654-1702). (Vol. 2). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

M

Manejo del riesgo cardíaco 4050

Definición: Prevención de un episodio agudo de insuficiencia cardíaca minimizando los factores contribuyentes y las conductas de riesgo.

Actividades:

- Detectar si el paciente presenta conductas de riesgo asociadas con complicaciones cardíacas (p. ej., tabaquismo, obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial, antecedentes de complicaciones cardíacas previas, antecedentes familiares de dichas complicaciones).
- Identificar si el paciente está preparado para aprender la modificación del estilo de vida (p. ej., dieta, tabaquismo, ingesta de alcohol, ejercicio y niveles de colesterol).
- Instruir al paciente y la familia sobre los signos y síntomas del inicio de la cardiopatía y de su empeoramiento, según corresponda.
- Instruir al paciente y la familia sobre la modificación de los factores de riesgo cardíacos, según corresponda.
- Priorizar las áreas de reducción del riesgo en colaboración con el paciente y la familia.
- Instruir al paciente y la familia para que se monitorice la presión arterial y la frecuencia cardíaca de forma rutinaria y con el ejercicio, según corresponda.
- Aconsejar la realización de ejercicio según esté indicado en función del factor de riesgo cardíaco del paciente.
- Instruir al paciente sobre la realización de ejercicio con regularidad y de forma progresiva, según corresponda.
- Aconsejar la realización de 30 minutos diarios de ejercicio, según corresponda.
- Instruir al paciente sobre la necesidad de lograr objetivos de ejercicio en períodos incrementales de 10 minutos varias veces al día, si no se toleran actividades durante 30 minutos seguidos.
- Instruir al paciente y la familia sobre los síntomas de compromiso cardíaco que indiquen la necesidad de reposo.
- Instruir al paciente y la familia sobre las estrategias para restringir o eliminar el consumo de tabaco.
- Instruir al paciente y la familia sobre las estrategias para llevar una dieta cardiosaludable (p. ej., hiposódica, pobre en grasas y colesterol, rica en fibra, líquidos adecuados, ingesta calórica correcta).
- Animar al paciente a mantener la ingesta calórica a un nivel que permita lograr el peso deseado.
- Instruir al paciente y la familia sobre los tratamientos destinados a reducir el riesgo cardíaco (p. ej., fármacos, monitorización de la presión arterial, restricciones de líquidos y de alcohol, rehabilitación cardíaca).
- Proporcionar información verbal y escrita al paciente, la familia y los cuidadores sobre todos los aspectos pertinentes de la asistencia, según esté indicado.
- Centrar la asistencia y los objetivos terapéuticos para permitir que el paciente mantenga el control del peso, que sigua sin fumar y que sea lo más activo posible.
- Remitir al paciente a un programa de insuficiencia cardíaca o de rehabilitación cardíaca para realizar cambios del estilo de vida, según corresponda.
- Aliviar la ansiedad del paciente proporcionando una información precisa y corrigiendo cualquier malentendido.
- Evaluar al paciente para detectar la presencia de ansiedad y depresión, según corresponda.

- Determinar los métodos del paciente para manejar el estrés.
- Alentar técnicas efectivas en la reducción del estrés.
- Realizar una terapia de relajación, si corresponde.
- Monitorizar los progresos del paciente a intervalos regulares.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Chummun, H., Gopaul, K., & Lutchman, A. (2009). Current guidance on the management of acute coronary syndrome. *British Journal of Nursing, 18*(21), 1292-1298.

Greenland, P., Alpert, J., Beller, G., Benjamin, E., Budoff, M., Fayad, Z., & ... Wenger, N. (2010). 2010 ACCF/AHA guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology, 56*(25), e50-e103.

LeMone, P., Burke, K., & Bauldoff, G. (2011). Nursing care of patient with coronary heart disease. In *Medical-surgical nursing: Critical thinking in patient care* (5th ed., pp. 908-969). Boston, MA: Pearson.

Nazarko, L. (2008). Cardiology: Cardiac rehabilitation. *Nursing & Residential Care, 10*(9), 439-442.

Smith, S., Jr., Allen, J., Blair, S., Bonow, R., Brass, L., Fonarow, G., & ... Taubert, K. (2006). AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 Update. *Circulation, 113*(19), 2363-2372.

Thomas, S., Chapa, D., Friedmann, E., Durden, C., Ross, A., Lee, M. C., & Lee, H. (2008). Depression in patients with heart failure: Prevalence, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Critical Care Nurse, 28*(2), 40-55.

Manejo del shock 4250

Definición: Facilitar el aporte de oxígeno y nutrientes al tejido sistémico y eliminación de los productos de desecho celulares en un paciente con alteración grave de la perfusión tisular.

Actividades:

- Monitorizar los signos vitales, presión arterial ortostática, estado mental y diuresis.
- Colocar al paciente en una posición que optimice la perfusión.
- Instaurar y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, según corresponda.
- Vigilar la pulsioximetría, según corresponda.
- Administrar oxígeno y/o ventilación mecánica, según corresponda.
- Controlar el ECG, según corresponda.
- Utilizar monitorización de la línea arterial para mejorar la exactitud de las lecturas de la presión arterial, según corresponda.
- Realizar una gasometría arterial y monitorizar la oxigenación tisular.
- Controlar las tendencias de los parámetros hemodinámicos (p. ej., presión venosa central, presión arterial media, presión de enclavamiento de la arteria pulmonar/capilar pulmonar).
- Vigilar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular (PaO_2, SaO_2, niveles de hemoglobina y gasto cardíaco), según disponibilidad.
- Vigilar los niveles sublinguales de dióxido de carbono y/o la tonometría gástrica, según corresponda.
- Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de PaO_2 bajos y $PaCO_2$ elevados y fatiga muscular respiratoria).
- Monitorizar los valores de laboratorio (p. ej., hemograma completo con recuento diferencial, perfil de coagulación, gasometría arterial, nivel de lactato, cultivos y perfil bioquímico).
- Insertar y mantener una vía i.v. de gran calibre.
- Administrar líquidos i.v. mientras se controlan las presiones hemodinámicas y la diuresis, según corresponda.
- Administrar líquidos cristaloides o coloides i.v., según corresponda.
- Administrar concentrados de eritrocitos, plasma fresco congelado y/o plaquetas, según corresponda.
- Monitorizar el estado hiperdinámico del shock séptico tras la reanimación con líquidos (p. ej., aumento del gasto cardíaco, disminución de la resistencia vascular sistémica [RVS], piel enrojecida o temperatura aumentada).
- Administrar vasopresores, según corresponda.
- Administrar antiarrítmicos, según corresponda.
- Iniciar la administración temprana de antibióticos y comprobar cuidadosamente su eficacia, según corresponda.
- Administrar antiinflamatorios y/o broncodilatadores, según corresponda.
- Monitorizar la glucemia y tratar los niveles anormales, según cada caso.
- Monitorizar el estado de hidratación, incluido el peso, diuresis horaria, así como entradas y salidas.
- Monitorizar la función renal (niveles de BUN y Cr, aclaramiento de creatinina).
- Administrar diuréticos, según corresponda.
- Administrar terapia de sustitución renal continua o hemodiálisis, según corresponda.
- Realizar sondaje nasogástrico para aspirar y monitorizar secreciones, si procede.
- Administrar trombolíticos, según corresponda.
- Administrar proteína C activada recombinante, según corresponda.
- Administrar dosis bajas de vasopresina, según corresponda.
- Administrar corticoides, según corresponda.
- Administrar inotropos, según corresponda.
- Administrar venodilatadores, según corresponda.
- Administrar profilaxis para TVP y úlceras de estrés, según corresponda.
- Ofrecer apoyo emocional al paciente y a la familia fomentando las expectativas realistas del paciente y la familia.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2008

Bibliografía:

Ahrens, T., & Tuggle, D. (2004). Surviving sever sepsis: Early recognition and treatment. *Critical Care Nurse, 24*(Suppl. 2), 2-15.

Albright, T. N., Zimmerman, M. A., & Selzman, C. H. (2002). Vasopressin in the cardiac surgery intensive care unit. *American Journal of Critical Care, 11*(4), 326-330.

M

American Heart Association (2005). 2005 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation, 112*(Suppl. 24), IV-1-IV-211.

Bridges, E. J., & Dukes, S. (2005). Cardiovascular aspects of septic shock: Pathophysiology, monitoring, and treatment. *Critical Care Nurse, 25*(2), 14-40.

Dellinger, R., Carlet, J., Masur, H., Gerlach, H., Calandra, T., Cohen, J., & ... Levy, M. (2004). Surviving sepsis campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Critical Care Medicine, 32*(3), 858-873.

Flynn, M. B., & McLeskey, S. (2005). Shock, systemic inflammatory response syndrome, and multiple organ dysfunction syndrome. In P. G. Morton, D. K. Fontaine, C. M. Hudak, & B. M. Gallo (Eds.), *Critical care nursing holistic approach* (8th ed., pp. 1152-1178). Philadelphia: Lippincott Willia & Wilkins.

Porth, C. M. (2004). *Essentials of pathophysiology: Concepts of altered hea states*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medi surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin

Tazbir, J. (2004). Sepsis and the role of activated protein C. *Critical Care Nu 24*(6), 40-45.

Manejo del shock: cardíaco 42

Definición: Estimulación de una perfusión tisular adecuada para un paciente con un compromiso grave de la función d bombeo cardíaco.

Actividades:

- Comprobar si hay signos y síntomas de descenso del gasto cardíaco.
- Auscultar los sonidos pulmonares para ver si hay crepitantes u otros sonidos adventicios.
- Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.
- Observar si hay síntomas de perfusión arterial coronaria inadecuada (cambios del segmento ST en el ECG, enzimas cardíacas elevadas o angina), según corresponda.
- Observar 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.
- Controlar y evaluar los indicadores de hipoxia tisular (saturación venosa mixta de oxígeno, saturación venosa central de oxígeno, niveles séricos de lactato, capnometría sublingual).
- Administrar suplementos de oxígeno, si procede.
- Mantener la precarga óptima por administración de líquidos i.v. o diuréticos, según corresponda.
- Preparar al paciente para la revascularización cardíaca (intervención coronaria percutánea o injerto de derivación coronaria).
- Administrar medicamentos inotrópicos/de contractilidad positivos, según corresponda.
- Favorecer la reducción de la precarga (con vasodilatadores inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o balón intraaórtico de contrapulsación), según corresponda.
- Fomentar una precarga óptima minimizando al mismo tiem la poscarga (p. ej., administrar nitratos manteniendo al m mo tiempo la presión de oclusión arterial pulmonar dentro intervalo prescrito), según corresponda.
- Promover la perfusión adecuada de sistemas orgánicos (media reanimación con líquidos y/o vasopresores para mantener presión arterial media ≥ 60 mmHg), según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Antman, E., Anbe, D., Armstrong, P., Bates, E., Green, L., Hand, M., & Ornato, J. (2004). ACC/AHA guidelines for the management of patie with ST-elevation myocardial infarction—Executive summary. *Circulati 110*(5), 588-636.

Bridges, E. J., & Dukes, S. (2005). Cardiovascular aspects of septic shock: Pat physiology, monitoring, and treatment. *Critical Care Nurse, 25*(2), 14-

Hollenberg, S., Ahrens, T., Annane, D., Astiz, M., Chalfin, D., Dasta, J., Hea S., & ... Zanotti-Cavazzoni, S. (2004). Practice parameters for hemodynar support of sepsis in adult patients: 2004 update. *Critical Care Medici 32*(9), 1928-1948.

Irwin, R. S., & Rippe, J. M. (Eds.). (2003). *Irwin and Rippe's intensive c medicine* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

McCance, K. L., & Huether, S. E. (2002). *Pathophysiology: The biologic basis disease in adults and children* (4th ed.). St. Louis: Mosby.

Manejo del shock: vasogénico 42

Definición: Fomentar una perfusión tisular adecuada para un paciente con grave pérdida de tono vascular.

Actividades:

- Monitorizar los cambios fisiológicos relacionados con la pérdida de tono vascular (p. ej., observar una disminución de la PA, bradicardia, taquipnea, pinzamiento de la tensión diferencial, ansiedad, oliguria).
- Colocar al paciente en decúbito supino con las piernas elevadas para aumentar la precarga, según corresponda.
- Considerar la posición de Trendelenburg si se ha descartado una lesión craneal.
- Administrar oxígeno a alto flujo, según corresponda.
- Administrar adrenalina por vía subcutánea, i.v. o endotraqu para la anafilaxia, si corresponde.
- Ayudar en la intubación endotraqueal temprana, según cor ponda.
- Controlar el ECG.
- Administrar atropina para la bradicardia, según corresponda
- Utilizar un marcapasos transcutáneo, según corresponda.
- Controlar el pantalón neumático antishock, según correspon

- Mantener dos vías de acceso intravascular de gran calibre.
- Administrar cristaloides isotónicos en bolo, manteniendo la presión sistólica a 90 mmHg o más, según corresponda.
- Administrar antihistamínicos y/o corticoides, según corresponda.
- Administrar vasopresores.
- Tratar las sobredosis con un antídoto adecuado.
- Insertar una sonda nasogástrica y realizar un lavado con carbón activado, según corresponda.
- Controlar la temperatura corporal.
- Evitar la hipotermia con mantas calientes.
- Tratar la hipertermia con fármacos antipiréticos, un colchón refrigerante o un baño con esponja.
- Evitar o controlar los escalofríos con medicación o envolviendo las extremidades.
- Controlar las tendencias de los parámetros hemodinámicos (p. ej., presión venosa central, presión arterial media, presión de enclavamiento de la arteria pulmonar o presión de enclavamiento capilar pulmonar).
- Administrar antibióticos, si procede.
- Administrar medicamentos antiinflamatorios, según corresponda.
- Evitar estímulos que desencadenarán una reacción neurogénica (p. ej., estimulación cutánea, distensión vesical o estreñimiento).
- Comprobar los estudios de coagulación, incluyendo el tiempo de protrombina (TP), el tiempo de tromboplastina parcial (TTP), el fibrinógeno, los productos de degradación/escisión de fibrina y el recuento de plaquetas, según proceda.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Ahrens, T., & Tuggle, D. (2004). Surviving severe sepsis: Early recognition and treatment. *Critical Care Nurse, 24*(Suppl. 2), 2-15.

American Heart Association (2005). 2005 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation, 112*(Suppl. 24), IV-1-IV-211.

Bridges, E. J., & Dukes, S. (2005). Cardiovascular aspects of septic shock: Pathophysiology, monitoring, and treatment. *Critical Care Nurse, 25*(2), 14-40.

Dellinger, R., Carlet, J., Masur, H., Gerlach, H., Calandra, T., Cohen, J., & ... Levy, M. (2004). Surviving sepsis campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Critical Care Medicine, 32*(3), 858-873.

Flynn, M. B., & McLeskey, S. (2005). Shock, systemic inflammatory response syndrome, and multiple organ dysfunction syndrome. In P. G. Morton, D. K. Fontaine, C. M. Hudak, & B. M. Gallo (Eds.), *Critical care nursing: A holistic approach* (8th ed., pp. 1152-1178). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Hollenberg, S., Ahrens, T., Annane, D., Astiz, M., Chalfin, D., Dasta, J., & ... Zanotti-Cavazzoni, S. (2004). Practice parameters for hemodynamic support of sepsis in adult patients: 2004 update. *Critical Care Medicine, 32*(9), 1928-1948.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

M

Manejo del shock: volumen 4258

Definición: Estimulación de una perfusión tisular adecuada para un paciente con un compromiso grave del volumen vascular.

Actividades:

- Controlar la pérdida súbita de sangre, deshidratación grave o hemorragia persistente.
- Comprobar todas las secreciones en busca de sangre manifiesta u oculta.
- Evitar la pérdida de volumen sanguíneo (aplicar presión en el sitio de la hemorragia).
- Controlar el descenso de presión arterial sistólica a menos de 90 mmHg o un descenso de 30 mmHg en pacientes hipertensos.
- Controlar los niveles sublinguales de dióxido de carbono.
- Controlar si hay signos/síntomas de shock hipovolémico (p. ej., aumento de la sed, de la frecuencia cardíaca o de las resistencias vasculares sistémicas, oliguria, disminución de los ruidos intestinales o de la perfusión periférica y alteración del estado mental o de la respiración).
- Colocar al paciente para una perfusión óptima.
- Insertar y mantener una vía de acceso i.v. de gran calibre.
- Administrar líquidos i.v. como cristaloides y coloides isotónicos, según corresponda.
- Administrar líquidos i.v. y hemoderivados calientes, si está indicado.
- Administrar oxígeno y/o ventilación mecánica, según corresponda.
- Realizar una gasometría arterial y controlar la oxigenación tisular.
- Monitorizar el nivel de hemoglobina/hematocrito.
- Administrar hemoderivados (concentrados de hematíes, plaquetas o plasma fresco congelado), según corresponda.
- Monitorizar los estudios de coagulación, incluyendo el tiempo de protrombina (TP), el tiempo de tromboplastina parcial (TTP), el fibrinógeno, los productos de degradación/escisión de fibrina, y recuento de plaquetas, según corresponda.
- Monitorizar los estudios de laboratorio (p. ej., lactato sérico, equilibrio acidobásico, perfiles metabólicos y electrólitos).

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Heart Association (2005). 2005 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation, 112*(Suppl. 24), IV-1-IV-211.

Flynn, M. B., & McLeskey, S. (2005). Shock, systemic inflammatory response syndrome, and multiple organ dysfunction syndrome. In P. G. Morton, D. K. Fontaine, C. M. Hudak, & B. M. Gallo (Eds.), *Critical care nursing: A holistic approach* (8th ed., pp. 1152-1178). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kuhlman, D. K. (Ed.). (2003). *Resuscitation: Fluid therapy. Congress Review: Cutting edge therapeutics.* 32nd Critical Care Congress 2003 in San Antonio, TX. Des Plaines, IL: Society of Critical Care Medicine.

Porth, C. M. (2004). *Essentials of pathophysiology: Concepts of altered health states.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Manejo del síndrome premenstrual (SPM) 1440

Definición: Alivio/atenuación de los síntomas físicos y/o conductuales que se producen durante la fase lútea del ciclo menstrual.

Actividades:

- Enseñar a la paciente a identificar los probables síntomas premenstruales más importantes (p. ej., distensión abdominal, calambres, irritabilidad), a utilizar una lista de comprobación mediante un calendario prospectivo o un registro de síntomas, y a registrar el momento y la gravedad de cada síntoma.
- Revisar la lista de comprobación/registro de síntomas.
- Colaborar con la paciente para priorizar los síntomas más problemáticos.
- Comentar la complejidad de manejo y la necesidad de actuar de forma escalonada para aliviar los síntomas individuales.
- Colaborar con la paciente para elegir e instaurar un plan de actuación secuencial para eliminar los síntomas.
- Informar sobre las medidas de autocuidado específicas para cada síntoma (p. ej., ejercicio y suplementos de calcio).
- Prescribir medicación específica para el síntoma, adecuada al nivel de práctica.
- Controlar si hay cambios en los síntomas.
- Animar a la paciente a participar en grupos de apoyo de SPM, si existen.
- Remitir a un especialista, si procede.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

Mortola, J. (2000). Premenstrual syndrome. In M. Goldman, & M. Hatch (Eds.), *Women and health education* (pp. 114-125). San Diego, CA: Academic Press.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Management of patients with female reproductive disorders. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 1410-1444). (Vol. 2). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Speroff, L., Glass, R., & Kase, N. (1999). *Clinical gynecological endocrinology and infertility* (6th ed., pp. 557-587). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ugarriza, D., Klingner, S., & O'Brien, S. (1998). Premenstrual syndrome: Diagnosis and intervention. *The Nurse Practitioner, 23*(9), 40-45 49-52.

M

Manejo del torniquete neumático 2865

Definición: Atención al paciente sometido a procedimientos asistidos por torniquete neumático.

Actividades:

- Confirmar la necesidad del uso de torniquetes neumáticos en el plan de atención del médico o anestesista.
- Verificar que todo el sistema de torniquete esté completo, limpio y funcionando de acuerdo con las instrucciones de uso del fabricante.
- Seleccionar un manguito del ancho y el largo apropiados para la extremidad (p. ej., lo más ancho posible sin tapar el sitio quirúrgico; utilice manguitos contorneados para las extremidades del paciente que se estrechen entre el borde superior e inferior; la longitud del manguito debe superponerse a la bolsa de aire en la extremidad y al enganche completo de velcro).
- Instruir al paciente sobre el propósito del torniquete y las sensaciones esperadas (p. ej., hormigueo, entumecimiento, dolor sordo), según corresponda.
- Evaluar al paciente en lo relacionado con el uso del torniquete (p. ej., ubicación adecuada del torniquete, estado de la piel debajo y distal al sitio de colocación del manguito, tamaño y forma de la extremidad, pulsos periféricos y sensación distal, capacidad de mover los dedos en la extremidad afectada).
- Detectar posibles contraindicaciones para el uso de torniquetes (p. ej., factores de riesgo de trombosis venosa profunda, extremidades isquémicas).
- Asegurarse de que los tubos y conectores del torniquete sean incompatibles con otros tubos (p. ej., tubos intravenosos, sistema de vacío) o que estén claramente etiquetados para identificar que forman parte del sistema del torniquete.
- Etiquetar claramente los tubos de torniquete para indicar qué tubo pertenece a cada manguito y cuál está asociado con cada componente del sistema durante los procedimientos que impliquen dos extremidades.
- Colocar el tubo del manguito sobre o cerca de la cara lateral de la extremidad.
- Verificar el sitio quirúrgico correcto antes de aplicar el manguito del torniquete.
- Envolver la extremidad con un acolchado suave y con poca pelusa (p. ej., manga protectora de extremidades, dos capas de medias, rollo de algodón) debajo del manguito del torniquete, asegurándose de que el acolchado esté libre de arrugas y no pellizque la piel.
- Aplicar y asegurar el manguito cómodamente alrededor de la extremidad, evitando las zonas neurovasculares y asegurándose de que no se pellizque la piel.
- Proteger la piel del paciente bajo el manguito para evitar la acumulación de líquido (p. ej., soluciones para preparación de la piel, irrigación).
- Proteger los manguitos reutilizables del torniquete de la contaminación por fluidos, sangre y otros materiales potencialmente infecciosos durante la cirugía.
- Aplicar protectores de torniquete (p. ej., apósitos en forma de U, apósitos adhesivos, funda de torniquete) para minimizar la suciedad, como se indica.
- Fijar la presión del torniquete para mantener una presión efectiva mínima según lo indique el médico, el anestesista o el protocolo del centro y basándose en la presión arterial sistólica y la circunferencia de la extremidad del paciente.
- Alertar al anestesista antes de envolver la extremidad.
- Desangrar la extremidad elevándola y envolviéndola con un vendaje elástico antes de inflar el manguito.
- Inflar el manguito bajo la dirección de un médico o un anestesista.
- Monitorizar al paciente continuamente durante su utilización y al desinflarlo para ver si hay respuestas fisiológicas al uso del torniquete.

- Asegurarse de que los indicadores de uso y la pantalla con la presión sean visibles y que las alarmas audibles sean lo suficientemente fuertes como para ser escuchadas por encima de otros sonidos en el quirófano.
- Asegurarse de que el tiempo que el torniquete esté inflado sea mínimo.
- Informar al médico sobre el tiempo que el torniquete está inflado a intervalos regulares y establecidos.
- Consultar con el cirujano y el anestesista acerca de desinflar el torniquete de 10 a 15 minutos para permitir la reperfusión del tejido cuando la duración de la isquemia sea superior a 2 horas.
- Verificar la presión de inflado del torniquete durante el proceso de tiempo muerto.
- Evitar el sobrecalentamiento del paciente mientras el torniquete está inflado, especialmente en pacientes pediátricos.
- Verificar periódicamente la presión del torniquete y el inflado del manguito durante su uso.
- Monitorizar el equipo de torniquete y la presión continuamente cuando se usa para un bloqueo i.v.
- Desinflar el manguito de torniquete bajo la dirección del médico y el anestesiólogo.
- Desinflar el manguito de torniquete utilizado para en el bloqueo i.v. de forma gradual.
- Confirmar la secuencia y el momento de desinflado de cada torniquete cuando se utilizan torniquetes en dos extremidades.
- Quitar el manguito de torniquete.
- Inspeccionar la piel debajo del manguito del torniquete después de quitarlo.
- Evaluar la fuerza de los pulsos periféricos, la sensación y la capacidad de mover los dedos después de desinflar o retirar el manguito.
- Documentar el número de identificación del equipo de torniquete, sitio del manguito, presión, tiempos de inflado y desinflado, estado de la piel bajo el manguito y valoración neurológica y circulatoria periférica, según el protocolo del centro.
- Informar sobre los ajustes de presión, duración del inflado del torniquete y los resultados cuando se transfiere el paciente a otros cuidadores.
- Monitorizar al paciente para detectar respuestas sistémicas y pérdida de sangre después de desinflar el manguito.
- Reportar complicaciones al médico, al anestesista y a otros cuidadores cuando se transfiere al paciente.
- Inspeccionar y limpiar el torniquete neumático después de su uso y según las instrucciones del fabricante.
- Limpiar los manguitos y las bolsas de aire reutilizables usando un desinfectante hospitalario según el protocolo del centro.

7.ª edición 2018

Bibliografía:

Association of Operating Room Nurses (2013). RP summary: Recommended practices for care of patients undergoing pneumatic tourniquet-assisted procedures. *AORN Journal, 98*(4), 397-400.

Association of Operating Room Nurses (2014). *Perioperative standards and recommended practices*. Denver, CO: Author.

Hicks, R. W., & Denholm, B. (2013). Implementing AORN recommended practices for care of patients undergoing pneumatic tourniquet-assisted procedures. *AORN Journal, 98*(4), 382-396.

O'Connor, C., & Murphy, S. (2007). Pneumatic tourniquet use in the perioperative environment. *Journal of Perioperative Practice, 17*(8), 391-397.

M

Manejo del vómito 1570

Definición: Prevención y alivio del vómito.

Actividades:

- Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre y la duración de la emesis, así como el grado en el que es forzado.
- Medir o estimar el volumen de la emesis.
- Aconsejar que se lleven bolsas de plástico para recoger la emesis.
- Determinar la frecuencia y la duración del vómito, utilizando escalas como la Escala Descriptiva de Duke, o el Índice de Rhodes de Náuseas y Vómitos.
- Conseguir un historial completo previo al tratamiento.
- Conseguir un historial dietético donde consten los alimentos que más agradan al paciente, sus aversiones y las preferencias culturales.
- Identificar los factores (medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir al vómito.
- Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para prevenir el vómito siempre que haya sido posible.
- Controlar los factores ambientales que pueden evocar el vómito (malos olores, ruido y estimulación visual desagradable).
- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenen o aumenten el vómito (ansiedad, miedo y ausencia de conocimiento).
- Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.
- Mantener la vía aérea oral abierta.
- Proporcionar apoyo físico durante el vómito (como ayudar a la persona a inclinarse o sujetarle la cabeza).
- Proporcionar alivio (p. ej., poner toallas frías en la frente, lavar la cara o proporcionar ropa limpia y seca) durante el episodio del vómito.
- Demostrar aceptación del vómito y colaborar con la persona al elegir una estrategia de control del vómito.
- Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz.
- Limpiar después del episodio del vómito poniendo especial atención en eliminar el olor.
- Esperar como mínimo 30 minutos después del episodio del vómito antes de dar líquidos al paciente (dando por sentado un tracto gastrointestinal y un peristaltismo normales).
- Empezar con una dieta líquida absoluta y no carbonatada.
- Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos si durante un período de 30 minutos no se han producido vómitos.
- Controlar si hay daños en el esófago y en la pared posterior de la faringe en caso de que el vómito y las arcadas sean prolongados.
- Controlar el equilibrio hidroelectrolítico.
- Fomentar el descanso.
- Utilizar suplementos nutricionales, si es necesario, para mantener el peso corporal.
- Pesar al paciente con regularidad.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (biorretroalimentación, hipnosis, relajación, imágenes guiadas, musicoterapia, distracción, acupresión) para controlar el vómito.
- Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas junto con otras medidas de control del vómito.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Informar a otros profesionales sanitarios y a los miembros de la familia de cualquier estrategia no farmacológica que esté utilizando el paciente.
- Ayudar al paciente y a la familia a solicitar y proporcionar ayuda.
- Controlar los efectos del control del vómito.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Fessele, K. S. (1996). Managing the multiple causes of nausea and vomiting in the patient with cancer. *Oncology Nursing Forum, 23*(9), 1409-1417.

Hogan, C. M. (1990). Advances in the management of nausea and vomiting. *Nursing Clinics of North America, 25*(2), 475-497.

Larson, P., Halliburton, P., & DiJulio, J. (1993). Nausea, vomiting, and retching. In V. Carrier-Kohlman, A. M. Lindsey, & C. M. West (Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing human responses to illness*. Philadelphia: W.B. Saunders.

Rhodes, V. A. (1990). Nausea, vomiting, and retching. *Nursing Clinics of North America, 25*(4), 885-900.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Oncology: Nursing management in cancer care. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 315-368). (Vol. 1). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Mantenimiento de la salud bucal 1710

Definición: Mantenimiento y fomento de la higiene bucal y la salud dental en pacientes con riesgo de desarrollar lesiones bucales o dentales.

Actividades:

- Establecer una rutina de cuidados bucales.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.
- Observar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes.
- Identificar el riesgo de desarrollo de estomatitis secundaria a la terapia con fármacos.
- Animar y ayudar al paciente a lavarse la boca.
- Observar si se producen efectos terapéuticos derivados de los anestésicos tópicos, cremas de protección oral y analgésicos tópicos o sistémicos, según proceda.
- Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario.
- Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis.
- Consultar con el médico o el dentista acerca del reajuste de alambres/aparatos de ortodoncia y métodos alternativos de cuidados bucales, si se produce irritación de las mucosas bucales por estos dispositivos.
- Consultar con el médico si persisten la sequedad, la irritación y las molestias bucales.
- Facilitar un cepillado de dientes y el uso del hilo dental a intervalos regulares.
- Recomendar el uso de un cepillo de cerdas suaves.
- Enseñar a la persona a cepillarse los dientes, las encías y la lengua.
- Recomendar una dieta saludable y la ingesta adecuada de agua.
- Establecer chequeos dentales, si es necesario.
- Ayudar con los cuidados de la dentadura postiza, si es necesario.
- Animar a los usuarios con dentadura postiza a cepillarse las encías y la lengua y a enjuagarse la cavidad oral a diario.
- Desaconsejar los hábitos de fumar y masticar tabaco.
- Enseñar al paciente a tomar chicles sin azúcar para aumentar la producción de saliva y la limpieza de los dientes.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Locker, D. (1992). Smoking and oral health in older adults. *Canadian Journal of Public Health, 83*(6), 429-432.

Payton, L. (2000). The winning smile. *Arkansas Nursing News, 16*(3), 27-30.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed., pp. 117-118, 132-140). St. Louis: Mosby.

Stiefel, K. A., Damron, S., Sowers, N. J., & Velez, L. (2000). Improving oral hygiene for the seriously ill patient: Implementing research-based practice. *MEDSURG Nursing, 9*(1), 40-46.

Titler, M., Pettit, D., Bulechek, G., McCloskey, J., Craft, M., Cohen, M., & ... Tripp-Reimer, T. (1991). Classification of nursing interventions for care of the integument. *Nursing Diagnosis, 2*(2), 45-56.

Walton, J. C., Miller, J., & Tordecilla, L. (2001). Elder oral assessment and care. *MEDSURG Nursing, 10*(1), 37-44.

Mantenimiento de procesos familiares 7130

Definición: Minimizar los efectos de la alteración de los procesos familiares.

Actividades:

- 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, 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.
- 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 juntos o debates familiares para la comunicación y la toma de decisiones.
- Proporcionar mecanismos para que los familiares acompañantes se comuniquen con otros miembros de la familia (teléfonos,

correo electrónico y dibujos, grabadoras, fotografías, cintas de vídeo).
- En los pacientes pediátricos, proporcionar oportunidades para el cuidado continuado de estos por parte de los progenitores.
- Disponer oportunidades para que los miembros adultos de la familia mantengan la implicación continua con sus trabajos, si es posible, o acogerse a bajas por motivos de cuidados de familiares.
- Ayudar a la familia a facilitar las visitas al hogar por parte del paciente, según corresponda.
- 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.
- Establecer programas de actividades de cuidado en casa para el paciente que minimicen la alteración de la rutina familiar.
- Enseñar a la familia técnicas de gestión del tiempo y de organización al realizar los cuidados del paciente en casa.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Broome, M. E., & Huth, M. M. (2001). Preparation for hospitalization, surgery and procedures. In M. Craft-Rosenberg, & J. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants, children, and families* (pp. 281-298). Thousand Oaks, CA: Sage.

Daugherty, J., Saarmann, L., Riegel, B., Sornborger, K., & Moser, D. (2002). Can we talk? Developing a social support nursing intervention for couples. *Clinical Nurse Specialist, 16*(4), 211-218.

Drageset, J. (2004). The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: A survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 18*(1), 65-71.

Finfgeld-Connett, D. (2005). Clarification of social support. *Journal of Nursing Scholarship, 37*(1), 4-9.

Titler, M. G., Cohen, M. Z., & Craft, M. J. (1991). Impact of adult critical care hospitalization: Perceptions of patients, spouses, children, and nurses. *Heart & Lung, 20*(2), 174-182.

Mantenimiento del acceso para diálisis 4240

Definición: Conservación de los lugares de acceso vascular (arteriovenosos).

Actividades:

- Comprobar si en el lugar de salida del catéter se ha producido su migración.
- Comprobar si en el lugar de acceso hay eritema, edema, calor, drenaje, hemorragia, hematoma y disminución de la sensibilidad.
- Aplicar gasa estéril, pomada y un apósito en el lugar del catéter de diálisis venosa central con cada tratamiento.
- Comprobar la permeabilidad de la fístula AV a intervalos frecuentes (p. ej., palpar si hay frémito y auscultar la presencia de un soplo).
- Heparinizar los catéteres de diálisis venosa central recién introducidos.
- Volver a heparinizar los catéteres de diálisis venosa central después de la diálisis o cada 72 horas.
- Evitar la compresión mecánica de los lugares de acceso periférico.
- Evitar la compresión mecánica de las piernas del paciente cerca del catéter de diálisis central.
- Enseñar al paciente a evitar la compresión mecánica del lugar de acceso periférico.
- Enseñar al paciente a cuidar el lugar de acceso de diálisis.
- Evitar la venopunción y la medición de la presión arterial en la extremidad de acceso periférico.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

Eisenbud, M. D. (1996). *The handbook of dialysis access*. Columbus, OH: Anadem.

Gutch, C. F., Stoner, M. H., & Corea, A. L. (1993). *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

Lancaster, L. E. (Ed.). (1995). *ANNA's core curriculum for nephrology nurses* (3rd ed., Section X). Pitman, NJ: American Nephrology Nurses.

Levine, D. Z. (1997). *Caring for the renal patient* (3rd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

Marketing social 8750

Definición: Utilización de los principios de marketing para influir en las creencias, actividades y conductas de la salud para beneficiar a una población diana.

Actividades:

- Mantener la atención en el público diana a través de todas las actividades.
- Cultivar las asociaciones con el público diana y profesionales adecuados.
- Identificar el objetivo global que se debe conseguir en colaboración con el público diana.
- Identificar los grupos clave formales, sociales y gubernamentales implicados.
- Realizar una evaluación de las necesidades del entorno que identifican los deseos del público diana.
- Realizar la evaluación de la organización o grupo.
- Identificar la investigación adecuada cuantitativa y cualitativa para proporcionar información, apoyo e indicadores de éxito.
- Diseñar un plan de acción basado en objetivos mutuamente acordados.
- Alimentar la base voluntaria del cambio social planeado.
- Identificar el producto (cambio de conducta), el precio (acciones del consumidor) y el lugar (cómo llega el producto al consumidor).
- Considerar los recursos económicos necesarios y disponibles.
- Identificar las actividades específicas de cada objetivo incluido el nombramiento de los participantes adecuados.

- Implementar el plan en colaboración con la población diana.
- Controlar el plan mediante monitorización de las tareas asignadas.
- Proporcionar informes adecuados de forma oportuna.
- Evaluar el plan de consecución de los objetivos considerando la sostenibilidad y la asequibilidad.
- Modificar el plan si es necesario.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Brown, K. M., Bryant, C., Forthofer, M., Perrin, K., Quinn, G., Wolper, M., & Lindenberger, J. (2000). Florida cares for women social marketing campaign: A case study. *American Journal of Health Behavior, 24*(1), 44-52.

Grier, S., & Bryant, C. (2005). Social marketing in public health. *Annual Review of Public Health, 26*, 319-339.

Kotler, P., & Roberto, E. (1989). *Social marketing: Strategies for changing public behavior*. New York: Free Press.

Pirani, S., & Reizes, T. (2005). The turning point social marketing national excellence collaborative: Integrating social marketing into routine public health practice. *Journal of Public Health Management and Practice, 11*(2), 131-138.

Smith, W. (2000). Social marketing: An evolving definition. *American Journal of Health Behavior, 24*(1), 11-17.

Szydlowski, S., Chattopadhyay, S., & Babela, R. (2005). Social marketing as a tool to improve behavioral health services for underserved populations in transition. *The Health Care Manager, 24*(1), 12-20.

Masaje 1480

Definición: Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de presión manual para disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación.

Actividades:

- Detectar la presencia de contraindicaciones, como trombopenia, disminución de la integridad cutánea, trombosis venosa profunda, zonas con lesiones abiertas, enrojecimiento o inflamación, tumores e hipersensibilidad al contacto.
- 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.
- 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.
- Envolver las áreas no expuestas con mantas, sábanas o toallas de baño si es necesario.
- Utilizar una loción, aceite o polvo seco para reducir la fricción (sin loción o polvos en la cabeza o cuero cabelludo), valorando cualquier sensibilidad o contraindicación.
- Calentar la loción o el aceite en la palma de las manos o girando la botella bajo agua caliente durante varios minutos.
- 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.
- Masajear las manos o los pies, si las otras zonas no son convenientes, o si resulta más cómodo para el paciente.
- Animar al paciente a que respire profundamente y a que se relaje durante el masaje.
- Animar al paciente a avisar si alguna parte del masaje es incómoda.
- Ordenar al paciente, al final del masaje, que descanse hasta que esté preparado y que luego se mueva lentamente.
- Utilizar el masaje solo o junto con otras medidas, si es apropiado.
- Evaluar y registrar la respuesta al masaje.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Altman, G. B. (2004). *Delmar's fundamental and advanced nursing skills* (2nd ed.). Clifton Park, NY: Delmar Learning.

Coe, A. B., & Anthony, M. L. (2005). Understanding bodywork for the patient with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 9*(6), 733-739.

Fontaine, K. L. (2005). *Complementary and alternative therapies for nursing practice* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Smith, M. C., Kemp, J., Hemphill, L., & Vojir, C. P. (2002). Outcomes of therapeutic massage for hospitalized cancer patients. *Journal of Nursing Scholarship, 34*(3), 257-262.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2004). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Snyder, M., & Tseng, Y. (2002). Massage. In M. Snyder, & R. Lindquist (Eds.), *Complementary/alternative therapies in nursing* (4th ed., pp. 223-233). New York: Springer.

Wang, H. L., & Keck, J. F. (2004). Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain. *Pain Management Nursing, 5*(2), 59-65.

Mediación de conflictos 5020

Definición: Facilitación del diálogo constructivo entre partes opuestas con el objetivo de resolver conflictos de una manera aceptable para ambas partes.

Actividades:

- Proporcionar un lugar reservado y neutral para conversar.
- Permitir que las partes expresen sus preocupaciones.
- Ofrecer consejos durante todo el proceso.
- Mantener la neutralidad durante todo el proceso.
- Emplear diversas técnicas de comunicación (p. ej., escucha activa, preguntas, paráfrasis, reflexión).
- Facilitar la definición de los problemas.
- Ayudar a las partes a identificar posibles soluciones de los problemas.

- Facilitar la búsqueda de resultados aceptables para ambas partes.
- Apoyar los esfuerzos de los participantes para favorecer la resolución.
- Controlar el transcurso del proceso de mediación.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Arnold, E., & Boggs, K. U. (1995). *Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses* (2nd ed.). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.

Schwebel, A. I., & Clement, J. A. (1996). Mediation as a mental health service: Consumers' and family members' perceptions. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 20*(1), 55-58.

Severson, M. M. (1995). Social work and the pursuit of justice through mediation. *Social Work, 40*(5), 683-691.

Sullivan, E. J., & Decker, P. J. (1992). *Effective management in nursing* (3rd ed.). Redwood City, CA: Addison-Wesley.

Mejora de la autoconfianza 5395

Definición: Fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de realizar una conducta saludable.

Actividades:

- 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.
- Identificar la percepción del individuo de los riesgos de no ejecutar la conducta deseada.
- Identificar los obstáculos al cambio de conducta.
- Proporcionar información sobre la conducta deseada.
- Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta.
- Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.
- 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).
- Modelar/demostrar la conducta deseada.
- Participar en un juego de rol para ensayar la conducta.
- Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta.
- Proporcionar oportunidades para dominar las experiencias (p. ej., implementación satisfactoria de la conducta).
- Utilizar afirmaciones convincentes positivas respecto a la capacidad del individuo de desarrollar la conducta.
- Fomentar la interacción con otros individuos que consiguen cambiar su conducta con éxito (p. ej., participación en un grupo de apoyo o formación en grupo).
- Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.

Fisher, K. (2006). School nurses' perceptions of self-efficacy in providing diabetes care. *Journal of School Nursing, 22*(4), 223-228.

Lau-Walker, M. (2006). A conceptual care model for individualized care approach in cardiac rehabilitation—combining both illness representation and self-efficacy. *British Journal of Health Psychology, 11*(pt. 1), 103-117.

Litarowsky, J. A., Murphy, S. O., & Canham, D. L. (2004). Evaluation of an anaphylaxis training program for unlicensed assistive personnel. *Journal of School Nursing, 20*(5), 279-284.

Long, J. D., & Stevens, K. R. (2004). Using technology to promote self-efficacy for healthy eating in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(2), 34-139.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Mejora de la capacidad funcional 1665

Definición: Maximizar el funcionamiento físico para evitar una disminución en las actividades de la vida diaria.

Actividades:

- 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).
- Asegurar una iluminación adecuada, suelos antideslumbrantes, alfombras antideslizantes y pasamanos, donde sea necesario.
- Abordar los problemas en el ciclo sueño-vigilia (p. ej., siestas diurnas excesivas, vigilia nocturna), según sea necesario.
- Abordar el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.
- Modificar las tareas o el entorno, según sea necesario.
- Aumentar la capacidad pulmonar mediante ejercicios aeróbicos y reacondicionamiento muscular, 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.

- Incluir a la familia y a los cuidadores en la planificación y el mantenimiento del programa de ejercicios.
- Aconsejar a los ancianos sobre maneras de optimizar las habilidades cognitivas en el envejecimiento, incluyendo rompecabezas, juegos de palabras, uso de computadoras.
- 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.
- Ayudar en la planificación de una dieta bien equilibrada, si es necesario.
- Fomentar las visitas programadas regularmente a sus servicios de salud.
- Proporcionar retroalimentación positiva a los esfuerzos del individuo.

7.ª edición 2018

Bibliografía:

Aldwin, C. M., & Gilmer, D. F. (2013). *Health, illness, and optimal*
Biological and psychosocial perspectives (2nd ed.). New York, NY: Sp
Boltz, M, Resnik, B., & Galik, E. (2013). *Nursing standard of practice p*
Function-focused care (FFC) interventions. Obtenido de https://cons
org/geriatric-topics/function-focused-care-ffc-interventions
Matzo, M., & Sherman, D. W. (2015). *Palliative care nursing: Quality*
the end of life (4th ed.). New York: Springer.
Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2013). *Fundam*
of nursing (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
Williams, K., & Kemper, S. (2010). Exploring interventions to reduce co
decline in aging. *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Se*
48(5), 42-51.

Mejora de la colaboración

Definición: Mejora de la cooperación interdisciplinar y entre proveedores de servicios de salud.

Actividades:

- Buscar aportes y respetar las contribuciones de los demás.
- Construir equipos de aproximadamente 5 a 9 miembros.
- Diseñar espacios de trabajo en grupo que admitan fácilmente de 5 a 9 personas, con igualdad de acceso a la información digital y analógica mostrada y con la posibilidad de verse cara a cara.
- Asegurar que los espacios de trabajo tengan fácil capacidad de proyección y teleconferencia.
- Animar a los miembros del grupo a cambiar de sitio regularmente para construir redes más fuertes.
- Proporcionar puestos de trabajo individuales para poder trabajar concentrados, con intimidad, con acceso visual a los otros y un lugar para que un visitante se siente (p. ej., un banco).
- Proporcionar un espacio social en el que las personas puedan hablar de manera informal.
- Permitir a los trabajadores tener la posibilidad de elegir y controlar el lugar en el que trabajan, proporcionando una amplia gama de ajustes.
- Apoyar programas de educación interdisciplinar, incluyendo días de orientación interprofesional, eventos sociales, nombramientos conjuntos de profesores, cursos interdisciplinares y actividades clínicas.
- Proporcionar herramientas basadas en la web (p. ej., calendario, agendas, asignaciones de comités, formularios y documentos apropiados) para ayudar a los trabajadores a comunicarse y coordinarse.
- Incluir al paciente como compañero de equipo, según corresponda.
- Usar herramientas de comunicación (p. ej., reuniones diari petir la información para confirmarla, método SBAR [Situ Antecedentes, Evaluación, Recomendación], ruegos y pregu según sea necesario.
- Continuar el diálogo sobre las cuestiones jurídicas y éticas a bles a la situación.
- Abordar los conceptos erróneos y los estereotipos ent miembros del equipo.
- Utilizar la negociación como estrategia para la resoluci conflictos.
- Valorar los beneficios del trabajo en equipo.

7.ª edición 2018

Bibliografía:

Freshman, B., Rubino, L., & Chassiakos, Y. R. (Eds.). (2010). *Collabo*
across the disciplines in health care. Sudbury, MA: Jones and Bartlett
Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011). *Core c*
tencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert
Washington DC: Author.
The Joint Commission (2012). *Improving patient and worker safety: Oppo*
ties for synergy, collaboration and innovation. Oakbrook Terrace, IL: A
MacDonald, M., Bally, J., Ferguson, L., Murray, B., Fowler-Kerry, S., & M
son, J. (2010). Knowledge of the professional role of others: A key
professional competency. *Nurse Education in Practice, 10*(4), 238-24
Steelcase WorkSpace Futures. (2010). *How the workplace can improve c*
ration. Obtenido de http://www.steelcase.com/content/uploads/20
threesixty-collaboration-white-paper-v2.6.pdf

Mejora de la imagen corporal

Definición: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.

Actividades:

- Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo.
- Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles.
- Determinar si el disgusto percibido por ciertas caracter físicas crea una parálisis social disfuncional en adolesce otros grupos de alto riesgo.
- Ayudar al paciente a comentar los cambios causados p enfermedad o cirugía, según corresponda.

- Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento.
- Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal del paciente.
- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda.
- Ayudar a determinar la influencia de los grupos a los que pertenece en la percepción del paciente de su imagen corporal actual.
- Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la pubertad, si resulta oportuno.
- Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por un embarazo normal, según corresponda.
- Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por el envejecimiento, según corresponda.
- Enseñar al paciente los cambios normales del cuerpo asociados a los diversos estadios del envejecimiento, según corresponda.
- Ayudar al paciente a comentar los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía.
- Identificar la influencia de la cultura, religión, raza, sexo y edad del paciente en la imagen corporal.
- Observar la frecuencia de las afirmaciones de autocrítica.
- Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.
- Observar si hay afirmaciones que identifican las percepciones de imagen corporal que tengan que ver con la forma y el peso corporal.
- Utilizar dibujos de sí mismo como mecanismo de evaluación de las percepciones de la imagen corporal de un niño.
- Instruir a los niños acerca de las funciones de las diversas partes corporales, según corresponda.
- Determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.
- Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los progenitores en respuesta a los cambios de aspecto de sus hijos.
- Determinar la respuesta del niño a las reacciones de sus padres, según corresponda.
- Enseñar a los padres la relevancia de sus respuestas a los cambios corporales del niño y la futura adaptación, según corresponda.
- Ayudar a los padres a identificar los sentimientos previos a la intervención con el niño, según corresponda.
- Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.
- Ayudar al paciente a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ellas.
- Identificar los medios de disminución del efecto causado por cualquier desfiguración mediante ropa, pelucas o cosméticos, según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.
- Ayudar al paciente hospitalizado a aplicarse cosméticos antes de recibir visitas, según corresponda.
- Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares.
- Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente.
- Ayudar al paciente con riesgo de padecer anorexia o bulimia a desarrollar unas expectativas de imagen corporal más realistas.
- Utilizar ejercicios de auto-revelación con grupos de adolescentes u otros grupos de personas muy preocupadas acerca de los atributos físicos normales.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Blaesing, S., & Brockhaus, J. (1972). The development of body image in the child. *Nursing Clinics of North America, 7*(4), 597-607.

Haber, J., Krainovich-Miller, B., McMahon, A., & Price-Hoskins, P. (1997). *Comprehensive psychiatric nursing* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Janelli, L. M. (1986). Body image in older adults: A review of the literature. *Rehabilitation Nursing, 11*(4), 6-8.

McBride, L. G. (1986). Teaching about body image: A technique for improving body satisfaction. *Journal of School Health, 56*(2), 76-77.

Nichols, P. (1996). *Clear thinking: Clearing dark thought with new words and images.* Iowa City, IA: River Lights.

Vernon, A. (1989). *Thinking, feeling, behaving: An emotional education curriculum for adolescents (grades 1-6).* Champaign, IL: Research Press.

Vernon, A. (1989). *Thinking, feeling, behaving: An emotional education curriculum for adolescents (grades 7-12).* Champaign, IL: Research Press.

Williamson, M. L. (1987). The nursing diagnosis of body image disturbance in adolescents dissatisfied with their physical characteristics. *Holistic Nursing Practice, 1*(4), 52-59.

Wilson, H. S., & Kneisl, C. R. (1992). *Psychiatric nursing* (4th ed.). Redwood City, CA: Addison-Wesley.

Mejora de la perfusión cerebral 2550

Definición: Fomento de una perfusión adecuada y limitación de las complicaciones en un paciente con perfusión cerebral inadecuada o que corre el riesgo de presentarla.

Actividades:

Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos.

Administrar y ajustar los medicamentos vasoactivos, según prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicos.

Inducir hipertensión con expansores de volumen o agentes inotrópicos o vasoconstrictores, según 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 lo prescrito.
- Extraer sangre para monitorizar el nivel de hematocrito, electrólitos y glucosa en sangre.
- Mantener el nivel de hematocrito para el tratamiento de hemodilución hipervolémica según el protocolo.
- Vigilar las convulsiones.
- Consultar con el médico para determinar la posición óptima del cabecero de la cama (0, 15 o 30°) y controlar la respuesta del paciente a la posición de la cabeza.
- Evitar la flexión del cuello y la flexión extrema de la cadera/rodilla.
- Mantener el nivel de pCO_2 a 25 mmHg o superior.
- Administrar calcioantagonistas y vasopresores, según prescripción.

- Administrar y vigilar los efectos de los diuréticos osmóticos y de asa, así como de los corticoides.
- Administrar analgésicos, según corresponda.
- Administrar medicamentos anticoagulantes, antiplaquetarios y trombolíticos, según prescripción.
- Monitorizar el estado neurológico.
- Calcular y monitorizar la presión de perfusión cerebral (PPC).
- Monitorizar la PIC del paciente y la respuesta neurológica a los cuidados.
- Monitorizar la presión arterial media (PAM).
- Monitorizar la PVC.
- Monitorizar la presión de enclavamiento de la arteria pulmonar y la PAP.
- Controlar los valores de laboratorio para detectar cambios en la oxigenación o en el equilibrio acidobásico, según corresponda.
- Monitorizar el estado respiratorio (frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones; niveles de PO_2, pCO_2, pH y bicarbonato).
- Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular (niveles de $PaCO_2$, SaO_2, hemoglobina y gasto cardíaco), si están disponibles.
- Auscultar los sonidos pulmonares para detectar crepitantes u otros sonidos adventicios.
- Vigilar signos de sobrecarga de líquidos (roncus, distensión de la vena yugular [DVY], edema y aumento de las secreciones pulmonares).
- Monitorizar las entradas y salidas.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Cecil, S., Chen, P., Callaway, S., Rowland, S., Adler, D., & Chen, J. (2011). Traumatic brain injury: Advanced multimodal neuromonitoring from theory to clinical practice. *Critical Care Nurse, 31*(2), 25-36.

Lang, S. S., Kofke, W. A., & Stiefel, M. F. (2012). Monitoring and intraoperative management of elevated intracranial pressure and decompressive craniectomy. *Anesthesiology Clinics, 30*(2), 289-310.

Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2010). In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (Vol. 2). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Treggiari, M. M. (2011). Hemodynamic management of subarachnoid hemorrhage. *Neurocritical Care, 15*(2), 329-335.

Wijayatilake, D. S., Shepherd, S. J., & Sherren, P. B. (2012). Updates in the management of intracranial pressure in traumatic brain injury. *Current Opinion Anaesthesiology, 25*(5), 540-547.

Woodrow, P. (2012). *Intensive care nursing: A framework for practice* (3rd ed.). New York, NY: Routledge.

Mejora de la tos 3250

M

Definición: Fomento de una inhalación profunda en el paciente con la subsiguiente producción de altas presiones intratorácicas y compresión del parénquima pulmonar subyacente para la expulsión forzada de aire.

Actividades:

- Monitorizar los resultados de las pruebas de función respiratoria, sobre todo la capacidad vital, fuerza inspiratoria máxima, volumen espiratorio forzado en un segundo (VEMS) y VEMS/CVF, según corresponda.
- Ayudar al paciente a sentarse con la cabeza ligeramente flexionada, los hombros relajados y las rodillas flexionadas.
- Animar al paciente a que realice varias respiraciones profundas.
- Animar al paciente a que realice una respiración profunda, la mantenga durante 2 segundos y tosa dos o tres veces seguidas.
- Indicar al paciente que inspire profundamente, se incline ligeramente hacia adelante y realice tres o cuatro soplidos (contra la glotis abierta).
- Enseñar al paciente a que inspire profundamente varias veces, espire lentamente y a que tosa al final de la espiración.
- Poner en práctica técnicas de apretar y soltar súbitamente la caja torácica lateral durante la fase de espiración de la maniobra de tos, según corresponda.
- Mientras el paciente tose, comprimir el abdomen por debajo de la apófisis xifoides con la mano plana, mientras se le ayuda a que se incline hacia delante.
- Indicar al paciente que siga tosiendo con varias inspiraciones máximas.
- Fomentar el uso de la espirometría de incentivo, según corresponda.
- Fomentar la hidratación a través de la administración de líquido por vía sistémica, según corresponda.
- Ayudar al paciente a utilizar una almohada o una sábana enrollada como tablilla contra la herida al toser.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Thelan, L. A., Davie, J. K., Urden, L. D., & Lough, M. E. (1994). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Mejorar el acceso a la información sanitaria 5515

Definición: Ayudar a las personas con capacidad limitada para obtener, procesar y comprender la información relacionada con la salud y la enfermedad.

Actividades:

- 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.

- 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 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).
- Obtener los servicios de un intérprete si es necesario.
- Proporcionar información esencial escrita y oral a un paciente en su lengua materna.
- 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 (p. ej., utilizar frases cortas y palabras comunes con menos sílabas, resaltar los puntos clave, utilizar una voz activa, letra grande, maquetación y diseño de fácil utilización, contenido similar de grupo en segmentos, resaltar las conductas y la acción que debe tomarse, utilizar imágenes o diagramas para aclarar y disminuir la carga lectora).
- Utilizar estrategias para potenciar el conocimiento (p. ej., empezar con la información más importante, centrarse en los mensajes clave y repetir, limitar la cantidad de información presentada cada vez, utilizar ejemplos para ilustrar puntos importantes, relacionarla con la experiencia del individuo, utilizar un estilo narrador).
- Utilizar múltiples herramientas de comunicación (p. ej., cintas de audio, cintas de vídeo, vídeo digital, ordenadores, pictogramas, modelos, diagramas).
- 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?).
- Ayudar al individuo a anticipar sus experiencias en el sistema sanitario (p. ej., hacerle preguntas, ver a diferentes profesionales sanitarios, dejar que los profesionales sepan cuándo no se entiende la información, obtener los resultados de los análisis, hacer y mantener las visitas programadas).
- Animar a utilizar medidas efectivas para afrontar la alteración del acceso a la información sobre salud (p. ej., ser persistente cuando se pide ayuda, traer una lista escrita de preguntas o preocupaciones en cada visita, depender de explicaciones orales o demostraciones de tareas, buscar la ayuda de familiares o amigos al obtener la información sanitaria).

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Baker, D. W. (2006). The meaning and measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine, 21*(8), 878-883.

DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine, 19*(12), 1228-1239.

Doak, C. C., Doak, L. G., & Root, J. H. (1996). *Teaching patients with low literacy skills* (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.

Dubrow, J. (2004). *Adequate literacy and health literacy: Prerequisites for informed health care decision making*. Washington, DC: AARP Public Policy Institute.

Institute of Medicine. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion* [L. Nielsen-Bohlman, A. Panzer, & D. Kindig, Eds.]. Washington, DC: National Academies Press.

Osborne, H. (2005). *Health literacy from A to Z. Practical ways to communicate your health message*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Schwartzberg, J. G., VanGeest, J. B., & Wang, C. (Eds.). (2005). *Understanding health literacy: Implications for medicine and public health*. Chicago, IL: American Medical Association.

Speros, C. (2005). Health literacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 50*(6), 633-640.

Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J., & Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. *Annals of Family Medicine, 3*(6), 514-522.

Mejorar el afrontamiento

5230

Definición: Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.

Actividades:

- 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, 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 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.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.
- Fomentar un dominio gradual de la situación.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Alentar la aceptación de las limitaciones de los demás.
- Reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente.
- Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado.
- Explorar los éxitos anteriores del paciente.
- Indagar las razones del paciente para su autocrítica.
- Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).
- Facilitar salidas constructivas a la ira y la hostilidad.
- 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.
- Estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales.
- Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.
- Comentar las consecuencias de no enfrentarse a los sentimientos de culpa y vergüenza.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores.
- Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social.
- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.
- Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño.
- Estimular la implicación familiar, según corresponda.
- Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
- Proporcionar un entrenamiento en habilidades sociales adecuadas.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afro sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida papel.
- Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si res necesario.
- Ayudar al paciente a afrontar el duelo y superar las pérdi causadas por la enfermedad y/o discapacidad crónica, si e caso.
- Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.
- Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Boyd, M. A. (Ed.). (2008). *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (4th Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Carroll-Johnson, R., Gorman, L., & Bush, N. (Eds.). (2006). *Psychos nursing care along the cancer continuum* (2nd ed.). Pittsburgh, PA: Onco Nursing Society.

Clarke, P., & Black, S. E. (2005). Quality of life following stroke: Negotia disability, identity, and resources. *Journal of Applied Gerontology, 2* 319-336.

Garcia, C. (2009). Conceptualization and measurement of coping du adolescence: A review of the literature. *Journal of Nursing Scholar* *42*(2), 166-185.

Lorenz, R. (2010). Coping with preclinical disability: Older women's exper ces of everyday activities. *Journal of Nursing Scholarship, 42*(4), 439-4

Meadus, R. J. (2007). Adolescents coping with mood disorder: A grou theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*(2), 217.

Pavlish, C., & Ceronsky, L. (2009). Oncology nurses' perceptions of nur roles and professional attributes in palliative care. *Clinical Journal of cology Nursing, 13*(4), 404-412.

Peek, G., & Melnyk, B. (2010). Coping interventions for parents of chil newly diagnosed with cancer: An evidence review with implication clinical practice and future research. *Pediatric Nursing, 36*(6), 306-31

Stuart, G. W. (Ed.). (2009). *Principles and practice of psychiatric nu* (9th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Mejorar el sueño 1850

Definición: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

Actividades:

- 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, las situaciones de estrés psicosocial, etc.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño.
- Observar/registrar el patrón 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.
- Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.
- Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Animar al paciente a que establezca 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 del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de inicio de sueño y objetos familiares (para los niños su manta/juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro, etc.), según corresponda.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.
- Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama.
- Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda.
- Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.
- Iniciar/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.
- Disponer siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades de sueño.
- Agrupar las actividades de cuidados para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.
- Instruir al paciente y a los allegados acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, cambios frecuentes de turnos de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el esquema del sueño.
- Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.
- Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresor(es) de la fase REM.
- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.
- Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Sleep and rest. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 1143-1163). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Glick, O. J. (1992). Interventions related to activity and movement. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 541-568.

Guyton, A. (1991). *Textbook of medical physiology* (8th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

Institute of Medicine. (2006). *Sleep disorders and sleep deprivation* [H. R. Colten & B. M. Altevogt, Eds.]. Washington, DC: National Academies Press.

McFarland, G. K., & McFarlane, E. A. (1997). *Nursing diagnosis and intervention: Planning for patient care* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.

Prinz, P. N., Vitiello, M. V., Raskind, M. A., & Thorpy, M. J. (1990). Sleep disorders and aging. *New England Journal of Medicine, 323*(8), 520-526.

M

Mejorar la comunicación: déficit auditivo 4974

efinición: Uso de estrategias que aumenten las capacidades de comunicación de las personas con hipoacusia.

ividades:

Realizar u organizar las evaluaciones y cribados auditivos rutinarios.

Monitorizar la acumulación excesiva de cerumen.

Instruir a los pacientes para que no utilicen cuerpos extraños más pequeños que las yemas de sus dedos (p. ej., bastoncillos de algodón, horquillas, palillos dentales y otros objetos afilados) para extraerse el cerumen.

Extraer el exceso de cerumen con el extremo enrollado de una gasa mientras se tracciona hacia abajo de la oreja.

Plantear la irrigación del oído para la extracción del exceso de cerumen si la actitud expectante, la extracción manual y los agentes ceruminolíticos son ineficaces.

- Observar y documentar el método de comunicación preferido por el paciente (p. ej., verbal, escrito, lectura de labios o lenguaje de signos) en el plan asistencial.
- Lograr la atención del paciente antes de hablarle (es decir, lograr su atención mediante el contacto).
- Evitar ambientes ruidosos a la hora de comunicarse.
- Evitar comunicarse a más de 1 m del paciente.
- Utilizar gestos cuando sea necesario.
- Escuchar con atención, permitiendo que el paciente tenga suficiente tiempo para procesar la comunicación y responder.
- No gritar al paciente.
- Facilitar la lectura de labios poniéndose directamente frente al paciente en un lugar bien iluminado.

- Pedir al paciente que sugiera estrategias para mejorar la comunicación (p. ej., hablar hacia el mejor oído y moverse a una zona bien iluminada).
- Ponerse directamente frente al paciente, estableciendo el contacto ocular y evitando girarse a mitad de la frase.
- Simplificar el lenguaje (es decir, no utilizar jerga y emplear frases cortas y sencillas), según corresponda.
- Utilizar una voz más baja y profunda al hablar.
- Evitar una forma de hablar infantil y las expresiones exageradas
- Evitar fumar, mascar alimentos o chicle y cubrirse la boca al hablar.
- Verificar lo que se ha dicho o escrito utilizando la respuesta del paciente antes de continuar.
- Facilitar el uso de audioprótesis y de dispositivos de escucha asistida (p. ej., amplificador telefónico, dispositivos con cable, modulación de frecuencia personal y ordenadores).
- Retirar e insertar las audioprótesis de forma adecuada.
- Retirar la batería de la audioprótesis cuando no vaya a usarse varios días.
- Limpiar los moldes auriculares desmontables con una solución jabonosa suave, eliminando la humedad o los detritos con un paño suave y evitando el alcohol isopropílico, los disolventes y el aceite.
- Limpiar los moldes auriculares no desmontables con un paño húmedo, retirando la humedad o los detritos con un paño suave y evitando el alcohol isopropílico, los disolventes y el aceite.
- Comprobar las baterías de las audioprótesis de forma periódica, sustituyéndolas cuando sea necesario.
- Remitirse a las instrucciones del fabricante sobre el uso adecuado, el cuidado y el mantenimiento de las audioprótesis y los dispositivos de escucha asistida.
- Instruir al paciente, al personal de enfermería y a la familia sobre el uso, el cuidado y el mantenimiento de las audioprótesis y los dispositivos de escucha asistida.
- Ayudar al paciente o la familia a comprar las audioprótesis y los dispositivos de escucha asistida.
- Remitir al paciente al profesional de asistencia primaria o al especialista para la evaluación, tratamiento y rehabilitación auditiva.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2013

Bibliografía:

Adams-Wendling, L., & Pimple, C. (2008). Nursing management of hearing impairment in nursing facility residents [S. Adams & M. G. Titler, Eds.]. *Journal of Gerontological Nursing, 34*(11), 9-17.

Lindblade, D., & McDonald, M. (1995). Removing communication barriers for the hearing-impaired elderly. *MedSurg Nursing, 4*(5), 377-385.

Maas, M., Buckwalter, K., Hardy, M., Tripp-Reimer, T., Titler, M., & Specht, J. (Eds.). (2001). *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions* (pp. 485). St. Louis, MO: Mosby.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (Vol. 2). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

M

Mejorar la comunicación: déficit del habla 4976

Definición: Empleo de estrategias que aumenten las capacidades de comunicación de las personas con dificultades para el habla.

Actividades:

- 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).
- Mantener un entorno y rutinas estructuradas (es decir, asegurar unos horarios diarios constantes, proporcionar recordatorios frecuentes, así como calendarios y otras pistas ambientales).
- Modificar el entorno para minimizar el exceso de ruido y disminuir el estrés emocional (limitar los visitantes y un ruido excesivo de los aparatos).
- 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.
- Repetir lo que dice el paciente para asegurar la precisión.
- Instruir al paciente para que hable despacio.
- 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 logoterapeuta o logopeda para desarrollar un plan dirigido a lograr una comunicación eficaz.
- Proporcionar una válvula unidireccional a los pacientes con traqueostomía, que sustituye la necesidad de ocluir la cánula con el dedo.
- Instruir al paciente o a la familia sobre el uso de ayudas para el habla tras una laringectomía (p. ej., erigmofonía, laringes eléctricas, fístulas traqueoesofágicas).
- Permitir al paciente que escuche lenguaje hablado con frecuencia, según corresponda.
- Proporcionar refuerzo positivo, según corresponda.
- Utilizar un intérprete, según se precise.

- Remitir al paciente a sistemas de apoyo comunitario (p. ej., asociaciones de laringectomizados y asociaciones de pacientes oncológicos).
- Remitir al paciente a un logoterapeuta o logopeda.
- Coordinar las actividades del equipo de rehabilitación.

2.ª edición 1996; revisada en 2013

Bibliografía:

Craven, R., & Hirnle, C. (2009). Cognitive processes. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed., pp. 1237-1268). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L. (2010). *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Kelly, H., Brady, M. C., & Enderby, P. (2010). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010*(5), doi: 10.1002/14651858.CD000425.pub2.

Law, J., Garrett, Z., & Nye, C. (2003). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003*(3), doi: 10.1002/14651858.CD004110.

Mejorar la comunicación: déficit visual 4978

Definición: Empleo de estrategias que aumenten las capacidades de comunicación de las personas con disminución de la visión.

Actividades:

- Realizar u organizar evaluaciones y cribados rutinarios de la visión.
- Monitorizar las implicaciones funcionales de la disminución de la visión (p. ej., riesgo de lesiones, depresión, ansiedad y capacidad de realizar actividades de la vida diaria, así como actividades valoradas).
- Identificarse al entrar en el espacio del paciente.
- Ayudar al paciente a aumentar la estimulación de otros sentidos (p. ej., paladear el aroma, gusto y textura de los alimentos).
- Garantizar que las gafas o lentillas del paciente tengan una prescripción actualizada, estén limpias y se guarden de forma adecuada cuando no se usen.
- Proporcionar una iluminación adecuada de la habitación.
- Minimizar el deslumbramiento (ofrecer gafas o utilizar cubreventanas).
- Proporcionar textos con letra grande.
- Describir el entorno al paciente.
- Mantener un entorno despejado.
- Evitar reordenar los objetos del entorno del paciente sin notificárselo.
- Proporcionar ayudas para la vida diaria (p. ej., reloj y teléfono con números grandes).
- Aplicar etiquetas para distinguir los objetos utilizados con frecuencia (p. ej., marcadores con código de color para los electrodomésticos, marcar los frascos de fármacos con colores de alto contraste o con bandas de goma y etiquetas con imperdibles en la ropa de color similar).
- Usar colores brillantes y de alto contraste en el entorno.
- Leerle el correo, periódico y otra información pertinente al paciente.
- Identificar los objetos de una bandeja de comida en relación con los números de un reloj.
- Plegar los billetes de forma diferente para identificarlos con facilidad.
- Proporcionar dispositivos de aumento (p. ej., lupa de mano, con soporte y magnificadores de imagen).
- Proporcionar sustitutos para la visión (p. ej., materiales escritos en Braille, audiolibros, relojes parlantes y marcadores táctiles).
- Ayudar a los progenitores, familia, educadores y cuidadores implicados con un niño con déficit visual para que satisfagan sus necesidades de información (p. ej., modo de enseñar al niño, orientación anticipatoria y consideraciones sobre el desarrollo).
- Instruir a los progenitores, familia, educadores y cuidadores para reconocer y responder a las formas expresivas no tradicionales de comunicación (p. ej., movimientos y expresiones faciales).
- Ayudar a los progenitores, familia, educadores y cuidadores para desarrollar sistemas de comunicación funcionales y fiables (p. ej., microinterruptores o dispositivos productores de voz).
- Ayudar al paciente o a la familia a identificar recursos disponibles para la rehabilitación visual.
- Derivar al paciente que necesite tratamiento quirúrgico o médico de otro tipo.
- Derivar al paciente a los servicios de apoyo (p. ej., social, ocupacional y psicológico).

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

American Academy of Ophthalmology Vision Rehabilitation Committee (2007). *Preferred practice pattern guidelines: Vision rehabilitation for adults.* San Francisco, CA: Author.

Craven, R., & Hirnle, C. (2009). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Maas, M., Buckwalter, K., Hardy, M., Tripp-Reimer, T., Titler, M., & Specht, J. (Eds.). (2001). *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions* (pp. 483-485). St. Louis, MO: Mosby.

Parker, A. T., Grimmett, E. S., & Summers, S. (2008). Evidence-based communication practices for children with visual impairments and additional disabilities: An examination of single-subject design studies. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 102*(9), 540-552.

Micción estimulada 0640

Definición: Promover la continencia urinaria a través del uso de recordatorios verbales para ir al baño con regularidad y de retroalimentación social positiva por el éxito al orinar.

Actividades:

- Determinar la capacidad para reconocer la urgencia de orinar.
- Mantener un registro específico de continencia durante 3 días para establecer un patrón miccional.
- Utilizar para pacientes sin signos ni síntomas de incontinencia urinaria por rebosamiento y/o refleja.
- 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 (5 segundos) para que el propio paciente solicite ayuda para ir al baño.
- Determinar la conciencia del paciente del estado de continencia preguntándole si está mojado o seco.
- Determinar la precisión de la respuesta comprobando físicamente la ropa, o la ropa de cama, si procede.
- Reforzar positivamente la precisión de la respuesta del estado de continencia y el éxito de la continencia entre períodos programados de aseo.
- Estimular el uso del váter o un sustituto (un máximo de tres veces), independientemente del estado de continencia.
- Ofrecer ayuda para ir al baño, independientemente del estado de continencia.
- Proporcionar intimidad para ir al baño.
- Reforzar positivamente elogiando la conducta deseada de ir al baño.
- Abstenerse de hacer observaciones acerca de la incontinencia o de la negativa de ir al baño.
- Informar al paciente de la próxima sesión de ir al baño.
- Enseñar al paciente a tomar conciencia de la continencia urinaria entre sesiones de ir al baño, si no presenta alteraciones cognitivas.
- Enseñar al paciente a solicitar por sí mismo el ir al baño en respuesta a la urgencia de miccionar.
- Documentar los resultados de la sesión de ir al baño 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.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Colling, J., Ouslander, J., Hadley, B. J., Eisch, J., & Campbell, E. (1992). The effects of patterned urge response toileting (PURT) on urinary incontinence among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society, 40*(2), 135-141.

Kaltreider, D. L., Hu, T. W., Igou, J. F., Yu, L. C., & Craighead, W. E. (1990). Can reminders curb incontinence? *Geriatric Nursing, 11*(1), 17-19.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed, pp. 1255-1290). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Lyons, S. S., & Specht, J. K. P. (1999). *Research-based protocol: Prompted voiding for persons with urinary incontinence*. Iowa City, IA: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center.

Palmer, M., Bennett, R., Marks, J., McCormick, K., & Engel, B. (1994). Urinary incontinence: A program that works. *Journal of Long-Term Care Administration, 22*(2), 19-25.

Specht, J. P., & Maas, M. L. (2001). Urinary incontinence: Functional, iatrogenic, overflow, reflex, stress, total, and urge. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions* (pp. 252-278). St. Louis, MO: Mosby.

M

Modificación de la conducta 4360

Definición: Promoción de un cambio de conducta.

Actividades:

- Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta.
- Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables.
- Presentar al paciente a personas (o grupos) que hayan superado con éxito la misma experiencia.
- Mantener una conducta coherente por parte del personal.
- Reforzar las decisiones constructivas respecto a las necesidades sanitarias.
- Proporcionar una retroalimentación en términos de sentimientos cuando se observe que el paciente esté sin síntomas y parezca relajado.
- Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos del paciente por cambiar su conducta.
- Ofrecer un refuerzo positivo a las decisiones del paciente que hayan sido tomadas de forma independiente.
- Animar al paciente a que examine su propia conducta.
- Ayudar al paciente a identificar incluso los pequeños éxitos logrados.
- Identificar el problema del paciente en términos de conducta.
- Identificar la conducta que ha de cambiarse (conducta diana) en términos específicos, concretos.
- Desglosar la conducta que ha de cambiarse en unidades de conducta más pequeñas, mensurables (p. ej., dejar de fumar: número de cigarrillos fumados).
- Utilizar períodos de tiempo específicos al medir las unidades de conducta (número de cigarrillos fumados al día).
- Determinar si la conducta diana identificada debe ser aumentada, disminuida o aprendida.
- 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.
- Desarrollar un método (p. ej., un gráfico o diagrama) para registrar la conducta y sus cambios.
- Animar al paciente a participar en el seguimiento y el registro de las conductas.
- Comentar el proceso de modificación de la conducta con el paciente/allegados.
- 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.
- Administrar refuerzos positivos según un esquema predeterminado (continuo o intermitente) para las conductas deseadas.
- Retirar los refuerzos positivos de conductas que han de ser disminuidas, y centrar los refuerzos en una conducta sustitutiva más deseable.
- Animar al paciente a participar en la selección de refuerzos significativos.
- Elegir refuerzos que puedan ser controlados (p. ej., utilizados solo cuando se produce la conducta que ha de cambiarse).
- Coordinar un sistema de cupones o puntos de refuerzo en las conductas complejas o múltiples.
- Desarrollar un contrato terapéutico con el paciente para apoyar la puesta en práctica del sistema de cupones/puntos.
- Favorecer la adquisición de habilidades reforzando sistemáticamente los componentes simples de la habilidad o tarea.
- Facilitar el aprendizaje de conductas deseadas por medio de técnicas de modelado.
- Evaluar los cambios de conducta mediante la comparación de los sucesos basales con sucesos de conducta posteriores a la intervención.
- Documentar y comunicar el proceso de modificación al equipo de tratamiento, según se precise.
- Realizar un seguimiento de refuerzo a largo plazo (contacto telefónico o personal).

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Boyd, M. A. (2005). Psychiatric-mental health nursing interventions. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed., pp. 218-232). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Coucouvanis, J. A., & McCarthy, A. M. (2001). Behavior modification. In M. Craft-Rosenberg, & J. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants, children, and families* (pp. 427-444). Thousand Oaks, CA: Sage.

Nelson, P. J. (2008). Behavior modification. In B. J. Ackley, G. B. Ladwig, B. A. Swan, & S. J. Tucker (Eds.), *Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions* (pp. 99-105). St. Louis, MO: Mosby/Elsevier.

Stuart, G. W. (Ed.). (2009). *Cognitive and behavior change interventions. In: Principles and practice of psychiatric nursing* (9th ed., pp. 559-572). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Townsend, M. C. (2009). Behavior therapy. In *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (6th ed., pp. 279-288). Philadelphia, PA: F.A. Davis.

Modificación de la conducta: habilidades sociales 4362

Definición: Ayudar al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social.
- Considerar el uso de un programa de entrenamiento de conducta basado en habilidades interpersonales estandarizadas y evidenciadas.
- Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales.
- Ayudar al paciente a identificar los resultados deseados de las relaciones o situaciones interpersonales problemáticas.
- Ayudar al paciente a identificar pautas posibles de acción y sus consecuencias sociales e interpersonales.
- Identificar habilidades sociales específicas usando discusión guiada y ejemplos que serán el foco del entrenamiento.
- Ayudar al paciente a identificar las etapas conductuales de la habilidad social deseada.
- Proporcionar modelos (p. ej., juegos de rol, presentaciones en vídeo) que muestren las etapas de conducta dentro del contexto de las situaciones que tengan sentido para el paciente.
- Ayudar al paciente a escenificar las etapas conductuales.
- Proporcionar retroalimentación (elogios o recompensas) al paciente sobre la realización de la habilidad social deseada.
- Educar a los allegados del paciente (familiares, compañeros, empleadores, sobre el propósito y proceso del entrenamiento de las habilidades sociales, etc.), según corresponda.
- Implicar a los allegados en las sesiones de entrenamiento de habilidades sociales (juego de roles) con el paciente, si resulta oportuno.
- Proporcionar retroalimentación al paciente y a los allegados sobre lo adecuado de sus respuestas sociales durante las situaciones de entrenamiento.
- Animar al paciente y allegados a que autoevalúen los resultados esperados de sus interacciones sociales, autorrecompensen los resultados positivos y solucionen los problemas con resultados menos deseables.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Herbert, J., Gaudiano, B., Rheingold, A., Myers, V., Dalrymple, K., & Nolan, E. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy, 36*(2), 125-138.

Jones, J., Fitzpatrick, J., & Rogers, V. (2012). *Psychiatric-mental health nursing: An interpersonal approach.* New York, NY: Springer.

Kopelowicz, A., Liberman, R. P., & Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 32*(Suppl. 1), S12-S23.

Laugeson, E. A., & Frankel, F. (2010). *Social skills for teenagers with developmental and autism spectrum disorders: The PEERS treatment manual.* New York, NY: Routledge.

Monitorización de electrólitos 2020

Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de electrólitos.

Actividades:

- Vigilar el nivel sérico de electrólitos.
- Monitorizar los niveles de albúmina y proteína totales, si está indicado.
- Observar si se producen desequilibrios acidobásicos.
- Identificar posibles causas de desequilibrios electrolíticos.
- Reconocer y notificar la presencia de desequilibrios de electrólitos.
- Observar si hay pérdidas de líquidos y pérdida asociada de electrólitos, según corresponda.
- Observar si hay signos de Chvostek y/o Trousseau.
- Observar si hay manifestaciones neurológicas de desequilibrios de electrólitos (alteración del nivel de consciencia y debilidad).
- Observar si la ventilación es adecuada.
- Vigilar la osmolaridad sérica y urinaria.
- Observar el electrocardiograma para ver si hay cambios relacionados con niveles anormales de potasio, calcio y magnesio.
- Observar si hay cambios, como entumecimientos y temblores, en la sensibilidad periférica.
- Observar la fuerza muscular.
- Observar si se producen náuseas, vómitos y diarrea.
- Identificar los tratamientos que puedan alterar el estado de los electrólitos, como la aspiración gastrointestinal, los diuréticos, los antihipertensivos y los calcioantagonistas.
- Comprobar si hay alguna enfermedad médica subyacente que pueda conducir a un desequilibrio de electrólitos.
- Observar si hay signos y síntomas de hipopotasemia: debilidad muscular, irregularidades cardíacas (extrasístoles ventriculares), intervalo QT prolongado, onda T aplanada o deprimida, segmento ST deprimido, presencia de onda U, fatiga, parestesia, hiporreflexia, anorexia, estreñimiento, descenso de la motilidad gastrointestinal, mareos, confusión, aumento de la sensibilidad digitálica y depresión respiratoria.
- Observar si hay signos y síntomas de hiperpotasemia: irritabilidad, inquietud, ansiedad, náuseas, vómitos, retortijones abdominales, debilidad, parálisis flácida, entumecimiento y hormigueos periorales, taquicardia que evoluciona a bradicardia, taquicardia o fibrilación ventricular, ondas T picudas, onda P aplanada, complejo QRS ancho difuminado y bloqueo cardíaco que evoluciona a asistolia.
- Observar si hay signos y síntomas de hiponatremia: desorientación, fasciculaciones musculares, náuseas y vómitos, retortijones abdominales, cefaleas, cambios de personalidad, crisis comiciales, letargo, fatiga, retraimiento y coma.
- Observar si hay signos y síntomas de hipernatremia: sed extrema; fiebre; mucosas secas y pegajosas; taquicardia, hipotensión, letargo, confusión, alteración del nivel de consciencia y crisis comiciales.
- Observar si hay signos y síntomas de hipocalcemia: irritabilidad, tetania muscular, signo de Chvostek (espasmo muscular facial), signo de Trousseau (espasmo carpiano), entumecimiento y hormigueo periférico, calambres musculares, disminución del gasto cardíaco, segmento ST e intervalo QT prolongados, hemorragias y fracturas.
- Observar si hay signos y síntomas de hipercalcemia: dolor óseo profundo, sed excesiva, anorexia, letargo, debilidad muscular, segmento QT acortado, onda T ancha, complejo QRS ancho e intervalo P-R prolongado.
- Observar si hay signos y síntomas de hipomagnesemia: depresión muscular respiratoria, apatía mental, signo de Chvostek (espasmo muscular facial), signo de Trousseau (espasmo carpiano), confusión, tics faciales, espasticidad y arritmias cardíacas.
- Observar si hay signos y síntomas de hipermagnesemia: debilidad muscular, incapacidad para la deglución, hiporreflexia, hipotensión, bradicardia, depresión del SNC, depresión respiratoria, letargo, coma y depresión.
- Observar si hay signos y síntomas de hipofosfatemia: tendencia hemorrágica, debilidad muscular, parestesia, anemia hemolítica, función de leucocitos deprimida, náuseas, vómitos, anorexia y desmineralización ósea.
- Observar si hay signos y síntomas de hiperfosfatemia: taquicardia, náuseas, diarrea, retortijones abdominales, debilidad muscular, parálisis flácida e hiperreflexia.
- Observar si hay signos y síntomas de hipocloremia: hiperirritabilidad, tetania, excitabilidad muscular, respiraciones lentas e hipotensión.
- Observar si hay signos y síntomas de hipercloremia: debilidad; letargo; respiración rápida, profunda, y coma.
- Administrar suplementos prescritos de electrólitos, según corresponda.
- Proporcionar una dieta adecuada al desequilibrio del paciente (dieta de alimentos ricos en potasio o bajos en sodio).
- Enseñar al paciente a evitar o minimizar el desequilibrio de electrólitos.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre las modificaciones dietéticas específicas, según corresponda.
- Consultar con el médico, si los signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y/o electrólitos persisten o empeoran.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Elgart, H. N. (2004). Assessment of fluids and electrolytes. *AACN Clinical Issues, 15*(4), 607-621.

McCance, K. L., & Huether, S. E. (2002). *Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children*. St. Louis: Mosby.

Price, S. A., & Wilson, L. M. (2003). *Pathophysiology: Clinical concepts of disease processes* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Sheppard, M. (2000). Monitoring fluid balance in acutely ill patients. *Nursing Times, 96*(21), 39-40.

Monitorización de la presión intracraneal (PIC) 2590

Definición: Medición e interpretación de los datos del paciente para regular la presión intracraneal.

Actividades:

- Ayudar en la inserción del dispositivo de monitorización de la PIC.
- Informar al paciente y a la familia/allegados.
- Calibrar el transductor.
- Nivelar el transductor externo respecto a un punto de referencia anatómico constante.
- Cebar el sistema de lavado, según corresponda.
- Ajustar las alarmas del monitor.
- Registrar las lecturas de presión de la PIC.
- Controlar la calidad y características de la onda de PIC.
- Vigilar la presión de perfusión cerebral.
- Monitorizar el estado neurológico.
- Monitorizar la respuesta neurológica y de la PIC del paciente a las actividades de cuidados y estímulos ambientales.
- Monitorizar la cantidad/frecuencia y características del drenaje del líquido cefalorraquídeo (LCR).
- Mantener la posición de la cámara de recogida de LCR, según prescripción.
- Monitorizar los ingresos y las pérdidas.
- Evitar el desplazamiento del dispositivo.
- Mantener la esterilidad del sistema de monitorización.
- Observar si hay burbujas de aire, restos celulares o sangre coagulada en el tubo de presión.
- Cambiar el transductor, sistema de irrigación y bolsa de drenaje, si está indicado.
- Cambiar y/o reforzar el vendaje del sitio de inserción, si es necesario.
- Observar si hay infección o fuga de líquido en el sitio de inserción.
- Obtener muestras del drenaje de LCR, según corresponda.
- Monitorizar la temperatura y el recuento de leucocitos.
- Comprobar si el paciente desarrolla rigidez de nuca.
- Administrar antibióticos.
- Colocar al paciente con la cabeza y con el cuello en posición neutra evitando la flexión extrema de la cadera.
- Ajustar el cabecero de la cama para optimizar la perfusión cerebral.
- Controlar el efecto de los estímulos ambientales sobre la PIC.
- Espaciar los cuidados para minimizar la elevación de la PIC.
- Modificar el procedimiento de aspiración para minimizar el aumento de la PIC al introducir la sonda (administrar lidocaína y limitar el número de pasadas de aspiración).
- Controlar los niveles de CO_2 y mantenerlos dentro de los parámetros especificados.
- Mantener la presión arterial sistémica dentro de los márgenes especificados.
- Administrar agentes farmacológicos para mantener la PIC dentro del rango especificado.
- Notificar al médico que la PIC elevada no responde a los protocolos de tratamiento.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Neuroscience Nurses (1997). *Clinical guidelines series: Intracranial pressure monitoring*. Glenview, IL: Author.

Arbour, R. (2004). Intracranial hypertension: Monitoring and nursing assessment. *Critical Care Nurse, 24*(5), 19-32.

Barker, E. (2002). Intracranial pressure and monitoring. In E. Barker (Ed.), *Neuroscience nursing: A spectrum of care* (2nd ed., pp. 379-408). St. Louis: Mosby.

Hickey, J. V. (2003). Intracranial hypertension: Theory and management of increased intracranial pressure. In J. V. Hickey (Ed.), *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (5th ed., pp. 285-318). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kirkness, C., & March, K. (2004). Intracranial pressure management. In M. K. Bader, & L. R. Littlejohns (Eds.), *AANN core curriculum for neuroscience nursing* (pp. 249-267). Philadelphia: W. B. Saunders.

Mitchell, P. H. (2001). Decreased behavioral arousal. In C. Stewart-Amidei, & J. A. Kunkel (Eds.), *AANN's neuroscience nursing: Human responses to neurologic dysfunction* (2nd ed., pp. 93-118). Philadelphia: W. B. Saunders.

Monitorización de las extremidades inferiores 3480

Definición: Recogida, análisis y uso de los datos del paciente para clasificar el riesgo y prevenir lesiones en las extremidades inferiores.

Actividades:

- Inspeccionar la piel en busca de signos de mala higiene.
- Examinar la presencia de edema en las extremidades inferiores.
- Examinar si hay cambios en las uñas de los pies (p. ej., grosor, infección fúngica, uñas encarnadas y evidencia de uñas mal cortadas).
- Examinar el color, la temperatura, la hidratación, el crecimiento del vello, la textura y las grietas o las fisuras de la piel.
- Examinar si entre los dedos de los pies hay maceración, griegas o fisuras.
- Preguntar si se han observado cambios en los pies y los antecedentes actuales o previos de úlceras en el pie o amputación.
- Determinar el estado de movilidad (caminar sin ayuda, caminar con mecanismos de ayuda o no andar/utilizar silla de ruedas).
- Examinar si en el pie hay deformidades, incluidos dedos en martillo, cabezas metatarsianas prominentes y arco alto o bajo o deformidad de Charcot.
- Controlar la fuerza muscular en el tobillo y el pie.
- Examinar si en el pie hay signos de presión (es decir, presencia de enrojecimiento localizado, aumento de la temperatura, ampollas o formación de callos).
- Preguntar si hay parestesias (entumecimiento, hormigueo o quemazón).
- Palpar el espesor de la almohadilla grasa sobre las cabezas metatarsianas.
- Palpar los pulsos pedio y tibial posterior.
- Determinar el índice de presión del tobillo, si está indicado.
- Evaluar la presencia de claudicación intermitente, dolor en reposo o dolor nocturno.

M

- Determinar el tiempo de relleno capilar.
- Controlar el nivel de sensibilidad protectora utilizando el monofilamento de nailon Semmes-Weinstein.
- Determinar el umbral de percepción de vibración.
- Determinar las respuestas propioceptivas.
- Explorar los reflejos tendinosos profundos (tobillo y rodilla), si está indicado.
- Observar la marcha y la distribución del peso sobre el pie (observar la deambulación y determinar el patrón de desgaste de los zapatos).
- Observar el estado de los zapatos y los calcetines (limpios y bien remendados).
- Observar la idoneidad de los zapatos (tacón bajo con una horma del zapato que se adecue a la forma del pie; profundidad adecuada de la puntera; suelas realizadas con material que amortigüe los impactos; anchura ajustable con lazos o correas; materiales transpirables, suaves y flexibles; cambios realizados para trastornos de marcha o de longitud de la pierna, y posibilidades de modificación, si es necesario).
- Observar la idoneidad de los calcetines (material absorbente y que no apriete).
- Observar la movilidad articular (dorsiflexión del tobillo y movimiento de la articulación subastragalina).
- Realizar una vigilancia continua de las extremidades inferiores para determinar las necesidades de derivación, como mínimo cuatro veces al año.
- Utilizar el nivel de riesgo de lesión como guía para determinar derivaciones adecuadas.
- Identificar los servicios especializados en el cuidado de los pies requeridos (ortesis o calzado especial, recorte de callosidades, corte de las uñas de los pies, evaluación de movilidad y ejercicios, evaluación y control de la deformidad de los pies, tratamiento de deformidades/infecciones de la piel y de las uñas, corrección de las anomalías de la marcha o de la distribución del peso, y/o evaluación y control de la circulación arterial alterada).
- Consultar con el médico las recomendaciones para la evaluación y la terapia adicionales (rayos X), si es necesario.
- Informar al paciente, familia o allegados sobre servicios especializados de cuidados del pie recomendados.
- Identificar la preferencia del paciente, familia o allegados respecto al profesional sanitario/institución de derivación, según corresponda.
- Determinar los recursos económicos del paciente para pagar los servicios especializados de cuidados del pie.
- Ayudar a obtener recursos económicos necesarios (contactar con servicios sociales), según corresponda.
- Contactar con el profesional sanitario/institución apropiado para organizar los servicios especializados de cuidados del pie (programar una cita).
- Cumplimentar el informe de derivación, si procede.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

Collier, J. H., & Brodbeck, C. A. (1993). Assessing the diabetic foot: Plantar callus and pressure sensation. *The Diabetes Educatior, 19*(6), 503-508.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Health assessment of human function. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 393-442). Philadelphia. PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Culleton, J. L. (1999). Preventing diabetic foot complications. *Postgraduate Medicine, 106*(1), 74-83.

Halpin-Landry, J. E., & Goldsmith, S. (1999). Feet first, diabetic care. *American Journal of Nursing, 99*(2), 26-33.

Jacobs, A. M., & Appleman, K. K. (1999). Foot-ulcer prevention in the elderly patient. *Clinics in Geriatric Medicine, 15*(2), 351-369.

Mayfield, J., Reiber, G., Sanders, L., Janisse, D., & Pogach, L. (1998). Preventive foot care in people with diabetes. *Diabetes Care, 21*(12), 2161-2177.

McNeely, M. J., Boyko, E. J., Ahroni, J. H., Stensel, V. L., Reiber, G. E., Smith, D. G., & Pecararo, R. E. (1995). The independent contributions of diabetic neuropathy and vasculopathy in foot ulceration: How great are the risks? *Diabetes Care, 18*(2), 216-219.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Assessment and management of patients with diabetes mellitus. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 1149-1203). (Vol. 2). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Spollett, G. R. (1998). Preventing amputations in the diabetic population. *Nursing Clinics of North America, 33*(4), 629-641.

Monitorización de líquidos 4130

Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.

Actividades:

- 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.
- Monitorizar los niveles de electrólitos en suero y orina, según corresponda.
- Monitorizar los niveles séricos de albúmina y proteínas totales.
- Monitorizar la osmolalidad urinaria y sérica.
- Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardíaca y estado de la respiración.
- Monitorizar la presión arterial ortostática y cambios del ritmo cardíaco, si resulta oportuno.
- Monitorizar los parámetros hemodinámicos invasivos, según corresponda.

Llevar un registro preciso de entradas y salidas (p. ej., ingesta oral y enteral, infusión i.v., antibióticos, líquidos administrados con la medicación, sondas nasogástricas, drenajes, vómito, sondas rectales, drenaje por colostomía y orina).
Asegurarse de medir todas las entradas y salidas en todos los pacientes con tratamiento i.v., infusiones subcutáneas, alimentación enteral, SNG, catéteres urinarios, vómitos, diarrea, drenajes de heridas, drenajes torácicos y afecciones médicas que afecten al balance de líquidos (p. ej., insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, desnutrición, quemaduras, sepsis).
Registrar los episodios de incontinencia en los pacientes que requieran una monitorización precisa de entradas y salidas.
Corregir los problemas mecánicos (p. ej., sonda acodada o bloqueada) en los pacientes que presenten una interrupción súbita de la diuresis.
Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed.
Observar el color, cantidad y gravedad específica de la orina.
Observar si las venas del cuello están distendidas, si hay crepitantes pulmonares, edema periférico y ganancia de peso.
Observar si hay signos y síntomas de ascitis.
Tomar nota de si hay presencia o ausencia de vértigo al levantarse.
Administrar líquidos, según corresponda.
Asegurarse de que todos los dispositivos i.v. y de administración enteral funcionan al ritmo correcto, sobre todo si no están regulados por una bomba
Restringir y repartir la ingesta de líquidos, según corresponda.
Consultar con el médico en caso de diuresis menor de 0,5 ml/kg/h o de ingesta de líquidos en un adulto menor de 2.000 ml en 24 h según corresponda.
- Administrar agentes farmacológicos para aumentar la diuresis, cuando esté prescrito.
- Realizar diálisis tomando nota de la respuesta del paciente, según corresponda.
- Mantener unos gráficos precisos sobre la referencia de los recipientes de líquidos para asegurar la estandarización de las mediciones de los mismos.
- Auditar las gráficas de entradas y salidas de forma periódica para garantizar unos patrones de buenas prácticas.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Allsopp, K. (2010). Caring for patients with kidney failure. *Emergency Nurse*, *18*(10), 12-16.

Harvey, S., & Jordan, S. (2010). Diuretic therapy: Implications for nursing practice. *Nursing Standard*, *24*(43), 40-50.

Murch, P. (2005). Optimizing the fluid management of ventilated patients with suspected hypovolaemia. *Nursing in Critical Care*, *10*(6), 279-288.

Ostendorf, W. R. (2011). Fluid, electrolyte, and acid-base balances. In P. A. Potter, A. G. Perry, P. Stockert, & A. Hall (Eds.), *Basic nursing* (7th ed., pp. 466-521). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Scales, K., & Pilsworth, J. (2008). The importance of fluid balance in clinical practice. *Nursing Standard*, *22*(47), 50-58.

Tang, V. C. Y., & Lee, E. W. Y. (2010). Fluid balance chart: Do we understand it? *Clinical Risk*, *16*(1), 10-13.

Welch, K. (2010). Fluid balance. *Learning Disability Practice*, *13*(6), 33-38.

Young, E., Sherrard-Jacob, A., Knapp, K., Craddock, T. S., Kemper, C., Falvo, R., Hunter, S., Everson, C., & Giarrizzo-Wilson, S. (2009). Perioperative fluid management. *AORN Journal*, *89*(1), 167-182.

M

Monitorización de los signos vitales 6680

finición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar revenir complicaciones.

vidades:

Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
Monitorizar la presión arterial mientras el paciente está acostado, entado y de pie antes y después de cambiar de posición, según orresponda.
Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome as medicaciones, si es posible.
Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar, según orresponda.
Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones antes, urante y después de la actividad, según corresponda.
oner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo e la temperatura, según corresponda.
Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e ipertermia.
Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos.
alpar los pulsos apical y radial al mismo tiempo y anotar las iferencias, según corresponda.
bservar si hay pulso paradójico.
bservar si hay pulso alternante.
bservar si hay pinzamiento o aumento de la tensión diferencial.
Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.
Monitorizar los tonos cardíacos.
Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad simetría).
- Monitorizar los ruidos pulmonares.
- Monitorizar la pulsioximetría.
- Observar si se producen esquemas respiratorios anormales (Cheyne-Stokes, Kussmaul, Biot, apnéustico, atáxico y suspiros excesivos).
- Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Monitorizar si hay cianosis central y periférica.
- Monitorizar la presencia de acropaquias.
- Observar si se presenta la tríada de Cushing (aumento de la tensión diferencial, bradicardia y aumento de la presión sistólica).
- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Vital sign assessment. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 443-476). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Erickson, R. S., & Yount, S. J. (1991). Comparison of tympanic and oral temperatures in surgical patients. *Nursing Research*, *40*(2), 90-93.

Thelan, L. A., Urden, L. D., Lough, M. E., & Stacy, K. (1998). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Titler, M. G. (1992). Interventions related to surveillance. *Nursing Clinics of North America*, *27*(2), 495-515.

Monitorización del equilibrio acidobásico 1920

Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio acidobásico.

Actividades:

- Obtener muestras para el análisis de laboratorio del equilibrio acidobásico (p. ej., gasometría arterial, orina y suero) en las poblaciones de riesgo, según corresponda.
- Obtener muestras secuenciales para determinar las tendencias.
- Analizar las tendencias de pH sérico en el paciente con condiciones que incrementan el pH (p. ej., pacientes con hiperventilación, pacientes diabéticos o con cetoacidosis alcohólica, pacientes sépticos).
- Analizar las tendencias de pH sérico en poblaciones de riesgo (p. ej., pacientes con compromiso del estado respiratorio, insuficiencia renal, diabetes mellitus, diarrea o vómitos prolongados, síndrome de Cushing).
- Observar si el pH arterial está en el rango alcalino o ácido de la media (7,35 a 7,45).
- Observar si el nivel de $PaCO_2$ indica acidosis respiratoria, alcalosis respiratoria o normalidad.
- Observar si el nivel de HCO_3 indica acidosis metabólica, alcalosis metabólica o normalidad.
- Analizar las tendencias de pH sérico junto con las tendencias de $PaCO_2$ y HCO_3 para determinar si la acidosis o alcalosis está compensada o descompensada.
- Observar si la compensación es pulmonar, metabólica o amortiguada por los tampones fisiológicos.
- Identificar las posibles etiologías antes de tratar los desequilibrios acidobásicos, pues es más eficaz tratar la etiología que el desequilibrio.
- Identificar la presencia o ausencia de una brecha aniónica (mayor de 14 mEq/l), que indica una mayor producción o una menor excreción de productos ácidos.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de déficit de HCO_3 y de acidosis metabólica (p. ej., respiración de Kussmaul-Kien, debilidad, desorientación, cefalea, anorexia, coma, pH urinario menor de 6, nivel de HCO_3 plasmático menor de 22 mEq/l, pH plasmático menor de 7,35, exceso de base menor de −2 mEq/l, hiperpotasemia asociada y posible déficit de CO_2).
- Monitorizar las causas de acidosis metabólica (p. ej., ingestión de metanol o etanol, uremia, cetoacidosis diabética, cetoacidosis alcohólica, ingestión de paraldehído, acidosis láctica, sepsis, hipotensión, hipoxia, isquemia, desnutrición, diarrea, insuficiencia renal, hiperalimentación, hiperparatiroidismo, toxicidad por salicilatos, ingestión de etilenglicol).
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de exceso de HCO_3 y de alcalosis metabólica (p. ej., entumecimiento y hormigueos de las extremidades, hipertonicidad muscular, respiraciones superficiales con pausas, bradicardia, tetania, pH urinario mayor de 7, nivel de HCO_3 plasmático mayor de 26 mEq/l, pH plasmático mayor de 7,45, exceso de bases mayor de 2 mEq/l, hipopotasemia asociada y posible retención de CO_2).
- Monitorizar las causas de alcalosis metabólica (p. ej., diuréticos, emesis, sonda nasogástrica, posthipercapnia, deficiencia de potasio, ingestión de álcalis, síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo, hipocloremia, ingestión excesiva de fármacos que contienen HCO_3).
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de déficit de $PaCO_2$ y alcalosis respiratoria (p. ej., suspiros y bostezos frecuentes, tetania, parestesias, fasciculaciones musculares, palpitaciones, hormigueos y entumecimiento, mareo, visión borrosa, diaforesis, sequedad de boca, crisis comiciales, pH mayor de 7,45, $PaCO_2$ menor de 35 mmHg, hipercloremia asociada y posible déficit de HCO_3).
- Monitorizar las causas de alcalosis respiratoria (p. ej., hiperventilación, exceso de ventilación mecánica, hepatopatía, embarazo, septicemia, dolor, lesiones del SNC y fiebre).
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de un nivel excesivo de $PaCO_2$ y acidosis respiratoria (p. ej., temblor de las manos al extender los brazos, confusión, somnolencia con progresión a coma, cefalea, enlentecimiento de la respuesta verbal, náuseas, vómitos, taquicardia, extremidades sudorosas y calientes, pH menor de 7,35, nivel de $PaCO_2$ mayor de 45 mmHg, hipocloremia asociada y posible exceso de HCO_3).
- Monitorizar las causas posibles de acidosis respiratoria (p. ej., obstrucción de la vía respiratoria, depresión de la ventilación, depresión del SNC, enfermedad neurológica, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad musculoesquelética, traumatismo torácico, infección, SDRA, insuficiencia cardíaca, ingestión aguda de opiáceos y uso de fármacos depresores respiratorios).
- Comparar el estado actual con el previo para detectar mejorías o deterioro del estado del paciente.
- Iniciar y/o cambiar el tratamiento médico para mantener los parámetros del paciente dentro de los límites indicados por el médico, usando los protocolos establecidos.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Appel, S. J., & Downs, C. A. (2007). Steady a disturbed equilibrium: Accurately interpret the acid-base balance of acutely ill patients. *Nursing Critical Care, 2*(4), 45-53.

Clancy, J., & McVicar, A. (2007). Intermediate and long-term regulation of acid-base homeostasis. *British Journal of Nursing, 16*(17), 1076-1079.

Coombs, M. (2001). Making sense of arterial blood gases. *Nursing Times, 97*(27), 36-38.

Isenhour, J. L., & Slovis, C. M. (2008). Arterial blood gas analysis: A 3-step approach to acid-base disorders. *The Journal of Respiratory Diseases, 29*(2), 74-82.

Lian, J. X. (2010). Interpreting and using the arterial blood gas analysis. *Nursing Critical Care, 5*(3), 26-36.

Powers, F. (1999). The role of chloride in acid-base balance. *Journal of Intravenous Nursing, 22*(5), 286-290.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (Vol. 1). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Monitorización fetal electrónica: antes del parto 6771

Definición: Evaluación electrónica de la respuesta cardíaca fetal al movimiento, estímulos externos o contracciones uterinas durante la prueba anterior al parto.

Actividades:

- Revisar el historial obstétrico, si estuviera disponible, para determinar los factores de riesgo obstétricos o médicos referentes al estado fetal que requieran la realización de pruebas previas al parto para comprobar el estado fetal.
- Determinar el conocimiento que tiene la paciente acerca de las razones de la prueba previa al parto.
- Monitorizar los signos vitales de la madre.
- Proporcionar a la paciente material de educación por escrito de las pruebas anteriores al parto (prueba en reposo, prueba de estimulación con oxitocina y perfil biofísico), así como monitorización fetal electrónica.
- Averiguar la ingesta oral, incluyendo dieta, cigarrillos fumados y utilización de medicamentos.
- Etiquetar tira de monitorización, según protocolo.
- Revisar las pruebas anteriores al parto.
- Verificar las frecuencias cardíacas fetal y materna antes de iniciar la monitorización fetal electrónica.
- Instruir a la paciente sobre la razón de la monitorización electrónica, así como sobre los tipos de información que se pueden obtener.
- Animar a la madre a vaciar la vejiga.
- Realizar la maniobra de Leopold para determinar la posición fetal, según corresponda.
- Asegurarse de que la madre se encuentre en una posición cómoda.
- Aplicar el tocotransductor bien ajustado para observar la frecuencia y la duración de las contracciones.
- Aplicar transductores ecográficos a la zona del útero en la que se oyen los sonidos cardíacos fetales y se siguen con claridad.
- Diferenciar claramente los registros cuando se realicen registros simultáneos a varios fetos con un solo monitor fetal.
- Distinguir entre varios fetos, comparando los datos, cuando se realicen registros simultáneos con dos monitores fetales electrónicos.
- Comentar la tira de ritmo con la madre y la persona de apoyo.
- Tranquilizar sobre los signos normales de frecuencia cardíaca, incluyendo características típicas como artefactos, pérdida de señal con el movimiento fetal, frecuencia alta y aspecto irregular.
- Ajustar los monitores para conseguir y mantener la claridad de los trazados.
- Obtener trazados basales de la frecuencia cardíaca fetal según protocolo para el procedimiento de prueba específico.
- Interpretar la tira de monitorización electrónica para la frecuencia cardíaca fetal, variabilidad a largo plazo y presencia de aceleraciones, desaceleraciones o contracciones espontáneas.
- Proporcionar una estimulación vibroacústica, según protocolo u orden médica o de la matrona.
- Iniciar una infusión i.v. según protocolo para comenzar la prueba de estimulación con oxitocina, según corresponda, de acuerdo con las órdenes médicas o de la matrona.
- Aumentar la infusión de oxitocina, según protocolo, hasta que se consiga el número de contracciones adecuado (normalmente tres contracciones en 10 minutos).
- Observar la tira de monitorización para ver si hay presencia o ausencia de desaceleraciones tardías.
- Interpretar el trazado en función del protocolo para establecer los criterios de la prueba de ausencia en reposo o de estimulación con oxitocina.
- Realizar una ecografía para la prueba del perfil biofísico, según el protocolo o las órdenes del médico o de la matrona.
- Calificar el ultrasonido en función del protocolo para los criterios de perfil biofísico.
- Comunicar los resultados de las pruebas al médico responsable o a la matrona.
- Proporcionar orientación anticipatoria de los resultados de las pruebas anormales (prueba en reposo inestable, prueba de estimulación con oxitocina positiva o baja puntuación del perfil biofísico).
- Reprogramar la prueba anterior al parto, según protocolo u órdenes médicas o de la matrona.
- Proporcionar instrucciones escritas sobre el alta para recordar a la paciente las fechas de pruebas futuras y demás razones de reingreso para cuidados (aparición del trabajo de parto, pérdida espontánea de líquido amniótico, hemorragias y disminución del movimiento fetal).
- Limpiar el equipo, incluidos los cinturones abdominales.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

O'Neill, E., & Thorp, J. (2012). Antepartum evaluation of the fetus and fetal well being. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, *55*(3), 722-730.

Perry, S., Hockenberry, M., Lowdermilk, D., & Wilson, D. (Eds.). (2014). *Maternal child nursing care* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Monitorización fetal electrónica: durante el parto 6772

Definición: Evaluación electrónica de la respuesta cardíaca fetal a las contracciones uterinas durante los cuidados del parto.

Actividades:

- Verificar las frecuencias cardíacas materna y fetal antes de iniciar la monitorización fetal electrónica.
- Instruir a la paciente y a la persona de apoyo sobre la razón de la monitorización fetal electrónica, así como sobre la información que se va a obtener.
- Realizar la maniobra de Leopold para determinar la posición fetal.
- Aplicar el tocotransductor bien ajustado en el fondo uterino para observar la frecuencia, la intensidad y la duración de las contracciones.
- Palpar para determinar la intensidad de las contracciones con el uso del tocotransductor.
- Aplicar transductores ecográficos a la zona del útero en la que se oyen los sonidos cardíacos fetales y se siguen con claridad.

M

- Diferenciar claramente los registros cuando se realicen registros simultáneos a varios fetos con un solo monitor fetal (bebé A, bebé B).
- Distinguir entre varios fetos, comparando los datos, cuando se realicen registros simultáneos con dos monitores fetales electrónicos.
- Comentar las características de la tira de ritmo con la madre y la persona de apoyo.
- Tranquilizar sobre los signos normales de frecuencia cardíaca, incluyendo características típicas como artefactos, pérdida de señal con el movimiento fetal, frecuencia alta y aspecto irregular.
- Ajustar los monitores para conseguir y mantener la claridad de los trazados.
- Evaluar la tira cada 30 minutos en la primera etapa y cada 15 minutos en la segunda etapa.
- Registrar elementos del trazado externo, frecuencia cardíaca basal, patrones oscilatorios, variabilidad a largo plazo, aceleraciones, desaceleraciones, frecuencia y duración de las contracciones.
- Registrar los cuidados relevantes durante el parto (exploraciones vaginales, administración de medicamentos y signos vitales maternos) directamente en la tira de monitorización, según corresponda.
- Retirar los monitores electrónicos, antes de caminar, después de verificar que el trazado es normal.
- Utilizar monitorización fetal intermitente o de telemetría, según disponibilidad, para facilitar la deambulación y comodidad maternas.
- Iniciar medidas de reanimación fetal para tratar esquemas de frecuencia cardíaca anormales (inestables), según corresponda.
- Documentar los cambios de patrones de frecuencia cardíaca fetal después de la reanimación.
- Calibrar el equipo para la monitorización interna, según corresponda, con electrodo en espiral y/o catéter de presión intrauterina.
- Poner en práctica las precauciones universales.
- Aplicar un electrodo fetal interno después de la rotura de membranas para reducir los artefactos o para valorar la variabilidad a corto plazo, cuando sea necesario.
- Aplicar un catéter de presión intrauterina después de la rotu de membranas para obtener datos para la presión de las co tracciones uterinas y tono en reposo, cuando sea necesario.
- Registrar la respuesta materna a la aplicación de monito internos, incluyendo el grado de incomodidad o dolor, aspe del líquido amniótico y presencia de hemorragia.
- Registrar la respuesta fetal a la colocación de monitores intern incluyendo la variabilidad a corto plazo y las aceleracione desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal.
- Mantener informado al médico de los cambios pertinentes en frecuencia cardíaca fetal, actuaciones ante patrones inestabl respuesta fetal posterior, progreso del trabajo de parto y respue materna a los dolores.
- Continuar con la monitorización electrónica en la segunda eta del trabajo de parto o hasta el momento del parto por cesáre
- Retirar los monitores internos antes del parto por cesárea p evitar la infección materna.
- Registrar la interpretación de monitorización, de acuerdo con política del centro.
- Guardar la tira obtenida durante el parto como parte de la h toria clínica registro de la paciente.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

American College of, & Nurse-Midwives (2010). ACNM Clinical Bulletin 11. Intermittent auscultation for intrapartum fetal heart rate surveillar *Journal of Midwifery & Women's Health*, *55*(4), 397-403.

Bailey, R. E. (2009). Intrapartum fetal monitoring. *American Family Physici* *80*(12), 1388-1396.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2014). *Intrapartum c for healthy women and babies* [NICE Clinical Guidelines 190]. Lond England: National Collaborating Centre for Women's and Children's Hea

Perry, S., Hockenberry, M., Lowdermilk, D., & Wilson, D. (Eds.). (201 *Maternal child nursing care* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbear & childrearing family* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott William Wilkins.

M

Monitorización hemodinámica invasiva 42

Definición: Medición e interpretación de parámetros hemodinámicos invasivos para determinar la función cardiovascula y regular el tratamiento de forma adecuada.

Actividades:

- Ayudar en la inserción y extracción de las líneas de monitorización hemodinámica invasiva.
- Ayudar con la prueba de Allen para la evaluación de la circulación cubital colateral antes de la canulación de la arteria radial, si es adecuado.
- Ayudar con la exploración radiológica del tórax después de la inserción del catéter de arteria pulmonar.
- Monitorizar la frecuencia y ritmo cardíacos.
- Poner a cero y calibrar el equipo cada 4-12 horas, según corresponda, con el transductor a nivel de la aurícula derecha.
- Monitorizar la presión arterial (sistólica, diastólica y media), presión venosa central/auricular derecha, presión de arteria pulmonar (sistólica, diastólica y media) y la presión capilar/de enclavamiento de la arteria pulmonar.
- Monitorizar las ondas hemodinámicas para ver si hay cambios de la función cardiovascular.
- Comparar los parámetros hemodinámicos con otros signo síntomas clínicos.
- Utilizar un equipo de monitorización de gasto cardíaco de s tema cerrado.
- Obtener el gasto cardíaco mediante la administración de u solución inyectada en 4 segundos, realizando la media de las t inyecciones que difieran menos de 1 l entre sí.
- Monitorizar las ondas de la presión de la arteria pulmonar y arter sistémica; si se observa una atenuación de la onda, comproba hay acodamientos o burbujas de aire en los tubos, verificar conexiones, aspirar los coágulos de la punta del catéter, irrig suavemente el sistema o ayudar a recolocar el catéter.
- Documentar las ondas de presión de la arteria pulmonar y ar rial sistémica.
- Monitorizar la perfusión periférica distal al sitio de inserción catéter cada 4 horas o según corresponda.
- Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.

- Observar si se produce un avance del catéter pulmonar que cause un enclavamiento espontáneo, y notificárselo al médico.
- Abstenerse de inflar el balón con mayor frecuencia que cada 1-2 horas, o cuando sea apropiado.
- Observar si se produce la rotura del balón (evaluar la resistencia al inflarlo y permitir que el balón se desinfle de forma pasiva después de medir la presión capilar pulmonar/de enclavamiento de la arteria pulmonar).
- Evitar los émbolos de aire (extraer las burbujas de aire del tubo: si se sospecha la rotura del balón, hay que abstenerse de intentar inflar el balón y fijar el puerto del mismo).
- Mantener la esterilidad de los puertos.
- Mantener un sistema de presión cerrado en los puertos, según corresponda.
- Realizar los cambios de vendajes estériles y los cuidados del sitio de inserción con una técnica apropiada.
- Inspeccionar el sitio de inserción por si hubiera signos de hemorragia o infección.
- Cambiar la solución i.v. y el tubo cada 24-72 horas, según el protocolo.
- Monitorizar los resultados de laboratorio para detectar una posible infección inducida por el catéter.
- Administrar líquidos y/o expansores de volumen para mantener los parámetros hemodinámicos dentro del rango especificado.
- Administrar agentes farmacológicos para mantener los parámetros hemodinámicos dentro del rango especificado.
- Instruir al paciente y a la familia sobre el uso terapéutico de los catéteres de monitorización hemodinámica.
- Instruir al paciente sobre la restricción de actividades mientras los catéteres permanecen en su sitio.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Barcelona, M., Patague, L., Bunoy, M., Gloriani, M., Justice, B., & Robinson, L. (1985). Cardiac output determination by the thermodilution method: Comparison of ice temperature injectate versus room temperature injectate contained in prefilled syringes or closed injectate delivery system. *Heart & Lung, 14*(3), 232-235.

Cullen, L. M. (1992). Interventions related to circulatory care. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 445-476.

Daily, E., & Mersch, J. (1987). Thermodilution cardiac outputs using room and ice temperature injectate: Comparison with the Fick method. *Heart & Lung, 16*(3), 294-300.

Groom, L., Frisch, S., & Elliot, M. (1990). Reproducibility and accuracy of pulmonary artery pressure measurement in supine and lateral positions. *Heart & Lung, 19*(2), 147-151.

Lipp-Ziff, E., & Kawanishi, D. (1991). A technique for improving accuracy of the pulmonary artery diastolic pressure as an estimate of left ventricular end-diastolic pressure. *Heart & Lung, 20*(2), 107-115.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Assessment of cardiovascular function. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 646-681). (Vol. 1). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Titler, M. G. (1992). Interventions related to surveillance. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 495-515.

M

Monitorización neurológica 2620

Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas.

Actividades:

- Vigilar el nivel de consciencia.
- Comprobar el nivel de orientación.
- Vigilar las tendencias de la Escala de Coma de Glasgow.
- Controlar el sentido del olfato.
- Controlar la presencia de trastornos visuales (p. ej., diplopía, nistagmo, recortes del campo visual, visión borrosa, agudeza visual).
- Vigilar 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.
- Controlar la tos y el reflejo nauseoso.
- Monitorizar la protuberancia lingual.
- Monitorizar el tono muscular, el movimiento motor, la marcha y la propiocepción, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.
- Monitorizar la desviación de la pronación, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.
- Monitorizar la fuerza de agarre, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.
- Monitorizar el temblor, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.
- Analizar la memoria reciente, nivel de atención, memoria pasada, estado de ánimo, afecto y conductas.
- Monitorizar los signos vitales (p. ej., temperatura, presión arterial, pulso, respiraciones).
- Comprobar el estado respiratorio: (p. ej., gasometría arterial, pulsioximetría, profundidad, patrón, frecuencia, esfuerzo).
- Monitorizar los parámetros hemodinámicos invasivos, según corresponda.
- Monitorizar la presión intracraneal (PIC) y la presión de perfusión cerebral (PPC).
- Observar si el paciente refiere cefalea.
- Vigilar las características del habla (p. ej., fluencia, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras).
- Comprobar la respuesta a los estímulos (p. ej., verbal, táctil y lesivos).
- Verificar la discriminación de agudo y romo o calor y frío.
- Observar si hay parestesia: entumecimiento y hormigueos.
- Observar el patrón de sudación.
- Vigilar la respuesta de Babinski.
- Observar si hay respuesta de Cushing (es decir, aumento de la presión sistólica con incremento del pulso y bradicardia).
- Observar si hay drenaje en el vendaje de craneotomía o laminectomía.

- Observar la respuesta a los medicamentos.
- Consultar con compañeros para confirmar datos, según corresponda.
- Identificar patrones nuevos en los datos.
- Aumentar la frecuencia de la monitorización neurológica, según corresponda.
- Evitar las actividades que aumenten la PIC.
- Espaciar las actividades de cuidados que aumenten la PIC.
- Notificar al médico los cambios en el estado del paciente.
- Instaurar protocolos de emergencia, si es necesario.
- Seguir el protocolo del centro adecuado a la condición neurológica específica (p. ej., apoplejía, tumor, aneurisma, trauma), según sea necesario.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

American Association of Critical Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Barker, E. (2008). *Neuroscience nursing: A spectrum of care* (3rd ed.). St Louis, MO: Mosby Elsevier.

Crimlisk, J. T., & Grande, M. M. (2004). Neurologic assessment skills for the acute medical surgical nurse. *Orthopaedic Nursing, 23*(1), 3-11.

Rank, W. (2010). Simplifying neuro assessment. *Nursing made incredibly easy, 8*(2), 15-19.

Timby, B. K., & Smith, N. E. (2007). Introduction to the nervous system. In *Introductory medical-surgical nursing* (9th ed., pp. 653-665). Philadelphia, PA: Lippincott Williams, Wilkins.

Woodward, S., & Mestecky, A. (Eds.). (2011). *Neuroscience nursing: Evidence-based practice*. West Sussex, United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Monitorización nutricional 1160

Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente referentes a la ingesta nutricional.

Actividades:

- 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).
- Vigilar 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.
- Evaluar 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).
- Observar 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.
- Determinar los patrones de comidas (p. ej., gustos y aversiones alimentarias, consumo excesivo de comida rápida, comidas no realizadas, comer deprisa, interacción entre el progenitor y el niño durante la alimentación, así como frecuencia y duración de las tomas del lactante).
- Monitorizar la presencia de tejido conjuntival pálido, enrojecido y seco.
- Identificar anomalías en las uñas (p. ej., en forma de cuchara, agrietadas, partidas, rotas, quebradizas y estriadas).
- Evaluar la deglución (p. ej., función motora de los músculos faciales, orales y linguales, reflejo deglutorio y reflejo nauseoso).
- 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).
- Evaluar el estado mental (p. ej., confusión, depresión y ansiedad).
- Identificar las anomalías del sistema musculoesquelético (p. ej., emaciación muscular, artralgias, fracturas óseas, postura inadecuada).
- Realizar pruebas de laboratorio y monitorizar los resultados (p. ej., colesterol, albúmina sérica, transferrina, prealbúmina, nitrógeno en orina de 24 horas, BUN, creatinina, hemoglobina, hematocrito, inmunidad celular, recuento total de linfocitos y niveles de electrólitos).
- Determinar las recomendaciones energéticas (p. ej., ingesta diaria recomendada) basadas en factores del paciente (p. ej., edad, peso, talla, sexo y nivel de actividad física).
- Determinar los factores que afectan a la ingesta nutricional (p. ej., conocimiento, disponibilidad y accesibilidad de productos alimenticios de calidad en todas las categorías de alimentos; influencias religiosas y culturales; sexo; capacidad de preparar los alimentos; aislamiento social; hospitalización; masticación inadecuada; deglución alterada; enfermedad periodontal; dentaduras postizas mal ajustadas; disminución del gusto; uso de drogas o fármacos; estados patológicos o posquirúrgicos).
- Revisar otras fuentes de datos relativos al estado nutricional (p. ej., diario de alimentos del paciente y registros escritos).
- Iniciar el tratamiento o derivar al paciente, según proceda.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2009). Nutrition. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed., pp. 947-988). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Dudek, S. G. (2007). *Nutrition essentials for nursing practice* (5th rev. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Roman-Vinas, B., Serra-Majem, L., Ribas-Barba, L., Ngo, J., Garcia-Alvarez, A., Wijnhoven, T., & ... de Groot, L. (2009). Overview of methods used to evaluate the adequacy of nutrient intakes for individuals and populations. *British Journal of Nutrition, 101*(Suppl. 2), S6-S11.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2008). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (7th ed., pp. 208-248). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Monitorización respiratoria

3350

Definición: Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado.

Actividades:

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
- Observar 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.
- Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados (p. ej. SaO_2, SvO_2, SpO_2) 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.
- Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico).
- Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.
- Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales.
- Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos para apreciar los resultados.
- Vigilar los valores de las PFR, sobre todo la capacidad vital, fuerza inspiratoria máxima, volumen espiratorio forzado en un segundo (VEMS) y VEMS/CVF, según disponibilidad.
- Monitorizar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos de presiones inspiratorias y las disminuciones de volumen corriente, según corresponda.
- Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea.
- Observar los cambios de SaO_2, SvO_2 y CO_2 teleespiratorio y valores de gasometría arterial, según corresponda.
- Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente.
- Anotar aparición, características y duración de la tos.
- Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.
- Realizar una monitorización intermitente frecuente del estado respiratorio en pacientes de riesgo (p. ej., tratamiento con opiáceos, recién nacidos, ventilación mecánica, quemaduras faciales o torácicas, trastornos neuromusculares).
- Observar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran.
- Observar si se producen cuadros de disfonía o cambios de voz cada hora en pacientes con quemaduras faciales.
- Monitorizar la presencia de crepitación, si es el caso.
- Realizar el seguimiento de los informes radiológicos.
- Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de la barbilla o de pulsión mandibular, si se precisa.
- Colocar al paciente en decúbito lateral, para evitar la aspiración; girar al paciente en bloque si se sospecha una lesión cervical, según se indique.
- Establecer esfuerzos de reanimación, si es necesario.
- Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesario.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Becker, D. E., & Casabianca, A. B. (2009). Respiratory monitoring: Physiological and technical considerations. *Anesthesia Progress*, *56*(1), 14-22.

Bodin, D. A. (2003). Telemetry: Beyond the ICU. *Nursing Management*, *34*(8), 46-50.

Carbery, C. (2008). Basic concepts in mechanical ventilation. *Journal of Perioperative Practice*, *18*(3), 106-114.

Fetzer, S. J. (2011). Vital signs. In P. A. Potter, A. G. Perry, P. Stockert, & A. Hall (Eds.), *Basic nursing* (7th ed., pp. 278-280). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Hutchinson, D., & Whyte, K. (2008). Neuromuscular disease and respiratory failure. *Practical Neurology*, *8*(4), 229-237.

Maddox, R. R., Williams, C. K., Oglesby, H., Butler, B., & Colclasure, B. (2006). Clinical experience with patient-controlled analgesia using continuous respiratory monitoring and a smart infusion system. *American Journal of Health-System Pharmacy*, *63*(2), 157-164.

Pratt, E. S. (2011). Oxygenation. In P. A. Potter, A. G. Perry, P. Stockert, & A. Hall (Eds.), *Basic nursing* (7th ed., pp. 800-813). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Movilización familiar

7120

Definición: Utilización de los puntos fuertes de la familia para influir positivamente sobre la salud del paciente.

Actividades:

- Ofrecerse a escuchar a los miembros de la familia.
- Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.
- Ver a los miembros de la familia como posibles expertos en el cuidado del paciente.
- 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.
- Determinar la disposición y capacidad de los miembros de la familia para aprender.
- 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.

- Instruir a los cuidadores en el domicilio sobre la terapia del paciente, según proceda.
- Explicar a los miembros de la familia la necesidad de asistencia sanitaria profesional continuada, según corresponda.
- Colaborar con los miembros de la familia en la planificación y desarrollo de terapias o en los cambios en el estilo de vida del paciente.
- Apoyar las actividades familiares que estimulen la salud del paciente o el control de la enfermedad, cuando corresponda.
- Ayudar a los miembros de la familia a identificar servicios sanitarios y recursos de la comunidad que pueden utilizarse para mejorar el estado de salud del paciente.
- Observar la situación familiar actual.
- Remitir a los miembros de la familia a grupos de apoyo, según corresponda.
- Determinar sistemáticamente los logros alcanzados que son de esperar en el paciente.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2008

Bibliografía:

Deatrick, J. A. (2006). Family partnerships in nursing care. In M. Craft-Ros berg, & M. Krajicek (Eds.), *Nursing excellence for children & fami* (pp. 41-58). New York: Springer.

Gerdner, L. A., Buckwalter, K. C., & Reed, D. (2002). Impact of a psychoe cational intervention of caregiver response to behavioral problems. *Nurs Research, 51*(6), 363-374.

Sylvain, H., & Talbot, L. R. (2002). Synergy towards health: A nursing interv tion model for women living with fibromyalgia, and their spouses. *Jour of Advanced Nursing, 38*(3), 264-273.

Muestra de sangre capilar 40

Definición: Obtención de una muestra de sangre arteriovenosa periférica por punción transcutánea del cuerpo, como e el talón, un dedo u otro lugar.

M

Actividades:

- Verificar la identificación correcta del paciente.
- Minimizar la ansiedad del paciente utilizando procedimientos adecuados a la edad.
- Mantener precauciones estándar.
- Elegir el lugar de punción (p. ej., cara anterolateral del talón, lados de las falanges distales de los dedos de los pies o manos, lugares alternativos como el antebrazo).
- En los lactantes, puncionar la cara lateral del talón a una profundidad no superior a los 2,4 mm.
- Si se requiere una muestra arterializada, calentar el lugar durante unos 5 minutos, según el protocolo del centro.
- Utilizar técnicas de punción cutánea asépticas.
- Puncionar manualmente la piel con una lanceta o con un mecanismo de punción aprobado según las indicaciones del fabricante.
- Eliminar la primera gota de sangre con una gasa seca, según las indicaciones del fabricante o el protocolo del centro.
- Recoger la sangre de la manera adecuada para la realización de la prueba (p. ej., dejar que una gota de sangre caiga en la zona del papel de filtro especificada para ello por el fabricante, colocar la sangre en tubos por capilaridad cuando se formen gotas).
- Presionar de manera intermitente en el punto más alejado posible del lugar de punción para favorecer el flujo de la sangre.
- Evitar la hemólisis provocada por la presión u «ordeño» excesivo de la zona de punción.
- Seguir las normas del fabricante respecto a la cronología de las pruebas y a la conservación de la muestra de sangre (p. ej., sellado de los tubos), según sea necesario.
- Etiquetar la muestra, según el protocolo del centro.
- Enviar la muestra al laboratorio, según sea necesario.
- Aplicar un apósito en el lugar de punción, según sea necesari
- Enseñar y dirigir la autoextracción de muestras de sangre capil según corresponda.
- Desechar adecuadamente el equipo.
- Documentar la realización de la extracción de una muestra sangre capilar.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

Escalante-Kanashiro, R., & Tatalean-Da-Fieno, J. (2000). Capillary blood ga in a pediatric intensive care unit. *Critical Care Medicine, 28*(1), 224-22

Fletcher, M., & MacDonald, M. G. (1993). *Atlas of procedures in neonatol* (2nd ed.). Philadelphia, PA: J. B. Lippincott.

Meehan, R. M. (1998). Heelsticks in neonates for capillary blood sampl [corrected]. *Neonatal Network—Journal of Neonatal Nursing, 17*(1), 12-

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Pettersen, M. D., Driscoll, D. J., Moyer, T. P., Dearani, J. A., & McGregor, G. (1999). Measurement of blood serum cyclosporine levels using capill 'fingerstick' sampling: A validation study. *Transplant International, 12*(429-432.

Wong, D. L., Perry, S. E., & Hockenberry, M. J. (2002). *Maternal child nurs care* (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Yum, S. I., & Roe, J. (1999). Capillary blood sampling for self-monitorin blood glucose. *Diabetes Technology and Therapeutics, 1*(1), 29-37.

Musicoterapia

4400

Definición: Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico.

Actividades:

- Definir el cambio de conducta y/o fisiológico específico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor).
- Determinar el interés del individuo por la música.
- Identificar las preferencias musicales del individuo.
- Informar al individuo del propósito de la experiencia musical.
- Elegir selecciones de música concretas representativas de las preferencias del individuo.
- Ayudar al individuo a adoptar una posición cómoda.
- Limitar los estímulos extraños (p. ej., luces, sonidos, visitantes, llamadas telefónicas) durante la experiencia de escucha.
- Facilitar la disponibilidad de cintas/discos compactos de música y equipo al individuo.
- Asegurarse de que las cintas/discos compactos de música y el equipo se encuentran en buen estado de funcionamiento.
- Proporcionar auriculares, si es conveniente.
- Asegurarse de que el volumen es adecuado, pero no demasiado alto.
- Evitar dejar la música puesta durante largos períodos.
- Facilitar la participación activa del individuo (tocar un instrumento o cantar), si lo desea y es factible dentro de la situación.
- Evitar la música estimulante después de un traumatismo craneoencefálico agudo.

[1.ª] edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

Chlan, L. (1998). Music therapy. In M. Snyder, & R. Lindquist (Eds.), *Complementary/alternative therapies in nursing* (3rd ed., pp. 243-257). New York: Springer.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Cognitive processes. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 1219-1252). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Gerdner, L. A., & Buckwalter, K. C. (1999). Music therapy. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 451-468). Philadelphia: W.B. Saunders.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Complementary and alternative healing modalities. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed, pp. 223-243). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Tanabe, P., Thomas, R., Paice, J., Spiller, M., & Marcantonio, R. (2001). The effect of standard care, ibuprofen, and music on pain relief and patient satisfaction in adults with musculoskeletal trauma. *Journal of Emergency Nursing, 27*(2), 124-131.

White, J. M. (2001). Music as intervention: A notable endeavor to improve patient outcomes. *Nursing Clinics of North America, 36*(1), 83-92.

Obtención de órganos

62

Definición: Guiar a las familias en el proceso de donación para asegurar una extracción a tiempo de órganos vitales y tejid para trasplantes.

Actividades:

- Revisar la política y los procedimientos institucionales para la donación de órganos.
- Participar en las deliberaciones del equipo de cuidados respecto a la afección, el pronóstico y el plan de atención del paciente en términos uniformes.
- Verificar que el coordinador del equipo de trasplantes haya sido informado sobre si el paciente tiene una enfermedad o lesión que amenace su vida.
- Monitorizar signos vitales y estado del balance hídrico.
- Obtener muestras de laboratorio según lo prescrito (p. ej., hemograma, niveles de electrólitos, pruebas de función hepática y renal, pruebas de hepatitis y VIH).
- Ayudar a determinar la muerte cerebral, según corresponda.
- Asegurarse de que se han cumplido y documentado los criterios de muerte cerebral.
- Tener en cuenta que el coordinador del equipo de trasplantes hará la solicitud de donación y prescribirá las pruebas apropiada para la donación.
- Proporcionar un espacio privado donde el coordinador del equipo de trasplantes pueda acercarse a la familia para hablar sobre la donación de órganos.
- Obtener muestras de sangre para tipificar la sangre y los tejidos según las instrucciones del coordinador del equipo de trasplantes.
- Administrar líquidos por vía intravenosa y medicamentos vasoactivos según lo prescrito.
- Preparar a la familia para lo que puede esperar durante la retirada de la terapia de soporte vital, según corresponda.
- Apoyar a la familia a través del proceso del final de la vida.
- Asistir con el traslado del paciente al quirófano según las in caciones del coordinador del equipo de trasplantes.
- Proporcionar un cauce para que la familia obtenga informac sobre los procedimientos de recuperación de órganos.
- Ofrecer a la familia una visión *post mortem* del cuerpo, cua sea posible.
- Permitir que la familia tenga tiempo para el duelo.
- Comprender que pueden surgir dilemas éticos relacionados la asignación de órganos, la selección del receptor de trasplar y las tecnologías disponibles.
- Ayudar a los pacientes y sus familias a tener acceso a informac de calidad acerca de la donación y el trasplante de órganos.
- Llevar a cabo programas de educación comunitaria sobre do ción y trasplante de órganos.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

International Transplant Nurses Society. (2016). *Transplant nursing: Scope standards of practice* (2nd ed.). Chicago, IL: Author.

Mercer, L. (2013). Improving the rates of organ donation for transplantat *Nursing Standard, 27*(26), 35-40.

Nierste, D. (2013). Issues in organ procurement, allocation, and transplar tion. *Journal of Christian Nursing, 30*(2), 80-87.

Paramesh, A. S. (2013). What's new in the transplant OR? *AORN Jour* 97(4), 435-447.

Wiegand, D. (Ed.). (2011). *AACN procedure manual for critical care* (6th pp. 1224-1235). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

O

Orientación anticipatoria

52

Definición: Preparación del paciente para una futura crisis del desarrollo y/o circunstancial.

Actividades:

- 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 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.
- Utilizar ejemplos de casos que potencien la habilidad del paciente para solucionar problemas, según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar los recursos y opciones disponibles, según corresponda.
- Ensayar las técnicas necesarias para afrontar la aparición de crisis de desarrollo o circunstancial con el paciente, si resulta adecuado.
- Ayudar al paciente a adaptarse anticipadamente a los futu cambios de rol.
- Proporcionar al paciente una referencia preparada (material folletos educativos), si es el caso.
- Sugerir textos escritos o fuentes electrónicas para que el pacie los lea, si resulta oportuno.
- Remitir al paciente a centros comunitarios, según correspon
- Programar visitas en momentos de desarrollo/circunstancia estratégicos.
- Programar visitas adicionales para pacientes con preocupaci o dificultades.
- Programar llamadas telefónicas de seguimiento para evaluar éxito o las necesidades de refuerzo.
- Proporcionar al paciente un número de teléfono para llamar necesita ayuda, si fuera necesario.
- Involucrar a la familia/allegados, cuando sea posible.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

Bibliografía:

Craft-Rosenberg, M., & Krajicek, M. (Eds.). (2006). *Nursing excellence for children and families*. New York, NY: Springer.

Hagan, J., Shaw, J., & Duncan, P. (Eds.). (2007). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (3rd ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

Rancour, P. (2008). Using archetypes and transitions theory to help patients move from active treatment to survivorship. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 12*(6), 935-940.

Rosen, L. (2008). Infant sleep and feeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 37*(6), 706-714.

Sattler, B., & Davis, A. (2008). Nurses' role in children's environmental health protection. *Pediatric Nursing, 34*(4), 329-339.

Skybo, T., & Policka, B. (2007). Health promotion model for childhood violence prevention and exposure. *Journal of Clinical Nursing, 16*(1), 38-45.

Orientación de la realidad

4820

Definición: Fomento de la consciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y entorno.

Actividades:

- 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).
- Repetir el último pensamiento expresado por el paciente, según corresponda.
- Interrumpir las confabulaciones cambiando de tema o respondiendo al sentimiento o tema, en lugar de al contenido de la manifestación verbal.
- Dar órdenes de una en una.
- Utilizar gestos/objetos para aumentar la comprensión de las comunicaciones verbales.
- 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.
- Mostrar sugerencias/posturas físicas (mover la mano del paciente haciendo los movimientos necesarios para cepillarse los dientes), si es necesario, para completar la tarea dada.
- Fomentar el uso de dispositivos de ayuda que aumenten la estimulación sensorial (gafas, audioprótesis y dentaduras postizas).
- Recomendar al paciente que lleve ropa personal, ayudar si es necesario.
- Proporcionar objetos que simbolicen la identidad de sexo (p. ej., monedero o gorra), según corresponda.
- Utilizar señales con dibujos para favorecer el uso adecuado de los objetos.
- Evitar las situaciones no familiares, cuando sea posible.
- Preparar al paciente para los cambios que se avecinen en la rutina y ambiente habitual antes de que se produzcan.
- Proporcionar un descanso y sueño adecuados, incluidas siestas cortas si es necesario.
- Asignar cuidadores para el paciente que sean familiares de él.
- 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.
- Permitir el acceso a objetos familiares, cuando sea posible.
- Etiquetar los artículos del entorno para favorecer su reconocimiento.
- Modular los estímulos sensoriales humanos y ambientales (p. ej., sesiones de visita, vistas, sonidos, luz, olores y estimulación táctil), según las necesidades del paciente.
- Utilizar señales ambientales (signos, cuadros, relojes, calendarios y codificación de color del ambiente) para estimular la memoria, reorientar y fomentar una conducta adecuada.
- Eliminar los estímulos que creen percepciones equivocadas en un paciente particular (p. ej., cuadros en la pared y televisión), cuando sea posible.
- Permitir el acceso a sucesos de noticias actuales (p. ej., televisión, periódicos, radio e informativos verbales), cuando corresponda.
- Implicar al paciente en ambiente/clase grupal de orientación de la realidad, cuando sea adecuado.
- Ofrecer psicoeducación a la familia y los allegados respecto a fomentar la orientación de la realidad.
- Observar si hay cambios de orientación, funcionamiento cognitivo-conductual y calidad de vida.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía

Bates, J., Boote, J., & Beverley, C. (2004). Psychosocial interventions for people with a milder dementing illness: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 45*(6), 644-658.

Cacchione, P. Z., Culp, K., Laing, J., & Tripp-Reimer, T. (2003). Clinical profile of acute confusion in the long-term care setting. *Clinical Nursing Research, 12*(2), 145-158.

Foreman, M. D., Mion, L. C., Trygstad, L., & Fletcher, K. (2003). Delirium: Strategies for assessing and treating. In M. Mezey, T. Fulmer, I. Abraham, & D. Zwicker (Eds.), *Geriatric nursing protocols for best practice* (2nd ed., pp. 116-140). New York: Springer.

Hewitt, J. (2002). Psycho-affective disorder in intensive care units: A review. *Journal of Clinical Nursing, 11*(5), 575-584.

O

Minardi, H., & Hayes, N. (2003). Nursing older adults with mental health problems: Therapeutic interventions—part 2. *Nursing Older People*, *15*(7), 20-24.
Onder, G., Zanetti, O., Giacobini, E., Frisoni, G. B., Bartorelli, L., Carbone, G., ..., & Bernabei, R. (2005). Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: Randomised control trial. *The British Journal of Psychiatry*, *187*(5), 450-455.
Thomas, H., Feyz, M., LeBlanc, J., Brosseau, J., Champoux, M. -C., Chr topher, A., ..., & Lin, H. (2003). North Star project: Reality orientation an acute care setting for patients with traumatic brain injuries. *Journa Head Trauma Rehabilitation*, *18*(3), 292-302.
Videbeck, S. L. (2006). *Psychiatric mental health nursing* (3rd ed.). Philadelp Lippincott Williams & Wilkins.

Orientación en el sistema sanitario 74

Definición: Facilitar al paciente la localización y la utilización de los servicios sanitarios adecuados.

Actividades:

- Explicar el sistema de cuidados sanitarios más próximo, su funcionamiento y lo que puede esperar el paciente/familia.
- Ayudar al paciente o a la familia a coordinar la asistencia sanitaria y la comunicación.
- Ayudar al paciente o a la familia a elegir a los profesionales sanitarios adecuados.
- Instruir al paciente sobre el tipo de servicio que puede esperar de cada clase de profesional sanitario (especialistas de enfermería, dietistas titulados, enfermeras tituladas, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, cardiólogos, internistas, optometristas y psicólogos).
- Informar al paciente sobre los distintos tipos de instalaciones sanitarias (hospital general, hospital de especialidades, hospital universitario, ambulatorio y clínica de cirugía ambulatoria), según corresponda.
- Informar al paciente de los requisitos de acreditación y del departamento sanitario estatal para juzgar la calidad de un centro.
- Informar al paciente sobre los recursos comunitarios adecuados y las personas de contacto.
- Aconsejar que se solicite una segunda opinión.
- Informar al paciente del derecho a cambiar de profesional sanitario.
- Informar acerca de las implicaciones que supone firmar el formulario de consentimiento.
- Proporcionar al paciente una copia de los Derechos del Paciente.
- Informar al paciente de cómo acceder a los servicios de urgencia por medio del teléfono o transporte, según corresponda.
- Animar al paciente a ir al servicio de urgencias, según corresponda.
- Determinar y facilitar la comunicación entre los profesionales sanitarios y el paciente/familia, si es el caso.
- Informar al paciente/familia de cómo cuestionar la decisión tomada por un profesional sanitario, si es preciso.
- Animar a consultar a otros profesionales sanitarios, según corresponda.
- Solicitar servicios de otros profesionales sanitarios para el paciente, según corresponda.
- Coordinar el procedimiento de remisión a los profesionales sanitarios pertinentes, según corresponda.
- Revisar y completar la información proporcionada por otros profesionales sanitarios.
- Proporcionar información sobre cómo obtener el equipo.
- Coordinar/programar el tiempo que necesita cada servicio pa proporcionar la asistencia, según corresponda.
- Informar al paciente de los costes, tiempo, alternativas y ries implicados en una prueba o procedimiento específico.
- Proporcionar instrucciones escritas sobre el propósito y lugar las actividades posteriores a la hospitalización/actividades paciente ambulatorio, según corresponda.
- Proporcionar instrucciones escritas sobre el propósito y lugar las actividades asistenciales, según corresponda.
- Comentar el resultado de la visita con otros profesionales sa tarios, según corresponda.
- Determinar y facilitar las necesidades de transporte para obte los servicios de asistencia sanitaria.
- Disponer un sistema de seguimiento con el paciente, seg corresponda.
- Observar la adecuación del seguimiento actual de los cuidad
- Proporcionar informes a los cuidadores tras la hospitalizaci según corresponda.
- Animar al paciente/familia a que haga preguntas sobre los vicios y costes.
- Cumplir con la reglamentación para el reembolso por tercer
- Ayudar a los pacientes a rellenar los formularios de asisten tales como alojamiento y ayuda económica, si lo precisan.
- Notificar al paciente las visitas programadas, según corresponden

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

Arnold, E., & Boggs, K. (1989). *Interpersonal relationships: Professional c munication skills for nurses*. Philadelphia: W. B. Saunders.
Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Case management. In *Fundamenta nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 379-390). Philadelp PA: Lippincott Williams & Wilkins.
Dunne, P. J. (1998). The emerging health care delivery system. *American sociation of Respiratory Care Times*, *22*(1), 24-28.
Matthews, P. (2000). Planning for successful outcomes in the new millenni *Topics in Health Information Management*, *20*(3), 55-64.
Viscardis, L. (1998). The family-centered approach to providing services: A rent perspective. *Physical & Occupation Therapy in Pediatrics*, *18*(1), 41
Zarbock, S. G. (1999). Sharing in all dimensions: Providing nourishme home. *Home Care Provider*, *4*(3), 106-107.

Oxigenoterapia

3320

Definición: Administración de oxígeno y control de su eficacia.

Actividades:

- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda.
- Restringir el fumar.
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.
- Administrar oxígeno suplementario según órdenes.
- Vigilar el flujo de litros de oxígeno.
- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.
- Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido.
- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda.
- Asegurar la recolocación de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo.
- Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno cuando come.
- Cambiar el dispositivo de aporte de oxígeno de la máscara a cánulas nasales durante las comidas, según tolerancia.
- Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.
- Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.
- Comprobar el equipo de oxígeno para asegurar que no interfiera con los intentos de respirar del paciente.
- Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la oxigenoterapia.
- Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.
- Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.
- Aconsejar al paciente que obtenga la prescripción de oxígeno suplementario antes de realizar viajes en avión o a gran altitud.
- Consultar con otros profesionales sanitarios acerca del uso de oxígeno suplementario durante períodos de actividad y/o sueño.
- Instruir al paciente y a la familia en el uso de oxígeno en casa.
- Disponer el uso de dispositivos de oxígeno que faciliten la movilidad y enseñar al paciente en consecuencia.
- Cambiar al dispositivo de aporte de oxígeno alternativo para fomentar la comodidad, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Gottlie, B. J. (1988). Breathing and gas exchange. In M. Kinney, D. Packa, & S. Dunbar (Eds.), *AACN's clinical reference for critical-care nursing* (2nd ed., pp. 160-192). St. Louis: Mosby.

Lewis, S. M., & Collies, I. C. (1996). *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (4th ed.). St. Louis: Mosby.

Nelson, D. M. (1992). Interventions related to respiratory care. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 301-323.

Suddarth, D. (1991). *The Lippincott manual of nursing practice* (5th ed., pp. 210 – 226). Philadelphia: J. B. Lippincott.

Thelan, L. A., Urden, L. D., Lough, M. E., & Stacy, K. (1998). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby.

U.S. Department of Health and Human Services. (1994). *Unstable angina: Diagnosis and management* (AHCPR Publication No-0602). Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.

Parto

6

Definición: Nacimiento de un niño.

Actividades:

- Proporcionar orientación anticipatoria del parto.
- Disponer la presencia de una(s) persona(s) de apoyo durante la experiencia del parto, si es posible.
- 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.
- Obtener el permiso de la paciente y de su pareja para la entrada de personal de cuidado adicional en la zona de parto.
- 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.
- Realizar la episiotomía, según se precise.
- Enseñar a la paciente a realizar respiraciones superficiales (p. ej., «jadeos») durante la salida de la cabeza.
- Extraer la cabeza fetal despacio, manteniendo la flexión hasta que salgan los huesos parietales.
- Sostener el periné durante el parto.
- Observar la presencia de una vuelta de cordón.
- Reducir la vuelta de cordón (p. ej., pinzar y cortar el cordón o deslizarlo sobre la cabeza), según corresponda.
- Aspirar las secreciones de la nariz y boca del bebé con una jeringa-pera después de la salida de la cabeza.
- Aspirar el líquido teñido de meconio, si es el caso.
- Ayudar en la salida de los hombros.
- Realizar maniobras para liberar la distocia de los hombros (p. ej., presión suprapúbica o maniobra de McRobert), según corresponda.
- Extraer el cuerpo del bebé lentamente.
- Sujetar el cuerpo del bebé.
- Pinzar y cortar el cordón umbilical después de que hayan cesado los latidos, si no está contraindicado.
- Obtener una muestra de sangre del cordón si es Rh negativo o si es necesaria para una gasometría de la sangre del cordón.
- Adelantar la expulsión espontánea de la placenta.
- Asignar la calificación Apgar de 1 minuto.
- Aplicar tracción controlada del cordón umbilical, a la vez q protege el fondo del útero.
- Inspeccionar si hay desgarros en el cuello uterino después salida de la placenta.
- Administrar anestésicos locales antes de la reparación quirú cuando esté indicado.
- Suturar la episiotomía o los desgarros, según corresponda.
- Realizar una exploración rectal para asegurarse de la integ de los tejidos.
- Inspeccionar la placenta, las membranas y el cordón despué parto.
- Calcular la pérdida de sangre después del parto.
- Limpiar el periné.
- Aplicar una compresa perineal.
- Alabar el esfuerzo materno y el de la persona de apoyo.
- Proporcionar información sobre el aspecto y estado del bé
- Fomentar la verbalización de preguntas o preocupaciones a de la experiencia del parto y del recién nacido.
- Consultar con el médico presente acerca de síntomas de plicaciones reales o potenciales.
- Documentar el desarrollo del parto.
- Firmar el certificado de nacimiento, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Aasheim, V., Nilsen, A., Lukasse, M., & Reiner, L. (2011). Perineal techr during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Coc Database of Systematic Reviews, 2011*(12), .

Davidson, M., London, M., & Ladewig, P. (2012). *Old's maternal-ne nursing and women's health across the lifespan* (9th ed.). Upper S River, NJ: Pearson.

Minnesota Midwives Guild. (2013). *The Minnesota Midwives' Guild' sta of care*. Milaca, MN: Author.

Romano, A., Emesis, C., Bailey,J., Robuck, E., & Rothman, M. (2014) *moting physiological birth: Putting birthTOOLS.org into action.* presented at the Midwifery Works! Conference October 17 in Chica Obtenido de http://www.midwife.org/acnm/files/ccLibraryFiles/F me/000000004513/BirthTOOLSforMidwiferyWorks.pdf.

Planificación familiar: anticoncepción

6

Definición: Ayudar al paciente a determinar y obtener métodos de prevención del embarazo.

Actividades:

- Evaluar los conocimientos y la comprensión del paciente sobre las opciones de anticoncepción.
- Instruir al paciente sobre la fisiología de la reproducción humana, incluidos los aparatos reproductores femenino y masculino, según corresponda.
- Realizar una exploración física pertinente, si está indicado según la historia del paciente.
- Determinar la capacidad y motivación para utilizar un método.
- Determinar el grado de implicación para usar un méto forma constante.
- Comentar los aspectos religiosos, culturales, del desar socioeconómicos e individuales sobre la elección del ant ceptivo.
- Comentar los métodos de anticoncepción (p. ej., sin medica de barrera, hormonal, DIU y esterilización), incluyendo s cacia, efectos secundarios, contraindicaciones, así como s y síntomas que deban notificarse a un profesional sanitari

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

- Ayudar a los adolescentes a obtener información sobre anticonceptivos de forma confidencial.
- Ayudar a las pacientes a determinar la ovulación mediante la temperatura basal, los cambios de secreción vaginales y otros indicadores fisiológicos.
- Proporcionar métodos anticonceptivos al paciente, si está indicado.
- Comentar la anticoncepción de urgencia, según corresponda.
- Proporcionar anticoncepción de urgencia (p. ej., píldora del día después, DIU de cobre), según corresponda.
- Informar sobre las relaciones sexuales seguras, según corresponda.
- Remitir al paciente a otros profesionales sanitarios o a recursos comunitarios (p. ej., trabajador social y profesional de asistencia sanitaria domiciliaria), según corresponda.
- Determinar los recursos económicos para la anticoncepción y remitir, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Cheng, L., Gulmezoglu, A., Piaggio, G., Ezcurra, E., & Van Look, P. (2008). Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008*(2.), doi: 10.1002/14651858.CD001324.pub3.

Lopez, L., Tolley, E., Grimes, D., & Chen-Mok, M. (2009). Theory-based interventions for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009*(1.), doi: 10.1002/14651858.CD007249.pub2.

Oringanje, C., Meremikwu, M. M., Eko, H., Esu, E., Meremikwu, A., & Ehiri, J. E. (2009). Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009*(4.), doi: 10.1002/14651858.CD005215.pub2.

Department of Health, U. S., Human, & Services (2000). *Healthy People 2010: Understanding and improving health* (2nd ed.). Washington, DC: Government Printing Office.

Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2009). *Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, & families*. Philadelphia: F.A. Davis.

Planificación familiar: embarazo no deseado 6788

Definición: Facilitar la toma de decisiones sobre el resultado de un embarazo.

Actividades:

- Averiguar si la paciente ha tomado una decisión sobre el futuro del embarazo.
- Explicar a la paciente y su pareja (si está implicado) las opciones sobre el embarazo, incluyendo su interrupción, quedarse con el niño o dejarle en adopción.
- Comentar los factores relacionados con el embarazo no deseado (múltiples parejas, abuso de sustancias, violencia doméstica y probabilidad de enfermedad de transmisión sexual).
- Ayudar a la paciente en la identificación de los sistemas de apoyo.
- Animar a la paciente a implicar a los sistemas de apoyo durante el proceso de toma de decisiones.
- Apoyar a la paciente y a su pareja en la decisión sobre el futuro del embarazo.
- Aclarar cualquier información errónea sobre el uso de anticonceptivos.
- Remitir a la paciente a centros comunitarios que dispongan de servicios de apoyo en la toma de decisiones sobre el embarazo, así como otros problemas de salud (enfermedades de transmisión sexual, abuso de sustancias y violencia doméstica).

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Barry, M. (2011). Preconception care at the edges of the reproductive lifespan. *Nursing for Women's Health, 15*(1), 68-74.

Jensen, J., & Mishell, D., Jr. (2012). Family planning. In G. Lentz, R. Lobo, D. Gershenson, & V. Katz (Eds.), *Comprehensive gynecology* (6th ed., pp. 215-272). Philadelphia, PA: Elsevier Mosby.

Kartoz, C. R. (2004). New options for teen pregnancy prevention. *The American Journal of Maternal Child Nursing, 29*(1), 30-35.

Simmonds, K., & Likis, F. (2011). Caring for women with unintended pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 40*(6), 794-807.

Taylor, D., & James, E. (2011). An evidence based guideline for unintended pregnancy prevention. *Journal of Obstetric. Gynecologic and Neonatal Nursing, 40*(6), 782-793.

Planificación familiar: infertilidad 6786

Definición: Orientar, enseñar y apoyar a la paciente y a su pareja cuando se vaya a realizar el estudio y tratamiento de la infertilidad.

Actividades:

- Apoyar a la pareja a través de la historia y valoración de la infertilidad, admitiendo el estrés que a menudo se experimenta al obtener una historia detallada y durante un largo proceso de evaluación y tratamiento.
- Explicar los tipos de infertilidad (p. ej., primaria o secundaria, masculina o femenina).
- Explicar el ciclo reproductivo femenino a la paciente, según sea necesario.
- Ayudar a la mujer a determinar la ovulación a través de la temperatura corporal basal, los cambios en las secreciones vaginales, el nivel de progesterona sérica en la fase lútea media y otros indicadores fisiológicos.

- Preparar física y psicológicamente a la paciente para el examen ginecológico.
- Explicar el procedimiento y las sensaciones que la paciente puede experimentar durante el mismo.
- Ayudar al hombre a completar el análisis de semen y los exámenes médicos.
- Determinar la comprensión de la pareja sobre los resultados de las pruebas y la terapia recomendada.
- Determinar hasta qué punto las parejas son capaces y están dispuestas a participar en el tratamiento complejo de la infertilidad.
- Ayudar en la expresión de sentimientos de duelo, decepción y fracaso.
- Estimular la expresión de sentimientos sobre la sexualidad, la autoimagen y la autoestima.
- Ayudar a las personas a redefinir los conceptos de éxito y fracaso, si es necesario.
- Remitir a grupos de apoyo de parejas estériles, según corresponda.
- Colaborar en la resolución de problemas que ayuden a la pare a valorar alternativas a la paternidad biológica.
- Averiguar el efecto de la infertilidad en la relación de la pare

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Devine, K. (2003). Caring for the infertile woman. *MCN: The American Journ of Maternal/Child Nursing, 28*(2), 100-105.

Hoffman, B., Schorge, J., Schaffer, J., Halvorson, L., Bradshaw, K., & Cu ningham, F. (Eds.). (2012). Evaluation of the infertile couple. In Willian gynecology (2nd ed., pp. 506–528). New York, NY: McGraw-Hill.

Lobo, R. (2012). Infertility. In G. Lentz, R. Lobo, D. Gershenson, & V. Ka (Eds.), *Comprehensive gynecology* (6th ed., pp. 869-895). Philadelphia, P Elsevier Mosby.

Onwere, C., & Vakharia, H. (2014). *Crash course: Obstetrics and gynaecolog* (3rd ed.). Edinburgh, Scotland: Mosby Elsevier.

Planificación para el alta 7370

Definición: Preparación para trasladar al paciente desde un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro de cuidados actual.

Actividades:

- Ayudar al paciente/familiar/allegados a prepararse para el alta.
- Determinar las capacidades del paciente para el alta.
- Colaborar con el médico, paciente/familiar/allegado y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados.
- Coordinar los esfuerzos de distintos profesionales sanitarios para asegurar un alta oportuna.
- Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.
- Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta.
- Observar si todo está listo para el alta.
- Comunicar al paciente los planes de alta, según corresponda.
- Registrar los planes respecto del alta del paciente en la historia clínica.
- Formular un plan de mantenimiento para el seguimiento posterior al alta.
- Ayudar al paciente, familiares y allegados en la planificación de los ambientes de apoyo necesarios para proveer los cuidados fuera del hospital.
- Desarrollar un plan que tenga en cuenta las necesidades de cuidado, sociales y económicas del paciente.
- Disponer la evaluación posterior al alta, cuando sea apropiado.
- Fomentar el autocuidado, según corresponda.
- Establecer el alta al siguiente nivel de cuidados.
- Buscar el apoyo de un cuidador, según corresponda.
- Comentar los recursos económicos si se requiere una reorganización para recibir cuidados después del alta.
- Coordinar las derivaciones relevantes para el enlace entre los profesionales sanitarios.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Hastings, S. N., & Heflin, M. T. (2005). A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Academic Emergency Medicine, 12*(10), 978-986.

Lowenstein, A. J., & Hoff, P. S. (1994). Discharge planning. A study of nursing staff involvement. *Journal of Nursing Administration, 24*(4), 45-50.

Luckmann, J., & Sorensen, K. C. (1987). *Medical-surgical nursing* (3rd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

McClelland, E., Kelly, K., & Buckwalter, K. C. (1985). *Continuity of care: Advancing the concept of discharge planning*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

McKeehan, K. M. (1981). *Continuing care*. St. Louis: Mosby.

Meijer, R., van Limbeek, J., Peusens, G., Rulkens, M., Dankoor, K., Vermeulen, M., & de Haan, R. J. (2005). The stroke unit discharge guideline, a prognostic framework for the discharge outcome from the hospital stroke unit. *A prospective cohort study. Clinical Rehabilitation, 19*(7), 770-778.

Remer, D., Buckwalter, K. C., & Maas, M. L. (1991). Translocation syndrome. In M. Maas, K. Buckwalter, & M. Hardy (Eds.), *Nursing diagnoses and interventions for the elderly* (pp. 493-504). Redwood City, CA: Addison-Wesley.

P

Potenciación de la autoconciencia

5390

Definición: Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.

Actividades:

- 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.
- 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.
- 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.
- Ayudar al paciente a ser consciente de sus autoafirmaciones negativas.
- Ayudar al paciente a identificar los sentimientos de culpa.
- 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 identificar habilidades y estilos de aprendizaje.
- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.
- Ayudar al paciente a identificar la fuente de motivación.
- Ayudar al paciente a identificar las conductas que sean autodestructivas.
- Facilitar la expresión de sí mismo con grupos de compañeros.
- Ayudar al paciente a reconocer afirmaciones contradictorias.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed.). St. Louis: Mosby.

Potenciación de la autoestima

5400

Definición: Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.

Actividades:

- Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía.
- 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.
- 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 autovalía.
- Explorar los logros de éxitos anteriores.
- Explorar las razones de la autocrítica o culpa.
- 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.
- Instruir a los padres sobre la importancia de su interés y apoyo en el desarrollo de un autoconcepto positivo para sus hijos.
- Enseñar a los padres a establecer expectativas claras y a definir límites con sus hijos.
- Enseñar a los padres a reconocer los logros de sus hijos.
- Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo.
- Observar la falta de seguimiento en la consecución de objetivos.
- Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda.
- Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

P

Bibliografía:

Bode, C., van der Heij, A., Taal, E., & van de Laar, M. A. (2010). Body-self unity and self-esteem in patients with rheumatic diseases. *Psychology, Health & Medicine, 15*(6), 672-684.

Bunten, D. (2001). Normal changes with aging. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions* (pp. 518-520). St. Louis, MO: Mosby.

Lai, H., Lu, C., Jwo, J., Lee, P., Chou, W., & Wen, W. (2009). The effects of a self-esteem program incorporated into health and physical education classes. *Journal of Nursing Research, 17*(4), 233-240.

Lim, J., Kim, M., Kim, S., Kim, E., Lee, J., & Ko, Y. (2010). The effects of a cognitive-behavioral therapy on career attitude maturity, decision making style, and self-esteem of nursing students in Korea. *Nurse Education Today, 30*(8), 731-736.

Weber, S., Puskar, K., & Ren, D. (2010). Relationships between depressive symptoms and perceived social support, self-esteem, & optimism in a sample of rural adolescents. *Issues in Mental Health Nursing, 31*(9), 584-588.

Potenciación de la disposición de aprendizaje 5540

Definición: Mejorar la capacidad y disposición de recibir información.

Actividades:

- Proporcionar un ambiente no amenazador.
- Establecer compenetración en las relaciones.
- Establecer la credibilidad del profesor, si es el caso.
- Maximizar el estado hemodinámico del paciente para facilitar la oxigenación cerebral (ajustes de postura y medicación), según corresponda.
- Satisfacer las necesidades fisiológicas básicas del paciente (hambre, sed, calor y oxígeno).
- Disminuir el nivel de fatiga del paciente, según corresponda.
- Controlar el dolor del paciente, según corresponda.
- Evitar el uso de medicamentos que puedan alterar la percepción del paciente (narcóticos e hipnóticos), si es posible.
- Comprobar el nivel de orientación/confusión del paciente.
- Aumentar la orientación en la realidad del paciente, según corresponda.
- Maximizar la percepción sensorial mediante el uso de gafas, audioprótesis, etc., si se precisa.
- Minimizar el grado de carga/sobrecarga sensorial, según corresponda.
- Satisfacer las necesidades de seguridad del paciente (seguridad, control y familiaridad), según corresponda.
- Vigilar el estado emocional del paciente.
- Ayudar al paciente a enfrentarse a las emociones intensas (ansiedad, duelo e ira), según corresponda.
- Fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes.
- Dar tiempo al paciente para que realice preguntas y discuta sus inquietudes.
- Tratar las inquietudes específicas del paciente, si existen.
- Establecer un ambiente de aprendizaje lo antes posible en contacto con el paciente.
- Facilitar la aceptación de la situación por parte del paciente, según corresponda.
- Ayudar al paciente a desarrollar confianza en su capacidad, según corresponda.
- Lograr la participación de la familia/allegados, si resulta oportuno.
- Explicar cómo la información ayudará a que el paciente cumpla con las metas.
- Explicar cómo las experiencias desagradables previas del paciente con la asistencia sanitaria difieren de la situación actual, si es preciso.
- Ayudar al paciente a darse cuenta de la gravedad de su enfermedad, si se considera oportuno.
- Ayudar al paciente a darse cuenta de que hay opciones de tratamiento, según corresponda.
- Ayudar al paciente a darse cuenta de la susceptibilidad a las complicaciones, según corresponda.
- Ayudar al paciente a darse cuenta de la capacidad para prevenir enfermedades, según corresponda.
- Ayudar al paciente a conseguir la capacidad de controlar la progresión de la enfermedad, según corresponda.
- Ayudar al paciente a darse cuenta de que la situación actual difiere de la situación estresante previa, según corresponda.
- Ayudar al paciente a ver acciones alternativas que impliquen menos riesgo para su estilo de vida, si es posible.
- Proporcionar un desencadenante o activador (comentarios/razones y nueva información que motiven) hacia la acción adecuada, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Bastable, S. B. (2003). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Client education. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 361-378). Philadelphia, PA: Lippincott Williams, Wilkins.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Teaching. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 445-468). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Rakel, B. A. (1992). Interventions related to patient teaching. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 397-423.

Redman, B. K. (1993). Assessment of motivation to learn & the need for patient education. In B. K. Redman (Ed.), *The process of patient education* (7th ed., pp. 16-43). St. Louis: Mosby.

Potenciación de la socialización

Definición: Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás.

Actividades:

- 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.
- Permitir que se prueben los límites interpersonales.
- 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.
- Utilizar el juego de roles para practicar las habilidades y técnicas de comunicación mejoradas.
- Proporcionar modelos de rol que expresen la ira de forma adecuada.
- 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.
- Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades fut por parte del paciente.
- Fomentar la planificación de actividades especiales por part grupos pequeños.
- Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de r ciones.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2008

Bibliografía:

Frisch, N. (2006). Group therapy. In N. Frisch, & L. Frisch (Eds.), *Psychiat mental health nursing* (3rd ed., pp. 756-769). Albany, NY: Delmar.

Hawkins, J., Kosterman, R., Catalano, R., Hill, K., & Abbott, R. (2005). Pr moting positive adult functioning through social development interventio in childhood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 159*(1), 25-31

Kopelowicz, A., & Liberman, R. (2003). Integrating treatment with rehabili tation for persons with major mental illnesses. *Psychiatric Services, 54*(11) 1491-1498.

Resnick, B., & Fleishell, A. (2002). Developing a restorative care program: A five-step approach that involves the resident. *American Journal of Nursing, 102*(7), 91-95.

Swanson, E., & Drury, J. (2001). Sensory/perceptual alterations. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes and interventions* (pp. 476-491). St. Louis: Mosby.

Varcarolis, E. (2006). Mood disorders/depression. In E. Varcarolis, V. Carson, & N. Shoemaker (Eds.), *Foundations of psychiatric/mental health nursing: A clinical approach* (pp. 326-358). Philadelphia: Saunders Elsevier.

Waterman, J., Blegen, M., Clinton, P., & Specht, J. (2001). Social isolation. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions* (pp. 651-663). St. Louis, MO: Mosby.

Weiss, S. (2004). Children. In C. Kneisl, H. Wilson, & E. Trigoboff (Eds.), *Contemporary psychiatric-mental health nursing* (pp. 589-614). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Potenciación de las aptitudes para la vida diaria 5326

Definición: Desarrollar la capacidad del individuo para afrontar de forma independiente y eficaz las exigencias y dificultades de la vida diaria.

Actividades:

- Establecer una buena relación con empatía, cordialidad, espontaneidad, organización, paciencia y persistencia.
- Determinar las necesidades 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.
- Potenciar la motivación mediante el establecimiento de metas asequibles progresivas.
- Evaluar las habilidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas 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).
- 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 obst

- Seleccionar métodos de enseñanza y estrategias adecuados.
- Seleccionar materiales educativos apropiados.
- Adaptar el contenido a las capacidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas del paciente.
- Fraccionar las habilidades más complejas en sus componentes por etapas para permitir el progreso incremental.
- Ajustar la instrucción para facilitar el aprendizaje, según el caso.
- Proporcionar un ambiente propicio para el aprendizaje.
- Utilizar el juego de rol de conductas apropiadas con escenarios que simulen las interacciones interpersonales de la vida real.
- Proporcionar retroalimentación positiva supeditada a las mejoras de la habilidad de aprendizaje optimizada del paciente.
- Utilizar tareas para practicar y mejorar la aplicación de las nuevas habilidades en situaciones de la vida real.
- Instruir sobre las estrategias diseñadas para mejorar las habilidades de comunicación, si es necesario.
- Proporcionar entrenamiento en asertividad, si es necesario.
- Utilizar estrategias para aumentar la autoconciencia del paciente.
- Proporcionar una formación adecuada en habilidades sociales, si es necesario.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de manera constructiva.
- Enseñar al paciente cómo manejar el conflicto, si es necesario.
- Enseñar al paciente a establecer prioridades y tomar decisiones.
- Ayudar al paciente en la clarificación de valores.
- Instruir sobre la gestión del tiempo, si es necesario.
- Instruir sobre la dieta, nutrición y preparación de alimentos, si es necesario.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de control del estrés, si procede.
- Enseñar al paciente cómo manejar sus síntomas de la enfermedad, si procede.
- Enseñar al paciente sobre el control de los medicamentos, si se precisa.
- Instruir al paciente sobre los aspectos fundamentales d lugar de trabajo (p. ej., mejora del rendimiento en el traba aprendizaje sobre el lugar específico de trabajo y las expec tivas de rendimiento, realización de amistades y socializaci apropiada).
- Identificar y organizar la participación en actividades de ocio
- Ayudar en la gestión de las finanzas y la creación de un pres puesto, si está indicado.
- Incluir a la familia u otros allegados, según corresponda.

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Bartels, S., Forester, B., Mueser, K., Miles, K., Dums, A., Pratt, ..., & Perki L. (2004). Enhanced skills training and health care management for ol persons with severe mental illness. *Community Mental Health Jour* *40*(1), 75-90.

Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (2004). *Social sk training for schizophrenia: A step-by-step guide* (2nd ed.). New York: Guilf Press.

Grawe, R. W., Hagen, R., Espeland, B., & Mueser, K. T. (2007). The better program: Effects of group skills training for persons with severe me illness and substance abuse disorders. *Journal of Mental Health, 16* 625-634.

Liberman, R. P. (2007). Dissemination and adoption of social skills train Social validation of an evidence-based treatment for the mentally disab *Journal of Mental Health, 16*(5), 595-623.

Liberman, R. P., Glynn, S. M., Blair, K. E., Ross, D., & Marder, S. R. (20 In vivo amplified skills training: Promoting generalization of independ living skills for clients with schizophrenia. *Psychiatry, 65*(2), 137-155.

World Health Organization. (1999). *Partners in life skills education: Conclus from a United Nations inter-agency meeting*. Geneva, Switzerland: Auth

P

Potenciación de roles 53

Definición: Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementanc las conductas de roles específicos.

Actividades:

- 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, 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 miembro enfermo.
- Ayudar al paciente a imaginar cómo podría producirse una situación particular y cómo evolucionaría un rol.
- Facilitar el ensayo de roles consiguiendo que el paciente se a cipe a las reacciones de los demás ante la adopción de dicho
- Facilitar la conversación del cambio de roles de los herma con la llegada del bebé, según corresponda.
- Proporcionar oportunidades de convivencia para ayudar a rificar los papeles de los progenitores, si es el caso.
- Facilitar la conversación de las adaptaciones de roles relaciona con los niños que se marchan de casa (síndrome del nido vac si resulta oportuno.
- Servir como modelo de rol para aprender nuevas conduc según corresponda.
- Facilitar la oportunidad al paciente de que practique el rol nuevas conductas.
- Facilitar la conversación sobre las expectativas entre el paci y el ser querido en los papeles recíprocos.
- Enseñar las nuevas conductas que necesita el paciente/progen para cumplir con un rol.
- Facilitar las interacciones grupales de referencia como parte aprendizaje de los nuevos roles.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Bunten, D. (2001). Normal changes with aging. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions* (pp. 518-520). St. Louis, MO: Mosby.

Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T., & Jett, K. (2005). *Gerontological nursing & healthy aging* (2nd ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Larsen, P. D., Lewis, P. R., & Lubkin, I. M. (2006). Illness behavior and roles. In I. M. Lubkin, & P. D. Larsen (Eds.), *Chronic illness: Impact and interventions* (pp. 23-44). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(3), 226-232.

Miller, J. F. (2000). *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness* (3rd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

Moorhead, S. A. (1985). Role supplementation. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Treatments for nursing diagnoses* (pp. 152-159). Philadelphia: W. B. Saunders.

Precauciones circulatorias 4070

Definición: Protección de una zona localizada con limitación de la perfusión.

Actividades:

- 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.
- Evitar infecciones de las heridas.
- Instruir al paciente para que compruebe la temperatura del agua antes de tomar un baño para evitar quemarse la piel.
- Instruir al paciente acerca del cuidado de uñas y pies.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada.
- Animar a los pacientes con claudicación a dejar de fumar y a realizar ejercicio con regularidad.
- Animar a los pacientes a caminar hasta el punto de claudicación y un poco más cada vez para ayudar a que se desarrolle circulación colateral en las extremidades inferiores.
- Instruir al paciente y la familia sobre los tratamientos farmacológicos para el control de la presión arterial, la anticoagulación y la reducción de los niveles de colesterol.
- Instruir al paciente para que evite los betabloqueantes para el control de la presión arterial ya que provocan una constricción de los vasos periféricos y empeoran la claudicación.
- 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 a los pacientes diabéticos sobre la necesidad de un control adecuado de la glucemia.
- Instruir al paciente sobre un cuidado adecuado de la piel (p. ej., hidratación de la piel seca en las piernas, prestar una atención rápida a las heridas y posibles úlceras).
- Proporcionar al paciente y la familia información sobre cómo dejar de fumar, si corresponde.
- Explorar las extremidades en busca de áreas de calor, eritema, dolor o tumefacción.
- Instruir al paciente sobre los signos y síntomas indicativos de la necesidad de cuidados urgentes (p. ej., dolor que no mejora con el reposo, complicaciones de las heridas, pérdida de la sensibilidad).
- Alentar la participación del paciente en programas de rehabilitación vascular.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Bonham, P. A., Flemister, B. G., Goldberg, M., Crawford, P. E., Johnson, J. J., & Varnado, M. F. (2009). What's new in lower-extremity arterial disease? WOCN's 2008 clinical practice guideline. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing, 36*(1), 37-44.

Conen, D., Everett, B., Kurth, T., Creager, M., Buring, J., Ridker, P., & Pradhan, A. (2011). Smoking, smoking status, and risk for symptomatic peripheral artery disease in women: A cohort study. *Annals of Internal Medicine, 154*(11), 719-726.

Lawson, G. (2005). The importance of obtaining ankle-brachial indexes in older adults: The other vital sign. *Journal of Vascular Nursing, 23*(2), 46-51.

Selby, M. (2008). Peripheral arterial disease. *Practice Nurse, 36*(7), 33-34 36–37.

Sieggreen, M. (2008). Understanding critical limb ischemia. *Nursing, 38*(10), 50-56.

Ward, C. (2010). Peripheral arterial disease. *MEDSURG Nursing, 19*(4), 247-248.

Precauciones con el láser

Definición: Limitación del riesgo de lesiones relacionadas con la utilización de rayos láser en pacientes.

Actividades:

- Asegurarse de que todo el personal que trabaja en un entorno láser tenga conocimiento acerca de la seguridad láser establecida, incluyendo la lectura de la información de seguridad suministrada por el fabricante del láser.
- Asegurar que todo el personal que opera con el equipo láser tenga la formación adecuada.
- Determinar la zona de peligro nominal (es decir, el espacio en el que el nivel de radiación directa, reflejada o dispersa utilizada durante el funcionamiento normal del láser excede la exposición máxima permisible aplicable).
- Coloque señales de láser claramente marcadas en todas las entradas a las áreas de tratamiento cuando los láseres estén en uso.
- Asegurarse de que todas las puertas y ventanas de la zona de peligro nominal permanezcan cerradas.
- Asegurarse de que las ventanas, incluyendo las ventanas de las puertas, estén cubiertas con una barrera que bloquee la transmisión de un haz del láser que se está utilizando.
- Implementar procedimientos para prevenir la activación accidental o el desvío de los rayos láser.
- Restringir el acceso a las llaves del láser al personal autorizado.
- Poner los láseres en modo de espera cuando no estén en uso activo.
- Coloque el interruptor láser de pie en una posición que convenga al operador, con el mecanismo de activación identificado.
- Quitar otros pedales de la zona.
- Asegurarse de que el usuario del láser es el único que activa el dispositivo con el pedal.
- Asegurarse de que el técnico del láser no tenga otras responsabilidades que requieran dejarlo desatendido durante el uso.
- Facilitar el acceso al interruptor de apagado de emergencia para desactivar el láser en caso de avería de un componente o de un acontecimiento imprevisto.
- Minimizar las superficies reflectantes durante la cirugía láser.
- Proporcionar láser, fibras, filtros, lentes y accesorios apropiados, según corresponda.
- Asegurarse de que las personas que se encuentran en la zona de peligro nominal lleven gafas de protección o utilicen filtros de longitud de onda y densidad óptica específicas para el láser en uso.
- Asegurarse de que la protección ocular con correcta longitud de onda del láser y densidad óptica estén disponibles en la entrada de la habitación donde se utiliza.
- Asegurarse de que los ojos y los párpados del paciente estén protegidos del rayo láser.
- Verificar que los instrumentos y los suministros tienen protección frente al láser.
- Verificar que las pomadas y soluciones no sean inflamables.
- Configurar y conectar el evacuador de humos apropiado.
- Eliminar el humo quirúrgico mediante el uso de un sistema de evacuación tanto en procedimientos abiertos como mínimamente invasivos para evitar la exposición laboral a contaminantes generados por láser en el aire.
- Considerar los filtros, tubos y varillas de evacuación de humos usados como desechos potencialmente infecciosos y manipularlos utilizando las precauciones estándar; eliminarlos como desechos biopeligrosos.
- Asegurarse de que el personal use protección respiratoria (p. respirador con mascara N95, mascarilla quirúrgica de alta fil ción) durante los procedimientos que generan humo quirúrg
- Comprobar los suministros y equipos contra incendios.
- Asegurarse de que el personal esté preparado para exting incendios utilizando el extintor apropiado, según las indicacio del fabricante.
- Configurar el láser, según protocolo.
- Inspeccionar los cables eléctricos.
- Inspeccionar las fibras del láser para ver si hay roturas.
- Activar el sistema de control de entrada al área, según corr ponda.
- Realizar un disparo de prueba con el láser.
- Instruir al paciente acerca de la importancia de no move durante el uso del láser, según corresponda.
- Inmovilizar la parte corporal del paciente, según correspond
- Proteger los tejidos situados alrededor del sitio del láser c paños o esponjas humedecidas.
- Proteger los tejidos expuestos alrededor del sitio quirúrgico c materiales empapados en solución salina cuando se utilic láseres con efecto térmico.
- Proporcionar una compresa rectal, según corresponda.
- Realizar los ajustes del láser, según orden del médico o protoco del centro.
- Monitorizar al paciente debido a la posibilidad de lesiones.
- Controlar el entorno debido a la posibilidad de incendios, guiendo las recomendaciones locales o estatales para el uso d láser.
- Controlar el ambiente por si hubiera sustancias inflamables se hubieran saltado las precauciones, asegurándonos de que cirugía láser no se realiza en un entorno saturado de oxígeno.
- Asegurarse de que se utilicen tubos endotraqueales resistent al láser para minimizar la posibilidad de incendio durante l procedimientos con láser que afecten a las vías respiratorias o tracto digestivo del paciente.
- Devolver la llave del láser al sitio seguro designado.
- Esterilizar las lentes del láser, según corresponda.
- Registrar la información, según protocolo.
- Usar una lista de verificación de seguridad para láser.
- Llevar un registro del uso del láser como un complemento de documentación perioperatoria, según corresponda.
- Documentar las actividades de servicio y mantenimiento.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Association of Operating Room Nurses. (2014). *Perioperative standards an recommended practices*. Denver, CO: Author.

Castelluccio, D. (2012). Implementing AORN recommended practices for lase safety. *AORN Journal, 95*(5), 612-627.

Simon, M. (2011). Laser safety: Practical measures and latest legislative requi rements. *Journal of Perioperative Practice, 21*(9), 299-303.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Intraoperative nursing management. I *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 417-435). (Vol. 1). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

P

Precauciones con la hemorragia subaracnoidea 2720

Definición: Disminución de estímulos o factores estresantes internos y externos para minimizar el riesgo de hemorragias recidivantes antes de una cirugía o procedimiento endovascular para reparar la rotura del aneurisma.

Actividades:

- Colocar al paciente en una habitación individual.
- Reposo en cama con inodoro portátil a la cabecera del paciente, según corresponda.
- Mantener la habitación a oscuras.
- Disminuir los estímulos en el ambiente del paciente.
- Limitar el uso de la televisión, la radio y otros estimulantes.
- Controlar la respuesta a las visitas.
- Limitar las visitas, si está indicado.
- Informar al paciente y a la familia sobre la necesidad de modificaciones del entorno y limitaciones de las visitas.
- Administrar sedación, si es necesario.
- Administrar medicamentos contra el dolor a demanda.
- Vigilar el estado neurológico.
- Notificar al médico el deterioro neurológico.
- Comprobar el pulso y la presión arterial.
- Mantener los parámetros hemodinámicos dentro de los límites prescritos.
- Vigilar la presión intracraneal y la presión de perfusión cerebral, si está indicado.
- Controlar la eliminación y características del LCR, si está indicado.
- Administrar ablandadores de heces.
- Evitar la estimulación rectal.
- Enseñar al paciente a no hacer esfuerzos al defecar ni realizar la maniobra de Valsalva.
- Tomar precauciones contra la aparición de crisis comiciales.
- Administrar fármacos anticomiciales, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Ackerman, L. L. (1992). Interventions related to neurologic care. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 325-346.

Barker, E. (2002). Cranial surgery. In E. Barker (Ed.), *Neuroscience nursing—A spectrum of care* (2nd ed., pp. 303-349). St. Louis: Mosby.

Hickey, J. V., & Buckley, D. M. (2003). Cerebral aneurysms. In J. V. Hickey (Ed.), *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (5th ed., pp. 523-548). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Hickle, J. L., Guanci, M. M., Bowman, L., Hermann, L., McGinty, L. B., & Rose, J. (2004). Cerebrovascular events of the nervous system. In M. K. Bader, & L. R. Littlejohns (Eds.), *AANN core curriculum for neuroscience nursing* (4th ed., pp. 536-585). Philadelphia: Saunders.

Lee, K. (1980). Aneurysm precautions: A physiologic basis for minimizing rebleeding. *Heart & Lung, 9*(2), 336-343.

Precauciones contra fugas 6470

Definición: Minimizar el riesgo de que un paciente abandone sin autorización el sitio de tratamiento cuando su partida represente una amenaza para su seguridad o la de otras personas.

Actividades:

- Vigilar el estado mental del paciente (p. ej., demencia, delirio, discapacidades del desarrollo, alteración del estado mental debido a lesiones o enfermedades cerebrales, psicosis, depresión).
- Observar al paciente por si hubiera indicios potenciales de fuga (indicios verbales, merodear cerca de las salidas, varias capas de ropa superpuestas, empaquetado de pertenencias, desorientación, ansiedad de separación, añoranza por el hogar e ideación suicida).
- Clarificar el estado legal del paciente (menor o adulto y tratamiento voluntario o por orden judicial).
- 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.
- Proporcionar dispositivos adaptables para aumentar la seguridad (p. ej., barandillas laterales, cunas, puertas, salidas camufladas, restricción física) mientras se mantiene siempre el ambiente menos restrictivo.
- Disponer una adecuada supervisión y control del paciente.
- Aumentar la supervisión cuando el paciente se encuentre fuera del ambiente seguro (cogerlo de las manos, aumentar la proporción personal/pacientes).
- Proporcionar dispositivos adaptativos para controlar la localización del paciente (sensores electrónicos colocados en el paciente que accionan alarmas o cierres).
- Registrar la descripción física del paciente (peso, altura, color de ojos/pelo/piel y cualquier característica distintiva) para referencia, por si el paciente se fugara.
- Proporcionar al paciente una pulsera de identificación.
- Mantener una rutina diaria y cuidadores constantes.
- Implementar un programa de ejercicios para realizar, según corresponda.
- Involucrar al paciente en actividades estructuradas (p. ej., terapia musical, lectura, pintura, dibujo, actividades supervisadas al aire libre), según sea apropiado en cada entorno.
- Animar al paciente a que busque la ayuda de los cuidadores cuando experimente sentimientos conflictivos (ansiedad, ira y miedo) que puedan ocasionar la fuga.
- Ofrecer seguridad y comodidad.
- Comentar con el paciente la razón de que desee abandonar el sitio del tratamiento.
- Identificar con el paciente las consecuencias positivas y negativas del abandono del tratamiento, según sea posible.
- Identificar cualquier variable susceptible de ser modificada para que el paciente se sienta más cómodo quedándose en el sitio del tratamiento, cuando sea posible.
- Animar al paciente a que se sienta comprometido a continuar con el tratamiento (p. ej., contrato), cuando corresponda.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:
Futrell, M., Melilo, K., & Remington, R. (2014). *Wandering*. Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing Csomay Center for Gerontological Excellence.
Hodgkinson, B., Koch, S., Nay, R., & Lewis, M. (2007). Managing the wandering behaviour of people living in a residential aged care facility. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 5(4), 406-436.
Moore, D., Algase, D., Powell-Cope, G., Applegarth, S., & Beattie, E. (
A framework for managing wandering and preventing elope
American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias,
208-219.
Perese, E. F. (2012). *Psychiatric advanced practice nursing: A biopsych
foundation for practice*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.

Precauciones contra incendios provocados

Definición: Prevención de conductas incendiarias.

Actividades:
- Buscar materiales incendiarios que tenga el paciente (cerillas/encendedores) durante el ingreso y cada vez que el paciente vuelva al sitio de cuidados (después de una salida o una actividad recreativa).
- Inspeccionar el ambiente del paciente de forma rutinaria para retirar los materiales incendiarios.
- Determinar las expectativas conductuales y consecuencias apropiadas, dado el nivel de función cognitivo y la capacidad de autocontrol del paciente.
- Informar sobre normas, expectativas de conducta y consecuencias al paciente.
- Comunicar el riesgo a los demás cuidadores.
- Proporcionar una vigilancia continuada en un ambiente que esté libre de materiales incendiarios.
- Establecer una supervisión estrecha, en caso de que se permita fumar al paciente.
- Conseguir un acuerdo verbal con el paciente por el que se abstenga de actividades incendiarias.
- Fomentar la expresión de sentimientos de una forma apro
- Ayudar al paciente a entrenarse en el control de sus impul
corresponde.
- Aumentar la vigilancia y la seguridad (restricción de zo
reclusión) si aumenta el riesgo de conductas incendiarias.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:
Gannon, T. A., & Pina, A. (2010). Firesetting: Psychopathology, theo
treatment. *Aggression and Violent Behavior*, *15*(3), 224-238.
Jones, J., Fitzpatrick, J., & Rogers, V. (2012). *Psychiatric-mental health n
An interpersonal approach*. New York, NY: Springer.
Lambie, I., Ioane, J., Randell, I., & Seymour, F. (2013). Offending beha
of child and adolescent firesetters over a 10-year follow-up. *Jour
Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *54*(12), 1295
Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2013). *Lippincott's manual of psychiatr
sing care plans* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & W

P

Precauciones contra las convulsiones

Definición: Prevenir o minimizar las lesiones potenciales sufridas por un paciente con un trastorno comicial conocid

Actividades:
- Proporcionar una cama de baja altura, si procede.
- Acompañar al paciente durante las actividades fuera de la planta, según corresponda.
- Vigilar el régimen de fármacos.
- Comprobar el cumplimiento del tratamiento con medicamentos anticomiciales.
- Determinar que el paciente/o allegado lleve un registro de fármacos tomados y de la aparición de actividad comicial.
- Aconsejar al paciente que no conduzca.
- Explicar al paciente las medicaciones y sus efectos secundarios.
- Instruir a la familia/allegado acerca de los primeros auxilios en caso de crisis comicial.
- Controlar los niveles de fármacos anticomiciales, según corresponda.
- Indicar al paciente que lleve una tarjeta de alerta de medicamentos.
- Retirar los objetos potencialmente peligrosos del entorno.
- Mantener un dispositivo de aspiración a la cabecera del paciente.
- Mantener un ambú a la cabecera del paciente.
- Mantener una vía aérea bucal o nasofaríngea a la cabecera del paciente.
- Utilizar barandillas acolchadas.
- Mantener las barandillas elevadas.
- Instruir al paciente acerca de los factores desencadenantes
- Ordenar al paciente que llame si presenta síntomas prodrón

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:
American Association of Neuroscience Nurses. (2009). *Care of the patie
seizures. AANN Clinical Practice Guidelines Series* (2nd ed. rev.). Gle
IL: Author.
Clore, E. (2010). Seizure precautions for pediatric bedside nurses. *Pe
Nursing*, *36*(4), 191-194.
Fitzsimmons, B., & Bohan, E. (2009). Common neurosurgical and neuro
disorders. In P. Morton, & D. Fontaine (Eds.), *Critical care nursing: A holi
proach* (9th ed., pp. 873-918). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & W
French, J., Kanner, A., Bautista, J., Abou-Kalil, B., Browne, T., Harden,
& Glauser, T. (2004). Efficacy and tolerability of the new antiepilepti
I: Treatment of new onset epilepsy. *Neurology*, *62*(8), 1252-1260.
Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2010). Management of patie
neurological dysfunction. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical-
nursing* (12th ed., pp. 1881-1888). Philadelphia: Lippincott Williams & W

Precauciones en el embolismo

4110

Definición: Disminución del riesgo de formación de émbolos en el paciente con trombos o en situación de riesgo de desarrollar trombos.

Actividades:

- Elaborar una historia clínica detallada para determinar el nivel de riesgo del paciente (p. ej., la cirugía reciente, fracturas óseas, tratamiento actual de un cáncer, embarazo, posparto, inmovilidad, parálisis, extremidades edematosas, EPOC, ictus, DACV, antecedentes de TVP o EP o la obesidad conllevan un alto riesgo para el paciente).
- Aplicar el protocolo del centro para los pacientes de riesgo.
- Evaluar de forma crítica cualquier síntoma de sibilancias de reciente aparición, hemoptisis o dolor inspiratorio, dolor torácico, en el hombro, en la espalda o pleurítico, disnea, taquipnea, taquicardia o síncope.
- Evaluar la presencia de la tríada de Virchow: ectasia venosa, hipercoagulabilidad y traumatismo causante de una lesión de la íntima.
- Realizar una evaluación exhaustiva del estado pulmonar.
- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color, presencia de dolor en la extremidad afectada y temperatura de las extremidades).
- Iniciar una pauta de tromboprofilaxis apropiada de inmediato en los pacientes de riesgo, según la política y los protocolos del centro.
- Administrar dosis bajas de fármacos anticoagulantes y/o antiplaquetarios de forma profiláctica (p. ej., heparina, clopidogrel, warfarina, aspirina, dipiridamol, dextrano) según la política y los protocolos del centro.
- Elevar cualquier extremidad con sospecha de estar afectada 20° o más por encima del nivel del corazón, para mejorar el retorno venoso.
- Aplicar medias o manguitos de compresión elástica graduada para reducir el riesgo de TVP o de recidiva de TVP, según la política y el protocolo del centro.
- Mantener las medias o manguitos de compresión elástica graduada para reducir el desarrollo de síndrome postrombótico, que se precipita por la presencia prolongada de coágulos en la extremidad afectada y el flujo venoso inadecuado.
- Aplicar medias de compresión neumática intermitente, según la política y el protocolo del centro.
- Retirar las medias o manguitos de compresión elástica graduada y las medias de compresión neumática intermitente durante 15-20 minutos cada 8 horas o según la política y el protocolo del centro.
- Evitar un acceso intravenoso antecubital e instruir al personal de radiología y del laboratorio para que limiten el acceso a las venas antecubitales para las pruebas, si es posible.
- Administrar prometazina i.v. solo en una solución de 25 a 50 ml de suero salino a un ritmo lento y evitar administrarla en menos de 10 ml de suero salino.
- Ayudar al paciente con los ejercicios pasivos o activos de rango de movimiento, según corresponda.
- Recomendar que se realice flexión y extensión de los pies y las piernas al menos 10 veces cada hora.
- Realizar cambios posturales del paciente cada 2 horas y recomendar una movilización o deambulación precoz, según la tolerancia.
- Prevenir la lesión de la luz vascular evitando la presión local, los traumatismos, la infección o la sepsis.
- No dar masajes o realizar compresión en los músculos de la extremidad afectada.
- Instruir al paciente para que no cruce las piernas y evite estar sentado durante períodos prolongados con las piernas en posición declive.
- Instruir al paciente para que evite actividades que produzcan la maniobra de Valsalva (p. ej., esfuerzos durante la defecación).
- Administrar fármacos que eviten los episodios de maniobra de Valsalva (p. ej., laxantes y antieméticos), según corresponda.
- Instruir al paciente y/o la familia sobre las precauciones apropiadas (p. ej., caminar, beber abundantes líquidos, evitar el alcohol, evitar períodos prolongados de inmovilidad, sobre todo con las piernas en posición declive, como en los viajes en avión o los viajes largos en coche).
- Instruir al paciente y/o la familia sobre toda la medicación anticoagulante y/o antiagregante en dosis bajas.
- Instruir al paciente para que notifique las hemorragias excesivas (p. ej., epistaxis inusuales, hematemesis, hematuria, gingivorragia, hemorragia vaginal inesperada, menorragia, rectorragia o melenas), hematomas inhabituales, dolor o tumefacción inusual, color azulado o amoratado de los dedos de los pies, dolor en los dedos de los pies, úlceras o manchas blanquecinas en la boca o la faringe.
- Indicar al paciente que lleve una pulsera de alerta médica.
- Instruir al paciente para que consuma una dieta constante (es decir, una cantidad constante de verduras de hoja verde, que son ricas en vitamina K y pueden interferir con los anticoagulantes, pues la posología de la medicación se ajustará según la ingesta dietética).
- Instruir al paciente para que tome la medicación anticoagulante a la misma hora todos los días y que no duplique la dosis el día siguiente si se ha olvidado de una dosis.
- Instruir al paciente para que consulte con el profesional sanitario antes de tomar cualquier medicación o preparado de fitoterapia (incluidos los productos sin receta), antes de cambiar de marca de medicamentos y antes de interrumpir una medicación.
- Instruir al paciente y la familia sobre las medias de compresión elástica graduadas.
- Recomendar al paciente que deje de fumar.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Findlay, J., Keogh, M., & Cooper, L. (2010). Venous thromboembolism prophylaxis: The role of the nurse. *British Journal of Nursing (BJN), 19*(16), 1028-1032.

Fitzgerald, J. (2010). Venous thromboembolism: Have we made headway? *Orthopaedic Nursing, 29*(4), 226-234.

Headley, C. M., & Melander, S. (2011). When it may be a pulmonary embolism. *Nephrology Nursing Journal, 38*(2), 127-152.

Lancaster, S., Owens, A., Bryant, A., Ramey, L., Nicholson, J., Gossett, K., Forni, J., & Padgett, T. (2010). Emergency: Upper-extremity deep vein thrombosis. *AJN: American Journal of Nursing, 110*(5), 48-52.

Lankshear, A., Harden, J., & Simms, J. (2010). Safe practice for patients receiving anticoagulant therapy. *Nursing Standard, 24*(20), 47-56.

Meetoo, D. (2010). In too deep: Understanding, detecting, and managing DVT. *British Journal of Nursing (BJN), 19*(16), 1021-1022 1024–1027.

Shaughnessy, K. (2007). Massive pulmonary embolism. *Critical Care Nurse, 27*(1), 39-40 42–51.

Yee, C. A. (2010). Conquering pulmonary embolism. *OR Nurse, 4*(5), 18-24.

Precauciones en la alergia al látex

65

Definición: Disminución del riesgo de una reacción sistémica al látex.

Actividades:

- Preguntar al paciente acerca de los antecedentes de defectos del tubo neural (espina bífida) o de alguna afección urológica congénita (extrofia de la vejiga).
- Preguntar al paciente o persona correspondiente acerca de los antecedentes de reacciones sistémicas al látex de caucho natural (edema facial o escleral, lagrimeo, urticaria y sibilancias).
- Preguntar al paciente o persona correspondiente si tiene alergia a alimentos como plátano, kiwi, aguacate, mango y castañas.
- Remitir al paciente al alergólogo para realizarle pruebas, según corresponda.
- Registrar la alergia o riesgo de alergia en la historia clínica del paciente.
- Colocar una pulsera de aviso de alergia en el paciente.
- Colocar un aviso indicando que deben tomarse precauciones con el látex.
- Estudiar el ambiente y eliminar los productos con látex.
- Controlar que el ambiente esté libre de látex.
- Observar si hay signos y síntomas de una reacción sistémica en el paciente.
- Informar al médico, farmacéutico y demás cuidadores, si está indicado.
- Administrar medicamentos, según corresponda.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los factores de riesgo de desarrollar una alergia al látex.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y los síntomas de una reacción.
- Instruir al paciente y a la familia acerca del contenido de láte los productos domésticos y sustituirlos con productos sin lá según corresponda.
- Enseñar al paciente a llevar una placa de alerta médica.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de tratamientos de en gencia (p. ej., adrenalina), según corresponda.
- Instruir a las visitas acerca del ambiente libre de látex (p. globos de látex).

2.ª edición 1996; revisada en 2004

Bibliografía:

Floyd, P. T. (2000). Latex allergy update. *Journal of PeriAnesthesia Nur* *15*(1), 26-30.

Kelly, K. J., & Walsh-Kelly, C. M. (1998). Latex allergy: A patient and he care system emergency. *Annals of Emergency Medicine*, *32*(6), 723-72

Kim, K. T., Graves, P. B., Safadi, G. S., Alhadeff, G., & Metcalfe, J. (1998). plementation recommendations for making health care facilities latex *AORN Journal*, *67*(3), 615-616 618, 621-624, 626, 629-632.

Miller, K. K., & Weed, P. (1998). The latex allergy triage or admission too algorithm to identify which patient would benefit from latex safe pre tions. *Journal of Emergency Nursing*, *24*(2), 145-152.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Assessment and management of pat with allergic disorders. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical sur nursing* (pp. 1580-1604). (Vol. 2). Philadelphia: Lippincott Williams & Wi

Tarlo, S. M. (1998). Latex allergy: A problem for both healthcare professi and patients. *Ostomy Wound Management*, *44*(8), 80-88.

P

Precauciones en la hipertermia maligna

3

Definición: Prevenir o disminuir la respuesta hipermetabólica a los agentes farmacológicos utilizados durante la cirugí

Actividades:

- Preguntar al paciente sobre los antecedentes personales o familiares de hipertermia maligna, muertes inesperadas por anestésicos, trastornos musculares o fiebre postoperatoria no explicada.
- Remitir al paciente con antecedentes familiares de hipertermia maligna para la realización de más pruebas con el fin de determinar el riesgo (p. ej., prueba de contractura muscular, prueba de genética molecular).
- Notificar al equipo quirúrgico los antecedentes del paciente o su estatus de riesgo.
- Mantener un equipo de urgencia para hipertermia maligna, según el protocolo.
- Revisar los cuidados de urgencia para hipertermia maligna con el personal, según el protocolo.
- Monitorizar los signos vitales, incluida la temperatura corporal central.
- Proporcionar una máquina de anestesia libre de agentes anestésicos precipitantes en los pacientes con riesgo de hipertermia maligna, o interrumpir el uso de la máquina de anestesia en los pacientes que desarrollen hipertermia maligna.
- Colocar un colchón de agua refrigerante bajo el paciente con riesgo de hipertermia maligna al principio del procedimiento.
- Utilizar agentes anestésicos que no provoquen hipertermia m na en los pacientes con riesgo (p. ej., opioides, benzodiazep anestésicos locales, óxido nitroso y barbitúricos).
- Evitar o interrumpir el uso de agentes desencadenantes (p suxametonio empleado solo o junto con agentes inhalat volátiles, como halotano, enflurano, isoflurano, sevoflura desflurano).
- Monitorizar la presencia de signos de hipertermia maligna (hipercapnia, hipertermia, taquicardia, taquipnea, acidosis tabólica, arritmias, cianosis, piel moteada, rigidez musc diaforesis e inestabilidad de la presión arterial).
- Interrumpir el procedimiento, si es posible.
- Proporcionar suministros de manejo de urgencias.
- Obtener muestras de sangre y de orina.
- Monitorizar la presencia de anomalías en los valores de la torio (p. ej., aumento del nivel de CO_2 teleespiratorio co minución de la saturación de oxígeno, aumento del calcio s aumento del potasio, acidosis metabólica inexplicada, hem y mioglobinuria).
- Monitorizar los resultados electrocardiográficos.
- Intubar o ayudar con la intubación si el paciente no e intubado.

- Hiperventilar con oxígeno al 100% usando el flujo más alto posible.
- Preparar y administrar la medicación (p. ej., dantroleno sódico, bicarbonato sódico, insulina, antiarrítmicos distintos a los calcioantagonistas y diuréticos osmóticos o de asa).
- Administrar suero salino helado.
- Aplicar una manta de enfriamiento o un dispositivo comercial de enfriamiento sobre el torso.
- Frotar o envolver las extremidades con paños fríos, húmedos o helados.
- Lavar el estómago, vejiga, recto y cavidades corporales con suero salino fisiológico estéril helado.
- Insertar una sonda nasogástrica, rectal y urinaria, si es preciso.
- Monitorizar la diuresis.
- Administrar suficientes líquidos i.v. para mantener la diuresis.
- Colocar una segunda vía i.v.
- Ayudar en la inserción del catéter de presión venosa central y arterial.
- Evitar el uso de fármacos como el cloruro o gluconato cálcico, glucósidos cardíacos, adrenérgicos, atropina y soluciones de Ringer lactato.
- Disminuir los estímulos ambientales.
- Observar si hay signos de complicaciones tardías (coagulopatía de consumo, insuficiencia renal, hipotermia, edema pulmonar, hiperpotasemia, secuelas neurológicas, necrosis muscular y recidiva de los síntomas después del tratamiento del episodio inicial).
- Proporcionar al paciente y la familia información acerca de las precauciones necesarias para la futura administración anestésica y comentar los métodos para determinar los riesgos de hipertermia maligna).
- Remitir al paciente y a la familia a una asociación para pacientes con hipertermia maligna.
- Remitir al paciente para recibir consejo genético.
- Notificar el incidente a la agencia responsable del registro de pacientes con hipertermia maligna.

2.ª edición 1996; revisada en 2013

Bibliografía:

Chard, R. (2010). Care of intraoperative patients. In D. D. Ignatavicius, & M. L. Workman (Eds.), *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care* (6th ed., pp. 264-284). St. Louis: Saunders Elsevier.

Hernandez, J. F., Secrest, J. A., Hill, I., & McClarty, S. J. (2009). Scientific advances in the genetic understanding and diagnosis of malignant hyperthermia. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 24*(1), 19-34.

Hommertzheim, R., & Steinke, E. E. (2006). Malignant hyperthermia: The perioperative nurse's role. *AORN Journal, 83*(1), 149-164.

Kaplow, R. (2010). Care of postanesthesia patients. *Critical Care Nursing, 30*(1), 60-62.

Nagelhout, J. J., & Plaus, K. L. (2010). *Handbook of nurse anesthesia* (4th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier.

Precauciones para evitar la aspiración 3200

Definición: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.

Actividades:

- 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 más de 30° (alimentación por SNG) a 90°, 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.
- Comprobar el residuo de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.
- Evitar la alimentación si los residuos son abundantes (p. ej., más de 250 ml para las sondas de alimentación o más de 100 ml para las sondas de gastrostomía endoscópica percutánea [PEG]).
- Administrar una alimentación continua con SNG en lugar de por gravedad o en bolo, si es apropiado.
- Usar agentes procinéticos, según corresponda.
- Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes.
- Ofrecer alimentos y líquidos que puedan formar un bolo antes de la deglución.
- Trocear los alimentos en porciones pequeñas.
- Usar medicación en forma de elixir.
- Romper o desmenuzar las pastillas antes de su administración.
- Inspeccionar la cavidad oral en busca de alimentos o fármacos retenidos.
- Proporcionar cuidados orales.
- Sugerir la consulta con foniatría o logopedia, según corresponda.
- Sugerir la ingestión de galletas de bario o una videofluoroscopia, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Bowman, A., Greiner, J. E., Doerschug, K. C., Little, S. B., Bombei, C. L., & Comried, L. M. (2005). Implementation of an evidence-based feeding protocol and aspiration risk reduction algorithm. *Critical Care Nursing Quarterly, 28*(4), 324-333.

Eisenstadt, E. S. (2010). Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 22*(1), 17-22.

Evans-Smith, P. (2005). *Taylor's clinical nursing skills: A nursing process approach.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Maas, M., Buckwalter, K., Hardy, M., Tripp-Reimer, T., Titler, M., & Specht, J. (Eds.). (2001). *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, and interventions* (pp. 167-168). St. Louis, MO: Mosby.

Perry, L., & Love, C. P. (2001). Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: A systematic review. *Dysphagia, 16*(1), 7-18.

Precauciones quirúrgicas

29

Definición: Minimizar las posibilidades de lesiones iatrogénicas en el paciente involucrado en un procedimiento quirúrgic

Actividades:

- Comprobar el aislamiento a tierra del monitor.
- Organizar el equipo de oxigenación y de ventilación artificial (p. ej., laringoscopios, tubos, aspirador, mascarillas, pinzas de Magill, fiadores, fonendoscopio).
- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Controlar los accesorios específicos para la posición quirúrgica requerida (p. ej., soportes, estribos, sujeciones).
- Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
- Retirar todo equipo que no sea seguro.
- Verificar el consentimiento de la cirugía y de otros tratamientos, si es el caso.
- Participar en una sesión de verificación preoperatoria con otros profesionales, según las normas del centro.
- Recibir al paciente, estableciendo una relación de confianza y ofreciendo consuelo.
- Verificar con el paciente o personas pertinentes el procedimiento y el sitio quirúrgico.
- Verificar que la banda de identificación y la banda de sangre del paciente son correctas.
- Solicitar al paciente o ser querido que declare el nombre y fecha de nacimiento del paciente.
- Participar en el «tiempo muerto» preoperatorio para verificar que se trata del paciente, procedimiento y lado correcto, según las normas del centro.
- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Ayudar en la transferencia del paciente a la mesa de operaciones mientras se vigilan los dispositivos.
- Conservar la intimidad del paciente, evitando cualquier exposición innecesaria y los escalofríos.
- Contar las gasas, los elementos cortantes y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento, según normas del centro.
- Retirar y almacenar las prótesis, según corresponda.
- Proporcionar un recipiente estéril para depositar los objetos cortantes.
- Disponer una unidad electroquirúrgica, almohadilla de toma a tierra y electrodo activo.
- Verificar la integridad de los cables eléctricos.
- Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electroquirúrgica.
- Verificar la ausencia de marcapasos cardíacos u otros implantes eléctricos o prótesis metálicas que contraindiquen la cauterización electroquirúrgica.
- Verificar que el paciente no está en contacto con ningún objeto metálico.
- Inspeccionar la piel del paciente en el sitio de la almohadilla de toma a tierra.
- Aplicar la almohadilla de toma a tierra en una parte de la piel que esté seca, intacta y con mínima cantidad de vello, sobre una masa muscular grande y lo más cerca posible del sitio de la operación.
- Verificar que las soluciones preparatorias no son inflamable que los agentes inflamables se han evaporado antes de comen la cirugía.
- Eliminar los agentes de preparación aséptica inflamables r duales antes de comenzar el inicio de la cirugía.
- Expulsar el oxígeno de debajo de los paños quirúrgicos.
- Tomar precauciones antes de comenzar la cirugía contra radiaciones ionizantes o usar equipo de protección en las sit ciones que lo requieran.
- Proteger la almohadilla de toma a tierra de las soluciones pre ratorias, de la irrigación y contra los daños.
- Aplicar y utilizar una funda para guardar el electrodo act durante la cirugía.
- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órde del médico o normas del centro.
- Observar si hay lesiones en la piel del paciente después de u la electrocirugía.
- Depositar los materiales de desecho en los recipientes ap piados.
- Ayudar en la transferencia del paciente, verificando la posic adecuada de los tubos, catéteres y drenajes, y adoptando la sición apropiada a la cirugía que se ha realizado.
- Cubrir al paciente para evitar la exposición y pérdida de c innecesarias.
- Documentar la información pertinente en el registro de op ciones.
- Participar en una sesión informativa postoperatoria, segú normas del centro.

2.ª edición 1996; revisada en 2013

Bibliografía:

Association of periOperative Registered Nurses. (2010). *Perioperative stand and recommended practices*. Denver: Author.

Emergency Care Research Institute (ECRI). (2007). Electrosurgery. In *He care Risk Control Risk Analysis* (Vol. 4). Plymouth Meeting, PA: Auth

Fuller, J. (2008). *Surgical technology: Principles and practice* (4th ed.). Ma Panamericana.

Gruendemann, B. J., & Mangum, S. S. (2001). *Infection prevention in sur settings*. Philadelphia: W. B. Saunders.

Phippen, M., Ulmer, B. C., & Wells, M. M. (2009). *Competency for safe pa care during operative and invasive procedures*. Denver, CO: Competen Credentialing Institute.

Rothrock, J. C. (Ed.). (2011). *Alexander's care of the patient in surgery* (14th St. Louis: Elsevier Mosby.

Rothrock, J. C., & Siefert, P. C. (Eds.). (2009). *Assisting in surgery: Pa centered care*. Denver, CO: Competency & Credentialing Institute.

World Alliance for Patient Safety. (2008). *Surgical safety checklist and plementation manual*. Geneva, Switzerland: World Health Organizati

Preceptor: empleado 7722

Definición: Ayuda y apoyo de un empleado nuevo o trasladado mediante una orientación planificada en un área clínica específica.

Actividades:

- Presentar la nueva persona a los miembros del personal.
- Describir el enfoque clínico de la unidad/centro.
- Comunicar los objetivos de la unidad/centro.
- Mostrar una actitud de aceptación a la persona asignada a la unidad/centro.
- Comentar los objetivos del período de orientación.
- Proporcionar una lista de comprobación de la orientación, según corresponda.
- Ajustar la orientación a las necesidades del nuevo empleado.
- Debatir acerca de la jerarquía clínica, otros tipos de cuidadores y su responsabilidad específica.
- Revisar las habilidades necesarias para cumplir con el papel clínico.
- Revisar los planes de incendios y catástrofes, según corresponda.
- Revisar los procedimientos de «código de emergencia», según corresponda.
- Discutir el uso de los manuales de normas y procedimientos, según corresponda.
- Enseñar el uso de formularios clínicos y demás registros, según corresponda.
- Proporcionar información y normas acerca de las precauciones universales, según corresponda.
- Comentar los protocolos de la unidad, según corresponda.
- Compartir las responsabilidades de trabajo durante la orientación, según proceda.
- Ayudar en la localización de los suministros necesarios.
- Orientar en el sistema informático, si es el caso.
- Ayudar con los nuevos procedimientos, si procede.
- Dar forma a las expectativas con respecto a la carga de trabajo y la programación.
- Ser consciente de la propia personalidad y de cómo eso afecta el estilo de enseñanza.
- Establecer objetivos semanales con el nuevo empleado.
- Estar alerta sobre cómo las diferencias generacionales pueden influir en las actitudes y relaciones laborales.
- Responder las preguntas y discutir las preocupaciones, según corresponda.
- Identificar a los especialistas clínicos disponibles para consulta, según corresponda.
- Proporcionar retroalimentación sobre la actuación a intervalos concretos.
- Compartir historias y experiencias clínicas para ayudar a conformar un juicio clínico.
- Proporcionar apoyo emocional, especialmente en momentos de mucho estrés.
- Incluir a la persona en las funciones sociales de la unidad, según proceda.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Garneau, A. Z. (2012). Mentorship and preceptorship. In J. Zerwekh, & A. Garneau (Eds.), *Nursing today: Transitions and trends* (7th ed., pp. 47-60). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Grossman, S. (2013). *Mentoring in nursing: A dynamic and collaborative process* (2nd ed.). New York, NY: Springer.

Horton, C. D., DePaoli, S., Hertach, M., & Bower, M. (2012). Enhancing the effectiveness of nurse preceptors. *Online Journal for Nurses in Professional Development, 28*(4), E1-E7.

Twibell, R., St. Pierre, J., Johnson, D., Barton, D., Davis, C., Kidd, M., & Rook, G. (2012). Tripping over the welcome mat: Why new nurses don't stay and what the evidence says we can do about it. *American Nurse Today, 7*(6), 357-365.

Ulrich, B., Krozek, C., Early, S., Ashlock, D. H., Africa, L. M., & Carman, M. L. (2010). Improving retention, confidence, and competence of new graduate nurses, results from a 10-year longitudinal database. *Nursing Economic$, 28*(6), 36.

Preceptor: estudiante 7726

Definición: Ayuda y apoyo en las experiencias de aprendizaje de los estudiantes.

Actividades:

- Presentar a los estudiantes a los miembros del personal y a los pacientes.
- Describir el enfoque clínico de la unidad y centro.
- Comunicar los objetivos de la unidad y centro.
- Orientar a los estudiantes hacia la unidad y centro.
- Mostrar una actitud de aceptación a los estudiantes asignados a la unidad y centro.
- Reconocer la importancia de la conducta del enfermero como modelo de rol.
- Comentar los objetivos de la experiencia, si resulta oportuno.
- Fomentar una comunicación abierta entre el personal y los estudiantes.
- Realizar recomendaciones sobre la asignación de pacientes o sobre las experiencias de aprendizaje potenciales disponibles para los estudiantes, considerando los objetivos del curso y el nivel de destreza de los alumnos, según corresponda.
- Asegurarse que el paciente acepte a los estudiantes como cuidadores.
- Determinar el nivel de conocimientos y habilidades del estudiante antes de delegar una tarea.
- Proporcionar tantas oportunidades como sea posible para practicar habilidades complejas (p. ej., inserción intravenosa, inserción de catéteres, dirigir reuniones de equipo, presentaciones al personal).
- Ayudar a los estudiantes a utilizar los manuales de normas y procedimientos.
- Asegurar que los estudiantes conozcan y comprendan las normas de incendio y catástrofes, así como los procedimientos de emergencia.

- Ayudar a los estudiantes a localizar los suministros necesarios.
- Proporcionar información y normas sobre las precauciones universales.
- Comentar el plan de cuidados de los pacientes asignados, según corresponda.
- Guiar a los estudiantes en la aplicación del proceso de cuidados.
- Incluir a los estudiantes en las conferencias de planificación de cuidados, cuando proceda.
- Facilitar la comunicación del estudiante con los médicos y la elaboración de informes de los pacientes.
- Comentar cualquier problema relacionado con los estudiantes con el instructor clínico lo antes posible.
- Proporcionar experiencias de observación para las actividades que superen el nivel de capacidad de los estudiantes.
- Proporcionar retroalimentación al instructor clínico acerca de la actuación de los estudiantes, si es el caso.
- Establecer y utilizar tecnologías electrónicas (p. ej., correo electrónico, mensajes de texto, redes sociales) para mantenerse en contacto con los miembros de la facultad y estudiantes, según corresponda.
- Proporcionar retroalimentación positiva al estudiante, cuando corresponda.
- Ayudar al estudiante con los nuevos procedimientos, cuando corresponda.
- Comentar las cuestiones de práctica de cuidados con los estudiantes en función de las situaciones específicas de los pacientes, según corresponda.
- Realiza una firma compartida de los gráficos con los estudiantes, cuando proceda.
- Implicar a los estudiantes en las actividades de investigación, según corresponda.
- Apoyar las experiencias de liderazgo de los estudiantes, según corresponda.
- Servir como modelo de rol para desarrollar relaciones de colaboración con otros cuidadores.
- Informar al instructor clínico sobre cualquier cambio en las normas del centro, si es el caso.
- Orientar en el sistema informático, según corresponda.
- Animar al estudiante a trabajar los mismos días y las mismas horas que el preceptor.
- Desaconsejar el uso de múltiples preceptores por estudiante.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Carlson, E., Pilhammar, E., & Wann-Hansson, C. (2010). This is nursing": Nursing roles as mediated by precepting nurses during clinical practice. *Nurse Education Today, 30*(8), 763-767.

Koontz, A. M., Mallory, J. L., Burns, J. A., & Chapman, S. (2010). Staff nurses and students: The good, the bad, and the ugly. *MEDSURG Nursing, 19*(4), 240-246.

Luhanga, F., Myrick, F., & Yonge, O. (2010). The preceptor experience: An examination of ethical and accountability issues. *Journal of Professional Nursing, 26*(5), 264-271.

Sedgwick, M., & Harris, S. (2012). A critique of the undergraduate nursing preceptorship model. *Nursing Research and Practice*doi: 10.1155/2012/248356.

Preparación al parto 6760

P

Definición: Proporcionar información y apoyo para facilitar el parto y potenciar la capacidad de una persona de desarrollar y desempeñar el papel parental.

Actividades:

- Enseñar a la madre y a la pareja la fisiología del trabajo de parto y del expulsivo.
- Examinar el plan del nacimiento para el trabajo de parto y el expulsivo (p. ej., entorno, quién asistirá a la madre, quién estará presente, qué tecnología se utilizará, quién cortará el cordón, preferencias de alimentación y planes para el alta).
- Instruir a la madre y a la pareja sobre los signos del parto.
- Informar a la madre sobre cuándo acudir al hospital en la preparación para el parto.
- Comentar con la madre las opciones para controlar el dolor.
- Instruir a la madre sobre los pasos que se deben seguir si se desea evitar la episiotomía, como masajes perineales, ejercicios de Kegel, nutrición óptima y un tratamiento precoz de la vaginitis.
- Informar a la madre de las opciones del parto si surgen complicaciones.
- Explicar la monitorización sistemática que puede aplicarse durante el trabajo de parto y el expulsivo.
- Enseñar a la madre y a su pareja las técnicas de respiración y relajación que se van a utilizar durante el trabajo de parto y el expulsivo.
- Enseñar a la pareja medidas para aumentar la comodidad de la paciente durante el parto (frotar la espalda, presión en la espalda y posturas).
- Preparar a la pareja para orientar a la madre durante el trabajo de parto y el expulsivo.
- Revisar las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría sobre lactancia materna.
- Comentar las ventajas y los inconvenientes de la lactancia materna o con biberón.
- Instruir a la madre para que prepare los pezones para la lactancia, según se le indique.
- Animar a la madre a ponerse al bebé al pecho después del parto.
- Proporcionar la oportunidad a la madre para que esté en estrecho contacto con el bebé durante la hospitalización posparto para facilitar el vínculo y la lactancia materna.
- Determinar el conocimiento y la actitud de los progenitores sobre el papel parental.
- Fomentar la autoeficacia de los progenitores sobre el papel parental.
- Proporcionar orientación anticipatoria sobre el papel parental.
- Comentar los preparativos para cuidar de los hermanos durante la hospitalización.
- Determinar la preparación de los hermanos por parte de los progenitores acerca de la llegada de un nuevo bebé, según corresponda.
- Ayudar a los progenitores con la planificación de estrategias para preparar a los hermanos acerca del recién nacido.
- Remitir a los progenitores a clases de preparación para los hermanos.
- Ayudar a los progenitores a seleccionar un médico o clínica para recibir supervisión de cuidados infantiles para el recién nacido.

- Animar a la madre a obtener una sillita de seguridad homologada para el coche para trasladar al bebé del hospital a casa.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Academy of Pediatrics. (2005). Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics, 115*(2), 496-506.

Bradley, L., Horan, M. J., & Molloy, P. (2004). Pregnancy and childbearing. In M. C. Condon (Ed.), *Women's health: Body, mind, sprit: An integrated approach to wellness and illness* (pp. 463-499). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). (2005). *Health care guideline: Routine prenatal care*. Bloomington, MN: Author.

Kirkham, C., Harris, S., & Grzybowski, S. (2005). Evidence-based prenatal care: Part I. General prenatal care and counseling issues. *American Family Physician, 71*(7), 1307-1316.

Littleton, L. Y., & Engebertson, J. C. (2002). *Maternal, neonatal, and women's health nursing* (pp. 477-489). Albany, NY: Delmar.

Wong, D. L., Perry, S. E., & Hockenberry, M. J. (2002). *Maternal child nursing care* (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Preparación ante el bioterrorismo 8810

Definición: Preparación para una respuesta eficaz ante una catástrofe o ataques bioterroristas.

Actividades:

- Identificar tipos potenciales de agentes químicos que son posibles agentes de terrorismo (p. ej., agentes nerviosos, gas mostaza, cianuro).
- Identificar tipos potenciales de agentes biológicos que son posibles agentes de terrorismo (p. ej., carbunco, viruela, botulismo, peste).
- Seguir las instrucciones en lo referente a la participación en el cribado de las personas durante un ataque bioterrorista.
- Integrar las respuestas al terrorismo biológico y químico en la planificación y la evaluación de las instituciones responsables ante un desastre.
- Identificar todos los recursos médicos, de urgencias y de instituciones sociales disponibles en la comunidad (p. ej., Organización Mundial de la Salud [OMS], Federal Emergency Management Agency [FEMA], National Disaster Medical System [NDMS], Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], organismos sanitarios públicos locales y estatales).
- Tener en cuenta las estrategias recomendadas en la actualidad por la OMS y los CDC para contener enfermedades y exposiciones a productos químicos naturales o provocadas.
- Familiarizarse con los signos y los síntomas, así como las presentaciones de inicio más comunes, de pacientes expuestos a agentes de bioterrorismo.
- Modificar la historia y las preguntas de valoración inicial del paciente para incluir el riesgo de exposición y los síntomas físicos de la exposición.
- Monitorizar a los pacientes con síntomas seudogripales vagos.
- Notificar los síntomas que sugieran una exposición a los centros sanitarios y al personal de cribado adecuados.
- Consultar con los profesionales de control epidemiológico e infecciones adecuados, si es necesario.
- Examinar la credibilidad de la información, especialmente en urgencias, posibles desastres o exposiciones masivas.
- Mantenerse al día de los conocimientos sobre equipo protector, procedimientos de protección y técnicas de aislamiento.
- Asegurarse de disponer de equipo protector (p. ej., trajes, gorros, guantes, respiradores) y de que esté en buen estado.
- Familiarizarse y seguir todas las políticas, procedimientos y protocolos de descontaminación.
- Participar en la formación continuada para mantenerse al día.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

Federal Emergency Management Agency (FEMA). (2002). *Managing the emergency consequences of terrorist incidents*. Washington, DC: Author.

Gebbie, K. M., & Qureshi, K. (2002). Emergency and disaster preparedness: Core competency for nurses. *AJN: American Journal of Nursing, 102*(1), 46-51.

Rebmann, T. (2006). Bioterrorism and emerging infections: Emergency preparedness for nurses. In P. S. Cowen, & S. Moorhead (Eds.), *Current issues in nursing* (7th ed., pp. 768-777). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Reilly, C. M., & Deason, D. (2002). Emergency: Smallpox. *American Journal of Nursing, 102*(2), 51-55.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (Eds.). (2004). Terrorism, mass casualty, and disaster nursing. In Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing (Vol. 2) (10th ed., pp. 2183–2198). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Veenema, T. G. (2002). Chemical and biological terrorism: Current updates for nurse educators. *Nursing Education Perspectives, 23*(2), 62-71.

World Health Organization. (2006). *Frequently asked questions regarding the deliberate use of biological agents and chemicals as weapons*. Obtenido de http://www.who.int/csr/delibepidemics/faqbioagents/en/.

Preparación para un desastre en la comunidad 8840

Definición: Preparación para una respuesta eficaz ante un desastre a gran escala.

Actividades:

- Identificar los posibles tipos de desastres en la zona (p. ej., relacionados con el clima, industriales, ambientales).
- Trabajar con otras instituciones en la planificación ante un desastre (fuerzas de orden público, bomberos, Cruz Roja, servicios de ambulancias, organizaciones de voluntarios).

P

- Desarrollar programas para tipos específicos de desastres (p. ej., sucesos con múltiples víctimas, bombas, tornados, huracanes, inundaciones, vertidos químicos), según sea conveniente.
- Identificar todos los recursos sociales y sanitarios disponibles en la comunidad para responder ante un desastre.
- Desarrollar una red de aviso de desastres para alertar al personal.
- Desarrollar procedimientos de triaje.
- Establecer funciones prefijadas durante un desastre.
- Establecer un lugar de agrupación para atender a las víctimas del desastre.
- Disponer de lugares alternativos para la reunión del personal sanitario.
- Tener conocimiento del lugar de almacenamiento del equipo y de las provisiones para un desastre.
- Realizar controles periódicos del equipo.
- Comprobar y reponer con frecuencia los suministros.
- Enseñar al personal sanitario los programas para desastres de forma rutinaria.
- Animar a la comunidad a prepararse frente a desastres.
- Instruir a los miembros de la comunidad sobre medidas de seguridad, autoayuda y primeros auxilios.
- Animar a los miembros de la comunidad a tener planes de preparación personales (p. ej., números de teléfono de urgencias, radios que funcionen con pilas, linternas que funcionen, equipo de primeros auxilios, información médica y de facultativos, personas a las que avisar en caso de urgencia).
- Ayudar a preparar refugios y centros de atención de urgencias.
- Dirigir simulacros anualmente o según sea conveniente.
- Evaluar la actuación del personal encargado después de desastre o de un simulacro.
- Identificar los mecanismos para realizar reuniones informati con el personal de asistencia sanitaria después de un desastr
- Sensibilizar al personal sanitario sobre los posibles efectos psi lógicos de un desastre (p. ej., depresión, tristeza, miedo, cól fobias, culpabilidad, irritabilidad, ansiedad).
- Identificar los recursos para remitir a los pacientes después desastre (p. ej., rehabilitación, convalecencia, asesoramiento
- Identificar las necesidades para después del desastre (p. ej., cesidades persistentes de asistencia sanitaria relacionadas un desastre, recogida de datos epidemiológicos, valoración la causa del desastre, pasos que hay que llevar a cabo para ev que se repita).
- Actualizar los programas para desastres, según sea necesari

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Grant, H. D., Murray, R. H., & Bergeron, J. D. (1994). *Brady emergency* (6th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Brady.

Ossler, C. C. (1992). The community health nurse in occupational healt M. Stanhope, & J. Lancaster (Eds.), *Community health nursing: Process practice for promoting health* (pp. 731-746). St. Louis, MO: Mosby.

Santamaria, B. (1995). Nursing in a disaster. In C. M. Smith, & F. A. Ma (Eds.), *Community health nursing: Theory and practice* (pp. 382-400). ladelphia, PA: W. B. Saunders.

Preparación quirúrgica 29

P

Definición: Provisión de cuidados a un paciente inmediatamente antes de la cirugía y verificación de los procedimient pruebas y documentación requeridos en la historia clínica.

Actividades:

- Determinar el nivel de ansiedad o miedo del paciente respecto del procedimiento quirúrgico.
- Confirmar la información explicativa preoperatoria.
- Explicar los procedimientos de manera que el paciente pueda entenderlos.
- Completar la lista de comprobaciones preoperatorias.
- Asegurarse de que el paciente está en dieta absoluta, según corresponda.
- Asegurarse de que la historia del paciente tiene una anamnesis y exploración física completas.
- Verificar que se ha firmado el correspondiente consentimiento quirúrgico.
- Asegurarse de que el sitio quirúrgico esté señalado con un marcador permanente por el cirujano, según se indique.
- Implicar al paciente en el marcado del sitio quirúrgico, según se indique.
- Verificar que los resultados de los análisis de laboratorio y diagnóstico se encuentran registrados en la historia.
- Comprobar la disponibilidad de transfusiones de sangre, según corresponda.
- Verificar que se ha realizado un ECG, según corresponda.
- Enumerar las alergias en la primera página de la historia.
- Comunicar al cirujano cualquier inconveniente (p. ej., resultados anormales de pruebas de laboratorio o de diagnóstico, problemas relacionados con la comprensión del procedimiento por parte paciente).
- Comunicar las consideraciones de cuidados especiales (c ceguera, pérdida auditiva o minusvalía) al personal del quiróf según corresponda.
- Determinar si se conocen los deseos del paciente respecto asistencia sanitaria (voluntades médicas avanzadas, tarjeta donante de órganos).
- Verificar que la pulsera de identificación del paciente, la sera de alergias y las pulseras de sangre son legibles y está su sitio.
- Retirar las joyas y/o anillos, según corresponda.
- Quitar el esmalte de uñas, maquillaje u horquillas del pelo, s corresponda.
- Extraer dentaduras postizas, gafas y lentillas u otras prót según corresponda.
- Verificar que el dinero u objetos valiosos son colocados e sitio seguro, si es el caso.
- Administrar los medicamentos de preparación intestinal, s corresponda.
- Explicar los medicamentos preoperatorios que se utilizará es preciso.
- Administrar y registrar los medicamentos preoperatorios, s corresponda.
- Poner en marcha la terapia i.v., según se ordene.

- Enviar los medicamentos o equipos requeridos con el paciente al quirófano, si es el caso.
- Colocar una sonda nasogástrica o una sonda de Foley, según corresponda.
- Explicar la intubación y el equipo relacionado con las actividades de preparación.
- Realizar el rasurado quirúrgico, lavado antiséptico, ducha, enema o irrigación, según corresponda.
- Colocar medias antiembolia, según corresponda.
- Aplicar un dispositivo de compresión secuencial, según corresponda.
- Ordenar al paciente que orine inmediatamente antes de la administración de medicamentos preoperatorios, si es preciso.
- Comprobar que el paciente viste las prendas adecuadas, según las normas del centro.
- Apoyar al paciente con alto nivel de ansiedad o miedo.
- Ayudar al paciente a subir a la silla de ruedas para el transporte, si lo necesita.
- Disponer tiempo para que los miembros de la familia hablen con el paciente antes de la transferencia.
- Animar a los padres a que acompañen al niño al quirófano, si resulta oportuno.
- Proporcionar información a la familia acerca de las zonas de espera y las horas de visita de los pacientes quirúrgicos.
- Apoyar a los miembros de la familia, según corresponda.
- Preparar la habitación para el retorno del paciente después de la cirugía.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2018

Bibliografía:

Association of periOperative Registered Nurses. (2015). *Guidelines for perioperative practice*. Denver, CO: Author.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2015). Perioperative nursing. In A. Berman, S. Snyder, & G. Frandsen (Eds.), *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (10th ed., pp. 959-998). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Potter, P., Perry, A., Stockert, P., & Hall, A. (Eds.). (2013). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Rothrock, J. C. (Ed.). (2015). *Alexander's care of the patient in surgery* (15th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Prescribir medicación 2390

Definición: Prescribir medicación para un problema de salud.

Actividades:

- Evaluar los signos y síntomas del problema de salud actual.
- Determinar el historial de salud y el uso previo de medicamentos.
- Identificar las alergias conocidas.
- Determinar la capacidad del paciente y de la familia para administrar la medicación.
- Identificar las medicaciones indicadas para los problemas actuales.
- Recetar medicamentos según la autorización para hacerlo y/o el protocolo.
- Escribir la receta, con el nombre del fármaco e incluyendo la dosis y las instrucciones de administración.
- Deletrear abreviaturas que se pueden confundir fácilmente (p. ej., microgramos, miligramos, unidades).
- Verificar que los puntos decimales utilizados en la dosificación se ven claramente utilizando los ceros delante del punto decimal (p. ej., 0,2 frente a,2).
- Evitar el uso de ceros detrás del punto decimal (p. ej., 2 frente a 2,0).
- Utilizar métodos de prescripción electrónica, si existen.
- Utilizar abreviaturas, acrónimos y símbolos estandarizados.
- Verificar que todas las órdenes de medicación están escritas correctamente, por completo y con la discriminación necesaria para su uso.
- Seguir las recomendaciones para las dosis iniciales de la medicación (miligramos por peso corporal en kilos, superficie corporal o dosis mínima efectiva).
- Consultar con el médico o farmacéutico, si procede.
- Consultar un vademécum y otras referencias, si es necesario.
- Consultar con los representantes farmacéuticos, si resulta oportuno.
- Enseñar al paciente y/o a los familiares el método de administración de la medicación, según corresponda.
- Explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.
- Proporcionar alternativas para la pauta temporal y modalidad de autoadministración de medicamentos con el propósito de minimizar los efectos en el estilo de vida del paciente.
- Instruir al paciente y la familia sobre cómo rellenar la receta, si es necesario.
- Explicar al paciente/familia cuándo deben solicitar asistencia adicional.
- Observar los efectos terapéuticos y adversos de la medicación.
- Mantener el conocimiento de la medicación utilizada en la práctica, incluyendo indicaciones de uso, precauciones, efectos adversos, efectos tóxicos e información sobre la posología, según requieran las autoridades y regulaciones de prescripción.

2.ª edición 1996; revisada en 2004

Bibliografía:

Anonymous. (2001). ARNP prescriptive authority rules approved at joint meeting. *Washington Nurse, 31*(2), 24.

Anonymous. (2001). Issue: Nurses impact 2001: Recognizing nursing's independent license: Prescriptive authority for APNs. *Michigan Nurse, 74*(3 Suppl.), 13-14.

Freeman, G. (Ed.). (2002). Medication errors related to poor communications. *Healthcare Risk Management, 24*(1), 9-10.

Talley, S., & Richens, S. (2001). Prescribing practices of advanced practice psychiatric nurses: Part 1—demographic, educational, and practice characteristics. *Archives of Psychiatric Nursing, 15*(5), 205-213.

Woodbridge, H. B. (1998). Basics of prescription writing. In R. E. Rakel (Ed.), *Essentials of family practice* (2nd ed., pp. 166-171). Philadelphia: W. B. Saunders.

Prescripción: pruebas diagnósticas 808

Definición: Solicitud de una prueba diagnóstica para identificar o monitorizar un problema de salud.

Actividades:

- Evaluar los signos y síntomas del problema de salud actual.
- Considerar el estado de los problemas de salud crónicos existentes.
- Revisar los antecedentes médicos, fármacos, alergias, pruebas diagnósticas previas pertinentes para la afección actual.
- Evaluar la utilidad diagnóstica de la prueba a la hora de abordar la cuestión clínica específica (es decir, comprender la sensibilidad y especificidad de la prueba diagnóstica para la afección actual).
- Consultar las directrices prácticas basadas en la evidencia aceptadas, especialistas y otros profesionales sanitarios, según corresponda.
- Explicar al paciente o a los familiares los fundamentos de las pruebas propuestas, incluido el modo en el que la información beneficiaría la toma de decisiones clínicas o la monitorización continua.
- Permitir una conversación y que se hagan preguntas sobre la prueba.
- Ofrecer alternativas a la prueba diagnóstica, si procede.
- Considerar la disponibilidad y coste de la prueba diagnóstica e incluir al paciente y la familia en la conversación.
- Instruir al paciente y a la familia qué se puede esperar de la prueba diagnóstica.
- Tener un sistema instaurado para asegurar que los resultados de la prueba se reciben cuando se esperan.
- Identificar un método que garantice la comunicación precis de la fecha, la hora y la localización de la prueba al paciente o cuidador.
- Instruir al paciente y a la familia sobre la fecha, la hora y la local zación de la prueba, así como del modo en el que se comunicará los resultados.
- Utilizar un sistema que permita la devolución a tiempo de l resultados de la prueba diagnóstica y que garantice que los r sultados perdidos o retrasados se registran y se buscan.
- Monitorizar los efectos adversos de la prueba diagnóstica.
- Mantener un conocimiento actualizado de las pruebas diagnó ticas utilizadas en la práctica (p. ej., sensibilidad o especificida fundamento, alternativas, estándares de asistencia, práctic basada en la evidencia, efectos secundarios, monitorización normativas gubernamentales o política del centro).

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Buppert, C. (2008). *Nurse practitioner's business practice and legal guide* (3rd ed Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Chase, S. (2004). *Clinical judgment and communication in nurse practition practice*. Philadelphia: F.A. Davis.

Dains, J. E., Baumann, L. C., & Scheibel, P. (2007). *Advanced health assessme & clinical diagnosis in primary care* (3rd ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.

Prescripción: tratamiento no farmacológico 808

P

Definición: Solicitud de tratamiento no farmacológico para un problema de salud.

Actividades:

- Determinar los signos y síntomas del problema de salud actual.
- Revisar los antecedentes médicos, fármacos, alergias y pruebas diagnósticas previas pertinentes para la afección actual
- Revisar los tratamientos previos y actuales probados para el problema sanitario, incluidas las razones para interrumpir el tratamiento.
- Documentar los efectos de otros tratamientos sobre el problema sanitario.
- Identificar los tratamientos no farmacológicos (p. ej., ejercicio, dieta, fisioterapia, terapia ocupacional, tratamiento con frío y calor) que están identificados para los problemas de salud actuales.
- Consultar las directrices aceptadas de práctica basada en la evidencia.
- Considerar la disponibilidad y coste del tratamiento recomendado e incluir al paciente y la familia en la conversación al respecto.
- Explicar al paciente y la familia los fundamentos del tratamiento propuesto, el resultado esperado y la duración del tratamiento.
- Permitir que se formulen preguntas y una conversación sobre el diagnóstico y tratamiento, además de proporcionar alternativas al mismo.
- Remitir al proveedor de servicios apropiado.
- Monitorizar los efectos adversos del tratamiento.
- Garantizar que se realiza un seguimiento para evaluar la re puesta al tratamiento.
- Mantener un conocimiento actualizado de los tratamientos u lizados en la práctica, incluyendo los fundamentos, alternativ estándares de asistencia, práctica basada en la evidencia, efect secundarios, monitorización y normativas gubernamentale política del centro).

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Buppert, C. (2008). *Nurse practitioner's business practice and legal guide* (3rd e Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Chase, S. (2004). *Clinical judgment and communication in nurse practitio practice*. Philadelphia: F.A. Davis.

Dains, J. E., Baumann, L. C., & Scheibel, P. (2007). *Advanced health assessm & clinical diagnosis in primary care* (3rd ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.

Dunphy, L. M., Winland-Brown, J. E., Porter, B. O., & Thomas, D. J. (200 *Primary care: The art and science of advanced practice* (2nd ed.). Phi delphia: F.A. Davis.

Presencia 5340

Definición: Permanecer con otra persona, tanto física como psicológicamente, durante los momentos de necesidad.

Actividades:

- Mostrar una actitud de aceptación.
- Comunicar oralmente empatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente.
- Ser sensible con las tradiciones y creencias del paciente.
- Establecer una consideración de confianza y positiva.
- Escuchar las preocupaciones del paciente.
- Permanecer en silencio, según corresponda.
- Establecer contacto físico con el paciente para expresar la consideración, si resulta oportuno.
- Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.
- Permanecer físicamente presente sin esperar respuestas de interacción.
- Establecer una distancia entre el paciente y la familia, si es necesario.
- Ofrecerse a quedarse con el paciente durante las interacciones iniciales con otras personas de la unidad.
- Ayudar al paciente a darse cuenta de que se está disponible, pero sin reforzar conductas dependientes.
- Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad y disminuir sus miedos.
- Reafirmar y ayudar a los progenitores en su papel de apoyo de su hijo.
- Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los períodos de ansiedad.
- Ofrecerse a entrar en contacto con otras personas de apoyo (cura/rabino), según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2000

Bibliografía:

Frisch, N. C., & Frisch, L. E. (2002). Tools of psychiatric mental health nursing: Communication, nursing process, and the nurse-client-relationship. In *Psychiatric mental health nursing* (2nd ed., pp. 97-113). Albany, NY: Delmar.

Gardner, D. L. (1992). Presence. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (2nd ed., pp. 191-200). Philadelphia: W.B. Saunders.

Osterman, P., & Schwartz-Barcott, D. (1996). Presence: Four ways of being there. *Nursing Forum, 31*(2), 23-30.

Pederson, C. (1993). Presence as a nursing intervention with hospitalized children. *Maternal-Child Nursing Journal, 21*(3), 75-81.

Preservación de la fertilidad 7160

Definición: Proporcionar información, asesoramiento y tratamiento que faciliten la salud reproductiva y la capacidad de concebir.

Actividades:

- Informar acerca de los factores relacionados con la infertilidad (edad materna superior a 35 años, enfermedades de transmisión sexual, quimioterapia y radiación).
- Fomentar la concepción antes de los 35 años de edad, según corresponda.
- Enseñar a la paciente a evitar enfermedades de transmisión sexual.
- Informar a la paciente sobre los signos y síntomas de enfermedades de transmisión sexual y la importancia de su tratamiento precoz y agresivo.
- Realizar una exploración pélvica, según corresponda.
- Obtener muestras para realizar cultivos del cuello uterino, cuando proceda.
- Prescribir tratamiento, según esté indicado, para las enfermedades de transmisión sexual o las infecciones de la vagina.
- Aconsejar a la paciente la necesidad de exploración y tratamiento de la enfermedad de transmisión sexual si su pareja muestra cualquier síntoma, incluso si la paciente no experimentara ningún síntoma.
- Aconsejar a la paciente el tratamiento de la enfermedad de transmisión sexual de su pareja, si el cultivo fuera positivo.
- Informar sobre los cultivos de enfermedades sexuales positivos, según lo exija la ley.
- Comentar con la paciente los efectos de los distintos métodos anticonceptivos sobre la fertilidad futura.
- Asesorar a la paciente sobre el uso de anticonceptivos.
- Aconsejar a la paciente evitar el uso de dispositivos intrauterinos.
- Informar a los pacientes sobre los riesgos del trabajo y del medio ambiente sobre la fertilidad (radiación, productos químicos, estrés, infecciones, otros factores medioambientales y la rotación de turnos).
- Informar a la paciente sobre opciones más conservadoras susceptibles de preservar la fertilidad, cuando se indique cirugía ginecológica o abdominal.
- Remitir a la paciente para que se someta a una exploración física completa y determinar si hay problemas de salud que afecten a la fertilidad (amenorrea, diabetes, endometriosis y enfermedad tiroidea).
- Fomentar el tratamiento precoz y agresivo de la endometriosis.
- Revisar los hábitos del estilo de vida que puedan alterar la fertilidad (fumar, sustancias ilegales, consumo de alcohol, nutrición, ejercicio y conducta sexual).
- Remitir a programas de bienestar o de modificación del estilo de vida, según corresponda.
- Informar a la paciente acerca de los efectos del alcohol, tabaco, drogas y demás factores en la producción de esperma y en la función sexual masculina.
- Remitir a la paciente con historial de posibles trastornos de fertilidad para un diagnóstico y tratamiento precoces.
- Ayudar a la paciente a que reciba apoyo en el trabajo para el tratamiento de la fertilidad.
- Indicar a la paciente que valore la posible o imposible reversibilidad de los diferentes métodos de esterilización.
- Aconsejar a la paciente que considera la esterilización que tenga en cuenta la irreversibilidad del procedimiento.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:
Hoffman, B., Schorge, J., Schaffer, J., Halvorson, L., Bradshaw, K., & Cunningham, F. (2012). Treatment of the infertile couple. In *Williams gynecology* (2nd ed., pp. 529-553). New York: McGraw-Hill.
Jensen, J., & Mishell, D., Jr. (2012). Family planning. In G. Lentz, R. Lobo, D. Gershenson, & V. Katz (Eds.), *Comprehensive gynecology* (6th ed., pp. 215-272). Philadelphia, PA: Elsevier Mosby.
Leyland, N., Casper, R., Laberge, P., & Singh, S. Society of Obstetricians & Gynaecologists of Canada. (2010). Endometriosis: Diagnosis and management. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada, 32*(Suppl. 2), S1-S32.
Onwere, C., & Vakharia, H. (2014). *Crash course: Obstetrics and gynaecology* (3rd ed.). Edinburgh, Scotland: Mosby Elsevier.
Shoupe, D. (Ed.). (2011). *Gynecology in practice: Contraception* [A. Arici, series editor]. Oxford: Wiley-Blackwell.

Prevención de caídas 6490

Definición: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

Actividades:

- Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia.
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.
- Preguntar al paciente por su percepción de equilibrio, según proceda.
- Compartir con el paciente observaciones sobre la marcha y el movimiento.
- Sugerir al paciente cambios en la marcha.
- Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la marcha.
- Ayudar a la deambulación de las personas inestables.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o andador para caminar) para conseguir una marcha estable.
- Animar al paciente a utilizar un bastón o un andador, según corresponda.
- Enseñar al paciente a utilizar un bastón o un andador, según corresponda.
- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.
- Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camilla en la transferencia del paciente.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
- Enseñar al paciente cómo caer para minimizar el riesgo de lesiones.
- Colocar señales recordatorias para que el paciente solicite ayuda para salir de la cama, según corresponda.
- Observar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa.
- Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.
- Disponer un asiento de baño elevado para que la trasferencia sea más sencilla.
- Disponer sillas de altura adecuada, con respaldo y apoyabrazos para un traslado más sencillo.
- Disponer colchones de cama de bordes firmes para un traslado más sencillo.
- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.
- Colocar la cama mecánica en la posición más baja.
- Disponer la superficie sobre la que se duerme cerca del suelo, si es necesario.
- Disponer que el asiento de la silla sea envolvente para limitar la movilidad, según corresponda.
- Colocar una cuña de gomaespuma en el asiento de la silla para evitar que el paciente se levante, según corresponda.
- Utilizar camas con colchones parcialmente llenos de agua para limitar la movilidad, si es necesario.
- Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador esté ausente.
- Responder a la luz de llamada inmediatamente.
- Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados.
- Utilizar una alarma de cama que alerte al cuidador de que la persona sale de la cama, según corresponda.
- Marcar los umbrales de las puertas y los bordes de los escalones, si es necesario.
- Retirar los muebles bajos (bancos y mesas) que supongan un riesgo de tropiezo.
- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
- Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Disponer luz nocturna en la mesilla de noche.
- Disponer barandillas y pasamanos visibles.
- Colocar puertas en los accesos que conduzcan a escaleras.
- Disponer superficies de suelo antideslizantes, anticaídas.
- Disponer una superficie antideslizante en la bañera o la ducha.
- Disponer taburetes firmes y antideslizantes para facilitar alcanzar objetos.
- Disponer zonas de almacenamiento de fácil alcance.
- Disponer muebles firmes que no se caigan si se utilizan como apoyo.
- Orientar al paciente sobre el «orden» físico de la habitación.
- Evitar reorganizaciones innecesarias del ambiente físico.
- Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
- Instruir al paciente para que lleve las gafas prescritas, según corresponda, al salir de la cama.
- Informar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.
- Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad.
- Instruir a la familia sobre la importancia de los pasamanos en escaleras, baños y pasillos.
- Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos.
- Sugerir el uso de calzado seguro.
- Instruir al paciente para que evite las superficies heladas y otras superficies exteriores deslizantes.
- Desarrollar maneras para que el paciente participe de forma segura en actividades de ocio.
- Establecer un programa de ejercicios físicos rutinarios que incluya el andar.
- Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene alto riesgo de caídas.

P

Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios 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/o un dispositivo de retención (asiento de bebé con cinturón) al colocar bebés/niños en superficies elevadas (en mesas o sillas altas).
Retirar los objetos que supongan acceso a superficies elevadas para los niños.
Mantener las barandillas de la cuna en posición elevada cuando el cuidador no esté presente, según corresponda.
Disponer una «cúpula de seguridad» en las cunas de hospital de pacientes pediátricos que puedan subirse a barandillas elevadas, según corresponda.
Cerrar firmemente los paneles de acceso a las incubadoras cuando se deje al bebé en la incubadora, según corresponda.

ª edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

Foley, G. (1999). The multidisciplinary team: Partners in patient safety. *Cancer Practice, 7*(3), 108.

Kanak, M. F. (1992). Interventions related to safety. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 371-395.

Maciorowski, L. F., Munro, B. H., Dietrick-Gallagher, M., McNew, C. D., Sheppard-Hinkel, E., Wanich, C., & Ragan, P. A. (1989). A review of the patient fall literature. *Journal of Nursing Quality Assurance, 3*(1), 18-27.

Stolley, J. M., Lewis, A., Moore, L., & Harvey, P. (2001). Risk for injury: Falls. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, and interventions* (pp. 23-33). St. Louis, MO: Mosby.

Sullivan, R. P., & Badros, K. K. (1999). Recognize factors to prevent patient falls. *Nursing Management, 30*(5), 37-40.

Tack, K. A., Ulrich, B., & Kehr, C. (1987). Patient falls: Profiles for prevention. *Journal of Neuroscience Nursing, 19*(2), 83-89.

Tideiksaar, R. (1997). *Falling in old age: Prevention and management* (2nd ed.). New York: Springer.

Prevención de hemorragias 4010

Definición: Disminución de los estímulos que pueden inducir hemorragias en pacientes con riesgo de sufrirlas.

ctividades:

Revisar la historia clínica del paciente para determinar factores de riesgo específicos (p. ej., cirugía, trauma, úlceras, hemofilia, coagulación deficiente, inhibición de la coagulación por el tratamiento con medicación).
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 de un drenaje quirúrgico, sangre en los apósitos, acumulación de sangre debajo del paciente).
Anotar los niveles de hemoglobina y hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, según se indica.
Monitorizar los signos y síntomas de sangrado persistente (p. ej., hipotensión, pulso débil y rápido, piel fría y húmeda, respiración rápida, inquietud, disminución del gasto urinario).
Mantener un control cuidadoso de la ingesta y la eliminación.
Mantener el acceso i.v., según corresponda.
Supervisar los resultados de los análisis de coagulación, incluyendo el tiempo de protrombina, el tiempo parcial de tromboplastina, el fibrinógeno, la degradación de la fibrina y los productos fraccionados, y el recuento de plaquetas, según corresponda.
Controlar los signos vitales ortostáticos, incluida la presión arterial.
Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa.
Administrar hemoderivados (plaquetas y plasma fresco congelado), según corresponda.
Proteger al paciente de traumatismos que puedan ocasionar hemorragias.
Evitar inyecciones (i.v., i.m. o subcutáneas), según corresponda.
Evitar administrar medicamentos que comprometan aún más los tiempos de coagulación (p. ej., clopidogrel, heparina, warfarina o medicamentos antiinflamatorios no esteroideos [AINE], como la aspirina).
Indicar al paciente que evite medicamentos que puedan comprometer aún más los tiempos de coagulación (p. ej., clopidogrel, heparina, warfarina o AINE, como la aspirina), según corresponda.
Ordenar al paciente que deambula que calce zapatos.

- Utilizar cepillos de dientes blandos en la higiene bucal.
- Utilizar afeitadora eléctrica, en lugar de hoja de afeitar.
- Informar al paciente que evite procedimientos invasivos; si fuesen necesarios vigilar de cerca por si se produce una hemorragia.
- Coordinar la sincronización de los procedimientos invasivos con las transfusiones de plaquetas o plasma fresco congelado, según corresponda.
- Evitar la inserción de objetos en un orificio que sangre.
- Evitar tomar temperaturas rectales.
- Informar al paciente que evite levantar objetos pesados.
- Administrar medicamentos (p. ej., antiácidos), si está indicado.
- Indicar al paciente que aumente la ingesta de alimentos ricos en vitamina K (p. ej., hortalizas de hoja como espinacas y repollo, coliflor, brócoli y soja), según corresponda.
- Utilizar colchones terapéuticos para minimizar el traumatismo cutáneo.
- Informar al paciente que evite el estreñimiento (fomentar la ingesta de líquidos y laxantes), según corresponda.
- Instruir al paciente y/o a 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 períodos menstruales extremadamente abundantes) y sobre las acciones apropiadas (p. ej., avisar al personal de enfermería), si se producen hemorragias.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Brown, C. G. (2010). *A guide to oncology symptom management*. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society.

Malli, S. (2005). Keep a close eye on vacuum-assisted wound closure. *Nursing, 35*(7), 25.

Nix, D. (2012). Skin and wound inspection and assessment. In R. Bryant, & D. Nix (Eds.), *Acute and chronic wounds: Current management concepts* (4th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Potter, P., Perry, A., Stockert, P., & Hall, A. (Eds.). (2013). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

P

Prevención de la adicción religiosa

5422

Definición: Prevención de un estilo de vida religioso y controlador autoimpuesto.

Actividades:

- Identificar los individuos con riesgo de una dependencia excesiva de la religión, de líderes religiosos y/o de la práctica religiosa.
- Analizar las prácticas religiosas en términos de relaciones y creencias equilibradas.
- Examinar y fomentar conductas que contribuyan a un desarrollo del crecimiento y de la fe.
- Examinar con los individuos los elementos de adicción religiosa y de libertad para la formación religiosa.
- Explicar que la gente tímida es vulnerable a la adicción religiosa y ritual.
- Descubrir la gratitud y el perdón como maneras de defenderse a sí mismo de formas religiosas o de otros procesos adictivos.
- Ofrecer la oración para conseguir relaciones vivificantes y saludables con uno mismo, con Dios/poderes sobrenaturales y con los otros, según sea conveniente.
- Enseñar a los individuos el proceso del desarrollo de la fe.
- Enseñar a los individuos los peligros del uso de la religión para controlar a otras personas.
- Fomentar la formación de grupos de autoayuda o de soporte para analizar el equilibrio religioso.
- Identificar y compartir los recursos de grupos y de servicios de asesoramiento profesional dentro de la comunidad.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Booth, L. (1991). *When God becomes a drug: Breaking the chains of religious addiction and abuse*. Los Angeles, CA: Jeremy P. Tarcher.

Linn, M., Linn, S. F., & Linn, D. (1994). *Healing spiritual abuse and religious addiction*. Mahwah, NJ: Paulist Press.

Prevención de la sequedad ocular

1350

Definición: Prevención y detección precoz de la sequedad ocular en las personas de riesgo.

Actividades:

- 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.
- Evaluar la lesión del epitelio corneal con una prueba estándar.
- Monitorizar la capacidad del paciente de llevar, quitarse y limpiar las lentillas, según corresponda.
- Instruir al paciente para que evite la lectura prolongada y el uso del ordenador durante mucho tiempo.
- Asegurarse de que las cintas del tubo endotraqueal no estén demasiado tensas en pacientes ventilados mediante intubación endotraqueal.
- Monitorizar el modo y la presión del ventilador en pacientes con ventilación mecánica.
- Identificar la frecuencia y el tipo de cuidados según la posición palpebral en el lagoftalmos (p. ej., en pacientes comatosos, sometidos a sedación profunda y con bloqueo neuromuscular, con parálisis facial, parálisis de Bell, exoftalmos tirotóxico o ectropión paralítico).
- 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.

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Germano, E. M., Mello, M. J., Sena, D. F., Correia, J. B., & Amorim, M. M. (2009). Incidence and risk factors of corneal epithelial defects in mechanically ventilated children. *Critical Care Medicine, 37*(3), 1097-1100.

Kanski, J. J. (2007). *Clinical ophthalmology: A systemic approach* (6th ed.). Oxford: Butterworth-Heinemann.

Latkany, R. (2008). Dry eyes: Etiology and management. *Current Opinion in Ophthalmology, 19*(4), 287-291.

Rosenberg, J. B., & Eisen, L. A. (2008). Eye care in the intensive care unit: Narrative review and meta-analysis. *Critical Care Medicine, 36*(12), 3151-3155.

Stollery, R., Shaw, M., & Lee, A. (2005). *Ophthalmic nursing* (3rd ed.). Oxford: Blackwell.

P

Prevención de lesiones deportivas: jóvenes

6648

Definición: Reducción del riesgo de lesiones deportivas en deportistas jóvenes.

Actividades:

- Fomentar el buen estado físico general como prerrequisito para participar en deportes.
- Fomentar la modificación de las reglas del juego de acuerdo con la edad y la capacidad de los participantes.
- Informar a los padres de las diferencias entre los deportes como pasatiempo y los deportes competitivos organizados.
- Ayudar al deportista a encontrar un deporte que se ajuste adecuadamente a los intereses y las habilidades y que fomente el desarrollo de conductas de mejora de la forma física durante mucho tiempo.
- Ayudar a los padres y a los deportistas a fijar objetivos realistas en el momento de la competición.
- Proporcionar recursos a los padres, a los deportistas y a los entrenadores de acuerdo con la implicación de los aspectos psicosociales de los deportes.
- Fomentar un emparejamiento adecuado de competidores según la edad, el peso y el estado de madurez física.
- Controlar el seguimiento de las directrices de entrenamiento recomendadas y la biomecánica correcta.
- Controlar la conformidad con las reglas de seguridad.
- Controlar si el terreno de juego está en condiciones seguras para su empleo.
- Controlar el uso correcto y la seguridad del equipo.
- Fomentar la supervisión adecuada de los entrenamientos, eventos recreativos y eventos competitivos.
- Controlar el estado físico para asegurarse de que es correcto antes de la competición.
- Fomentar el uso de actividades de calentamiento y de enfriamiento para evitar lesiones.
- Utilizar entrenadores titulados para los deportes competitivos a nivel de la enseñanza primaria y secundaria.
- Asegurarse la cobertura médica de los eventos deportivos competitivos, según sea conveniente.
- Desarrollar un plan de urgencias en caso de lesiones graves.
- Coordinar reuniones de pretemporada para los deportistas, las familias y los entrenadores, para aumentar la conciencia de prevención de lesiones.
- Colaborar con otros profesionales en la planificación de programas relacionados con la prevención de lesiones.
- Informar a los padres y a los deportistas de los pasos que deben seguir para evitar lesiones.
- Informar a los padres y a los deportistas de las señales y de los síntomas de lesiones por sobreesfuerzo, deshidratación, agotamiento por calor, uso de drogas potenciadoras, trastornos alimentarios, disfunciones menstruales y estrés.
- Recoger datos del tipo, frecuencia y tratamiento de las lesiones, así como dónde se han remitido.
- Controlar la salud a largo plazo de los deportistas.
- Controlar el retorno de deportistas lesionados para la participación en la prevención de recaídas.
- Proporcionar apoyo emocional a los deportistas lesionados.
- Organizar las prácticas de primeros auxilios anuales para los entrenadores, incluida la RCP.
- Comunicarse con los entrenadores acerca de la importancia de enfatizar el aspecto «divertido» de los deportes.
- Asegurarse de que los entrenadores están bien informados del desarrollo normal de la infancia y de las necesidades físicas, emocionales y sociales de los niños.
- Comunicar información acerca de aspectos de la atención sanitaria especial de los deportistas a nivel individual, según sea conveniente.
- Desarrollar grupos de vigilancia para asegurar la educación de escuelas y de entrenadores voluntarios.
- Informar a los padres de los requisitos y de la conducta esperada de los entrenadores.
- Fomentar que los padres se impliquen en los programas deportivos de sus hijos.
- Controlar si los deportistas presentan estrés relacionado con el deporte y proporcionar salidas para los deportistas con problemas emocionales/psicosociales.
- Enseñar técnicas de relajación y estrategias de afrontamiento a los deportistas, los entrenadores y los padres.
- Hablar a los deportistas jóvenes sobre la importancia de la salud.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

American College of Sports Medicine. (1994). The prevention of sport injuries of children and adolescents. *Journal of American Academy of Physician's Assistants, 7*(6), 437-442.

Dyment, P. (1991). *Sports medicine: Health care for young athletes* (2nd ed.). Elk Grove Village, IL: The American Academy of Pediatrics.

Hutchinson, M. R. (1997). Cheerleading injuries, patterns, prevention, case reports. *The Physician and Sports Medicine, 15*(9), 83-86 89-91, 96.

Overbaugh, K., & Allen, J. (1994). The adolescent athlete. Part I: Pre-season preparation and examination. *Journal of Pediatric Health Care, 8*(4), 146-151.

Overbaugh, K., & Allen, J. (1994). The adolescent athlete. Part II: Injury patterns and prevention. *Journal of Pediatric Health Care, 8*(5), 203-211.

Petlichkoff, L. M. (1992). Youth sport participation and withdrawal: Is it simply a matter of FUN? *Pediatric Exercise Science, 4*(2), 105-110.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Management of patients with musculoskeletal trauma. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 2075-2111). (Vol. 2). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Prevención de úlceras por presión 35

Definición: Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.

Actividades:

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden).
- Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de úlceras por presión, según el protocolo del centro.
- Animar al paciente a no fumar y a evitar la ingesta de alcohol.
- Documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras por presión.
- Documentar el peso y los cambios de peso.
- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda.
- Darse la vuelta continuamente cada 1-2 horas, según corresponda.
- Darse la vuelta con cuidado (p. ej., evitar el cizallamiento) para evitar lesiones en una piel frágil.
- Poner el programa de cambios posturales al lado de la cama, según corresponda.
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas.
- Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies.
- Utilizar camas y colchones especiales, según corresponda.
- Utilizar mecanismos en la cama (badana) para proteger al paciente.
- Evitar mecanismos de tipo flotador para la zona sacra.
- Humedecer la piel seca intacta.
- Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño.
- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
- Aplicar protectores para los codos y los talones, según corresponda.
- Proporcionar con frecuencia pequeños cambios de la ca corporal.
- Proporcionar un trapecio para ayudar al paciente a desplaza
- Controlar la movilidad y la actividad del paciente.
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteín vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplemento es preciso.
- Ayudar al paciente a mantener un peso saludable.
- Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si signos de solución de continuidad de la piel, según correspon

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2000 y 2004

Bibliografía:

Bergquist, S., & Frantz, R. (2001). Braden scale: Validity in community-b older adults receiving home health care. *Applied Nursing Research, 1* 36-43.

Braden, B. J., & Bergstrom, N. (1999). Pressure ulcer prevention. In G Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nu treatments* (3rd ed., pp. 193-210). Philadelphia: W. B. Saunders.

Cox, K. R., Laird, M., & Brown, J. M. (1998). Predicting and preventing p sure ulcers in adults. *Nursing Management, 29*(7), 41-45.

Murray, M., & Blaylock, B. (1994). Maintaining effective pressure ulcer vention programs. *MedSurg Nursing, 3*(2), 85-92.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th pp. 165-174). St. Louis: Mosby.

P

Prevención del consumo de sustancias nocivas 45

Definición: Prevenir un estilo de vida que incurra en el alcoholismo y el consumo de drogas.

Actividades:

- Ayudar al paciente a tolerar el aumento de los niveles de estrés, según corresponda.
- Preparar al paciente para sucesos difíciles o dolorosos.
- Disminuir el estrés ambiental irritante o frustrante.
- Disminuir el aislamiento social, siempre que sea posible.
- Apoyar las medidas de regulación de venta y distribución de alcohol a menores.
- Presionar para conseguir el aumento de la edad de prohibición de consumir bebidas alcohólicas.
- Recomendar cambios responsables en los planes educativos sobre el alcohol y drogas para los estadios primarios.
- Dirigir programas en las escuelas sobre la evitación del alcohol y las drogas como actividades recreativas.
- Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del estilo de vida.
- Recomendar campañas en los medios de comunicación ac del tema del consumo de drogas en la comunidad.
- Educar a los padres acerca de la importancia del ejemplo e consumo de sustancias nocivas.
- Instruir a los padres y profesores en la identificación de sign síntomas de adicción.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias sustitutorias p reducir tensiones.
- Apoyar u organizar grupos comunitarios para disminuir lesi asociadas con el alcohol, como asociaciones contra los cond tores alcohólicos.
- Realizar un estudio de los estudiantes en los grados de 6-18 sobre el uso del alcohol y las conductas relacionadas co alcohol y las drogas.
- Aconsejar a los padres el apoyo de las normas escolares que proh el consumo de alcohol y drogas en las actividades extraescolar

- Ayudar en la organización de actividades para los adolescentes después de acontecimientos como la fiesta de graduación y el regreso a casa.
- Facilitar la coordinación de esfuerzos entre los diversos grupos comunitarios relacionados con el consumo de sustancias.
- Animar a los padres a participar en las actividades de sus hijos, desde la edad preescolar hasta la adolescencia.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Faltz, B. G., & Wing, R. V. (2005). Substance use disorders. In M. A. Boy (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed., pp. 524-564 Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Hagemaster, J. (1999). Substance use prevention. In G. M. Bulechek, & J. C McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed. pp. 482-490). Philadelphia: W. B. Saunders.

Hahn, E. J. (1995). Predicting head start parent involvement in an alcohol and other drug prevention program. *Nursing Research, 44*(1), 45-51.

Solari-Twadell, P. A. (1991). Recreational drugs: Societal and professional issues. *Nursing Clinics of North America, 26*(2), 499-509.

Prevención del shock

4260

Definición: Detección y tratamiento de un paciente con riesgo de shock inminente.

Actividades:

- Comprobar 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).
- Controlar los signos precoces de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (p. ej., aumento de la temperatura, taquicardia, taquipnea, hipocapnia, leucocitosis o leucopenia).
- Observar si se producen signos precoces de shock alérgico: rinitis, sibilancias, estridor, disnea, prurito, urticaria, habones, angioedema cutáneo, indisposición gastrointestinal, dolor abdominal, diarrea, ansiedad e inquietud.
- Controlar los signos precoces de compromiso 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 T_3 y T_4 y taquicardia).
- Vigilar 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).
- Comprobar el estado circulatorio: presión arterial, color y temperatura de la piel, ruidos cardíacos, frecuencia y ritmo cardíacos, presencia y calidad de los pulsos periféricos y relleno capilar.
- Observar si hay signos de oxigenación tisular inadecuada (p. ej., aprensión, aumento de ansiedad, cambios del estado mental, agitación, oliguria, así como extremidades frías y moteadas).
- Controlar la pulsioximetría.
- Vigilar la temperatura y el estado respiratorio.
- Controlar el ECG.
- Controlar el peso, la ingesta y la diuresis a diario.
- Comprobar los valores de laboratorio, sobre todo los niveles de Hb y Hct, perfil de coagulación, gasometría arterial, niveles de lactato y electrólitos, cultivos y perfil bioquímico.
- Monitorizar los parámetros hemodinámicos invasivos (p. ej., PVC, PAM y saturación central/venosa mixta de oxígeno), según corresponda.
- Vigilar el CO_2 sublingual o la tonometría gástrica, según corresponda.
- Observar la existencia de hematomas, petequias y el estado de las mucosas.
- Observar el color, cantidad y frecuencia de las deposiciones, vómitos y drenaje nasogástrico.
- Analizar la orina para ver la presencia de sangre y proteínas, según corresponda.
- Observar si hay signos y síntomas de ascitis y dolor abdominal o lumbar.
- Colocar al paciente en decúbito supino con las piernas elevadas piernas en posición elevada (volumen, vasogénico) o en decúbito supino con la cabeza y hombros elevados (cardiogénico), según corresponda.
- Instaurar y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, según corresponda.
- Administrar líquidos i.v. y/o por vía oral, según el caso.
- Canalizar y mantener una vía i.v. de calibre grande, según corresponda.
- Administrar líquidos i.v. mientras se monitorizan las presiones hemodinámicas y la diuresis, según corresponda.
- Administrar antiarrítmicos, diuréticos y/o vasopresores, según corresponda.
- Administrar concentrados de eritrocitos, plasma fresco congelado y/o plaquetas, según proceda.
- Iniciar la administración precoz de agentes antimicrobianos y monitorizar estrechamente su eficacia, si está indicado.
- Administrar oxígeno y/o ventilación mecánica, según corresponda.
- Administrar agentes antiinflamatorios y/o broncodilatadores, según corresponda.
- Controlar la glucemia y administrar terapia con insulina, según corresponda.
- Administrar adrenalina, i.v., intraósea o endotraqueal, según corresponda.
- Enseñar al paciente a evitar los alérgenos conocidos y a utilizar el equipo de anafilaxia, según proceda.
- Realizar pruebas cutáneas para determinar los agentes causantes de anafilaxia y/o reacciones alérgicas, según corresponda.
- Aconsejar al paciente con riesgo de reacciones alérgicas graves que reciba terapia de desensibilización.
- Aconsejar a los pacientes de riesgo que lleven información de alerta médica.
- Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los factores desencadenantes del shock.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos/síntomas del shock inminente.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los pasos que hay que seguir ante la aparición de los síntomas de shock.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Ahrens, T., & Tuggle, D. (2004). Surviving severe sepsis: Early recognition and treatment. *Critical Care Nurse, 24*(Suppl. 2), 2-15.

American Heart Association. (2005). 2005 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation, 112*(Suppl. 24), IV-1–IV-211.

Flynn, M. B., & McLeskey, S. (2005). Shock, systemic inflammatory response syndrome, and multiple organ dysfunction syndrome. In P. G. Morton, D. K. Fontaine, C. M. Hudak, & B. M. Gallo (Eds.), *Critical care nursing holistic approach* (8th ed., pp. 1152-1178). Philadelphia: Lippincott Willia & Wilkins.

Porth, C. M. (2004). *Essentials of pathophysiology: Concepts of altered hea states*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medi surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilk

Prevención del suicidio 63

Definición: Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida.

Actividades:

- Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.
- Determinar si el paciente dispone de medios para llevar adelante el plan de suicidio.
- Considerar la hospitalización del paciente que tiene un alto riesgo de conducta suicida.
- Tratar y controlar cualquier enfermedad psiquiátrica o los síntomas que pueden poner al paciente en riesgo de suicidio (alteraciones del estado de ánimo, alucinaciones, ideas delirantes, pánico, abuso de sustancias, aflicción, trastornos de la personalidad, alteraciones orgánicas, crisis).
- Administrar medicación para disminuir la ansiedad, agitación o psicosis y para estabilizar el estado de ánimo, si procede.
- Ocuparse de los aspectos de calidad de vida y control del dolor.
- Realizar comprobaciones bucales después de administrar la medicación para asegurarse de que el paciente no se guarda la medicación en la boca para más adelante intentar una sobredosis.
- Proporcionar pequeñas cantidades de las medicaciones prescritas que pueden ser letales a los pacientes de riesgo, con el fin de reducir la oportunidad de suicidarse, según corresponda.
- Controlar los efectos secundarios y los resultados deseados de la medicación.
- Implicar al paciente en la planificación de su propio tratamiento, según corresponda.
- Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento (entrenamiento en asertividad, control de los actos impulsivos, relajación muscular progresiva), según corresponda.
- Acordar con el paciente (verbalmente o por escrito) que no se «autolesionará» durante un período especificado de tiempo, volviéndolo a acordar a intervalos de tiempo especificados, según corresponda.
- Implantar las acciones necesarias para reducir la angustia inmediata del individuo al negociar un contrato de no autolesión o de seguridad.
- Identificar las necesidades de seguridad inmediatas al negociar un contrato de no autolesión o seguridad.
- Ayudar al paciente a comentar sus sentimientos acerca del contrato.
- Vigilar si el individuo presenta signos de incongruencia que puedan indicar una falta de acuerdo para cumplir el contrato.
- Realizar acciones para prevenir que el individuo se lesione o se suicide, cuando el contrato es de no autolesión o de seguridad (p. ej., aumentar la observación, retirar objetos que puedan utilizarse para autolesionarse).
- Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para transmitirle atención y franqueza y para dar oportunidad al paciente para hablar de sus sentimientos.
- Utilizar una forma de hablar directa y sin prejuicios para hablar sobre el suicidio.
- Animar al paciente a buscar a los cuidadores para hablar, cuar se produzca el deseo de autolesión.
- Evitar comentar repetidamente los antecedentes de suici manteniendo discusiones orientadas hacia el presente y el futu
- Discutir planes para afrontar las ideas suicidas en el futuro (p. factores precipitantes, con quién contactar, dónde buscar ayu maneras de aliviar los impulsos de autolesión).
- Ayudar al paciente a identificar a las personas y los recursos apoyo (p. ej., sacerdote, familia, proveedores de cuidados).
- Iniciar las precauciones contra el suicidio (observación y v lancia continua del paciente, proveerse de un entorno protect para el paciente que tiene un alto riesgo de suicidio.
- Colocar al paciente en el entorno menos restrictivo posible permita el nivel necesario de observación.
- Continuar una valoración regular del riesgo de suicidio (co mínimo a diario) para ajustar adecuadamente las precaucio contra él.
- Consultar con el equipo terapéutico antes de modificar las p cauciones contra el suicidio.
- Buscar si en el paciente recientemente hospitalizado y entre pertenencias personales hay armas/armas potenciales durant procedimiento de admisión del paciente, según correspond
- Examinar de forma rutinaria el entorno y eliminar los peli para mantenerlo libre de riesgos.
- Limitar el acceso a ventanas, a menos que estén cerradas llave y sean irrompibles, según corresponda.
- Limitar el uso de armas potenciales por el paciente (obj afilados y similares a cuerdas).
- Observar al paciente durante el uso de instrumentos/ar potenciales (maquinilla de afeitar).
- Utilizar intervenciones protectoras (restricciones de zonas paración, barreras físicas), si el paciente carece de control evitar lesionarse, según sea necesario.
- Comunicar el riesgo y los aspectos relevantes de seguridad otros cuidadores.
- Asignar al paciente hospitalizado una habitación situada c del control de enfermería para facilitar la observación, se corresponda.
- Aumentar la vigilancia de los pacientes hospitalizados er momentos en que se sabe que la cantidad de personal es inf (reuniones de enfermería, cambio de turno, horas de come personal, durante la noche, fin de semana, momentos de cac la unidad de enfermería).
- Considerar estrategias para disminuir el aislamiento y la opo nidad de actuar de acuerdo con los pensamientos dañinos (p un cuidador).
- Observar, registrar e informar de cualquier cambio del estad ánimo o de conducta que pueda aumentar significativamer

P

riesgo de suicidio y documentar los resultados de los controles de vigilancia regulares.
- Explicar las precauciones contra el suicidio y los aspectos relevantes de seguridad al paciente/familia/allegados (propósito, duración, expectativas conductuales y consecuencias de la conducta).
- Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia y de los amigos.
- Implicar a la familia en la planificación del alta (enseñanza sobre la enfermedad/medicación, reconocimiento del aumento del riesgo de suicidio, planificación del paciente para enfrentarse a los pensamientos de autolesión, recursos comunitarios).
- Remitir al paciente a un especialista de salud mental (psiquiatra o enfermera experimentada en salud mental/psiquiátrica) para la evaluación y el tratamiento de la ideación y conducta suicidas, según sea necesario.
- Proporcionar información sobre los recursos de la comunidad y los programas disponibles.
- Mejorar el acceso a servicios de salud mental.
- Concienciar a la opinión pública de que el suicidio es un problema de salud evitable.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

Conwell, Y. (1997). Management of suicidal behavior in the elderly. *Psychiatric Clinics of North America, 20*(3), 667-683.

Drew, B. L. (2001). Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Archives of Psychiatric Nursing, 15*(3), 99-106.

Hirschfeld, R. M., & Russel, J. M. (1997). Assessment and treatment of suicidal patients. *New England Journal of Medicine, 337*(13), 910-915.

Potter, M. L., & Dawson, A. M. (2001). From safety contract to safety agreement. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 39*(8), 38-45.

Schultz, J. M., & Videbeck, S. D. (1998). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans.* Philadelphia: J. B. Lippincott.

Stuart, G. W. (2005). Self-protective responses and suicidal behavior. In G. W. Stuart, & M. T. Laraia (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed., pp. 364-385). St. Louis: Mosby.

Valente, S. M., & Trainor, D. (1998). Rational suicide among patients who are terminally ill. *AORN, 68*(2), 252-255 257-258, 260-264.

Primeros auxilios 6240

Definición: Proporcionar los cuidados iniciales en casos leves de quemaduras, lesiones, intoxicaciones, mordeduras y picaduras.

Actividades:

- Instruir a otras personas para pedir ayuda, si es necesario.
- Aplicar medidas de precaución para reducir el riesgo de infección cuando se aplican los cuidados.
- Monitorizar los signos vitales, según corresponda.
- Evaluar las características de la herida o quemadura, incluidos el drenaje, color, tamaño y olor.
- Aplicar los cuidados adecuados de la herida o quemadura.
- Aplicar medidas (p. ej., presión, vendaje compresivo, colocación) para reducir o minimizar la hemorragia.
- Aplicar reposo, hielo, compresión y elevación para las lesiones óseas, articulares y musculares de las lesiones.
- Aplicar una férula en la extremidad afectada.
- Limpiar la piel expuesta a hiedra venenosa, roble o zumaque (utilizar agua y jabón o una cantidad abundante de alcohol para friegas) y ortigas (utilizar agua y jabón).
- Irrigar el tejido expuesto a sustancias químicas (salvo lejía o fósforo blanco) con agua.
- Extraer el aguijón y el saco de veneno de insectos o los tentáculos de animales marinos insertados tras una picadura, raspando con un objeto duro sobre la zona (p. ej., uña, tarjeta de crédito o peine).
- Extraer las garrapatas de la piel con unas pinzas o con una herramienta específica para ello.
- Administrar medicación (p. ej., antibióticos profilácticos, vacunas, antihistamínicos, antiinflamatorios y analgésicos), según corresponda.
- Aliviar el prurito (administrar medicación, aplicar loción de calamina o crema de bicarbonato sódico, e indicar al paciente que se bañe con avena coloidal).
- Notificar las mordeduras de animales a las autoridades pertinentes (p. ej., policía o agencia de control de animales).
- Proporcionar instrucciones para los cuidados de seguimiento adecuados.
- Instruir al paciente sobre los cuidados de la lesión.
- Coordinar el transporte médico, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

American Academy of Orthopaedic Surgeons. (2005). *First aid, CPR, and AED* (4th ed.) [A. Thygerson, A., & B. Gulli, (Eds.)]., Sudbury, M.A: Jones and Bartlett,

Boy Scouts of America. (2009). *The Boy Scout handbook* (12th ed.). Irving, TX: Author.

Pfeiffer, R. P., Thygerson, A., & Palmieri, N. F. (2009). *Sports first aid and injury prevention* [B. Gulli & E. W. Ossman, Medical Eds.]. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito

Protección contra las infecciones 65

Definición: Prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo.

Actividades:

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Revisar los antecedentes de viajes internacionales y globales.
- Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria.
- Seguir las precauciones propias en pacientes con neutropenia, si es el caso.
- Limitar el número de visitas, según corresponda.
- Evitar el contacto estrecho entre las mascotas y los huéspedes inmunodeprimidos.
- Analizar todas las visitas por si padecen enfermedades transmisibles.
- Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.
- Aplicar técnicas de aislamiento, si es preciso.
- 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/herida quirúrgica.
- Obtener muestras para cultivo, si es necesario.
- Fomentar una ingesta nutricional suficiente.
- Fomentar la ingesta adecuada de líquidos.
- Fomentar el descanso.
- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar.
- Fomentar un aumento de la movilidad y la realización de ejercicio, según corresponda.
- Fomentar la respiración y tos profunda, si está indicado.
- Administrar un agente de inmunización adecuado.
- Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.
- Utilizar los antibióticos con sensatez.
- No administrar un tratamiento con antibióticos para las infecciones virales.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de las diferencias entre infecciones virales y bacterianas.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanita
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
- Eliminar las frutas frescas, verduras y pimienta de la dieta pacientes con neutropenia.
- Retirar las flores y plantas naturales de la habitación del pacien según corresponda.
- Proporcionar una habitación privada, si es necesario.
- Garantizar la seguridad del agua mediante hipercloració hipercalentamiento.
- Notificar la sospecha de infecciones al personal de control infecciones.
- Notificar los resultados de cultivos positivos al personal de c trol de infecciones.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Cookson, B., Mathai, E., Allegranzi, B., Pessoa-Silva, C., Nejad. S., Schnei A., Tschopp, C., Wendt, C., & Pittet, D. (2009). Comparison of natio and subnational guidelines for hand hygiene. *Journal of Hospital Infect* *72*(3), 202-210.

Gammon, J., Morgan-Samuel, H., & Gould, D. (2008). A review of the evide for suboptimal compliance of healthcare practitioners to standard/unive infection control precautions. *Journal of Clinical Nursing, 17*(2), 157-1

Gardam, M. A., Lemieux, C., Reason, P., van Dijk, M., & Goel, V. (20 Healthcare-associated infections as patient safety indicators. *Healthc Papers, 9*(3), 8-24.

Gould, I. M. (2009). Controversies in infection: Infection control or anti-bi stewardship to control healthcare-acquired infection? *Journal of Hosp Infection, 73*(4), 386-391.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Asepsis. In *Fundamen of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed, pp. 628-668). Up Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Loveless, T. J. (2008). Infection protection. In *Evidence-based nursing c guidelines medical-surgical interventions* (pp. 472-477). St. Louis: Mo Elsevier.

P

Protección de los derechos del paciente 74

Definición: Protección de los derechos sanitarios de un paciente, sobre todo si es menor, discapacitado o incapacitad legalmente y no puede tomar decisiones.

Actividades:

- Proporcionar al paciente la «Carta de derechos del paciente».
- Disponer un ambiente que conduzca a conversaciones privadas entre paciente, familia y profesionales sanitarios.
- Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, evacuación y aseo personal.
- Determinar si en el formulario de directrices avanzadas constan los deseos del paciente respecto a la asistencia sanitaria (p. ej., testamento vital y poder notarial para la asistencia sanitaria).
- Respetar los derechos del paciente para recibir el tratamiento adecuado del dolor para los estados agudo, crónico y terminal.
- Determinar quién está facultado legalmente para dar el consentimiento para el tratamiento o prueba.
- Colaborar con el médico y la administración hospitalaria p cumplir con los deseos del paciente y de la familia.
- Abstenerse de forzar el tratamiento.
- Tomar nota de la preferencia religiosa.
- Conocer la situación legal del testamento vital.
- Cumplir con los deseos del paciente expresados en un testame vital o en un poder notarial para la asistencia sanitaria, seg corresponda.
- Cumplir con las órdenes escritas de «no reanimar».
- Ayudar a la persona agonizante con los asuntos no finalizad
- Indicar en la historia clínica cualquier hecho observable indique la capacidad mental del testador para realizar un t tamento.

- Intervenir en situaciones que impliquen cuidados inseguros o inadecuados.
- Conocer las normativas legales de notificación obligatoria.
- Limitar la visión de la historia clínica del paciente a los cuidadores inmediatos.
- Mantener la confidencialidad de información sanitaria del paciente.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

American Hospital Association. (2001). *Ethical conduct for health care institutions*. Chicago, IL: Author.

American Hospital Association. (2003). *The patient care partnership: Understanding expectations, rights, and responsibilities*. Chicago, IL: Author.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed., pp. 4-6). St. Louis: Mosby.

Ryan, B. (2004). Legally speaking. *Advance directives: Your role. RN, 67*(5), 59-62.

Timby, B. K., & Smith, N. E. (2007). Legal and ethical issues. In *Introductory medical-surgical nursing* (9th ed., pp. 34-47). Philadelphia: Lippincott Williams, Wilkins.

Weiler, K., & Moorhead, S. (1999). Patient rights protection. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 624-636). Philadelphia: W.B. Saunders.

Protección de riesgos ambientales 8880

Definición: Prevención y detección de enfermedades y lesiones en poblaciones de riesgo por causa de peligros ambientales.

Actividades:

- Valorar los riesgos posibles y reales del medio ambiente.
- Analizar el nivel de riesgo asociado con el entorno (p. ej., forma de vida, trabajo, atmósfera, agua, alojamiento, comida, residuos, radiación y violencia).
- Informar a las poblaciones de riesgo acerca de los peligros ambientales.
- Controlar los incidentes de enfermedades y lesiones relacionadas con peligros ambientales.
- Mantenerse al día de la información asociada con estándares ambientales específicos.
- Avisar a las instituciones autorizadas para proteger el ambiente de peligros conocidos.
- Colaborar con otras instituciones para mejorar la seguridad ambiental.
- Recomendar los diseños ambientales más seguros, sistemas de protección y el uso de dispositivos protectores.
- Apoyar programas para revelar peligros ambientales.
- Someter a las poblaciones de riesgo a un cribado en busca de signos de exposición a peligros ambientales.
- Participar en la recogida de datos relacionados con la incidencia y la prevalencia de la exposición a peligros ambientales.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Humphrey, C. J., & Milone-Nuzzo, P. (1996). *Orientation to home care nursing*. Gaithersburg, MD: Aspen.

Klainberg, M., Holzemer, S., Leonard, M., & Arnold, J. (1998). *Community health nursing: An alliance for health*. New York: McGraw-Hill.

Kuss, T., Proulx-Girouard, L., Lovitt, S., Katz, C. B., & Kennelly, P. (1997). A public health nursing model. *Public Health Nursing, 14*(2), 81-91.

Nester, R. M. (1996). Occupational safety and health administration: Building partnerships. *AAOHN Journal, 44*(10), 493-499.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (Eds.). (1996). *Community health nursing: Promoting health of aggregates, families and individuals* (4th ed.). St. Louis: Mosby.

Stevens, P. E., & Hall, J. M. (1997). Environmental health. In J. M. Swanson, & M. Albrecht (Eds.), *Community health nursing: Promoting the health of aggregates* (pp. 567-596). Philadelphia: W. B. Saunders.

Pruebas diagnósticas en el punto de atención 7610

Definición: Realización de pruebas de laboratorio en el lugar de atención al paciente.

Actividades:

- Obtener la formación o indicaciones adecuadas antes de realizar la prueba.
- Participar en pruebas de ceguera del color, según sea necesario para una prueba específica y según lo requiera la institución.
- Participar en programas de pruebas de aptitud según lo requiera la institución.
- Seguir los procedimientos institucionales para la recogida y conservación de muestras, según corresponda.
- Etiquetar las muestras inmediatamente para evitar que se mezclen, según corresponda.
- Recoger la muestra apropiada para la prueba que se está realizando.
- Realizar análisis de las muestras recogidas de manera oportuna.
- Tomar precauciones universales al manipular las muestras para las pruebas.
- Almacenar los reactivos de acuerdo a los requisitos del fabricante o como se indica en el manual de procedimientos de la institución.
- Comprobar la fecha de caducidad de cualquier reactivo, incluidas las tiras reactivas y el contenido de los kits comerciales, para evitar el uso de reactivos caducados.
- Seguir las instrucciones del fabricante y los procedimientos institucionales para la calibración de los instrumentos.
- Registrar la calibración del instrumento según sea necesario.
- Realizar comprobaciones de control de calidad de acuerdo con las recomendaciones del fabricante o como se indica en el procedimiento de la institución.

- Documentar los controles de calidad según sea necesario.
- Realizar la prueba de acuerdo con las instrucciones del fabricante o según lo establecido en el procedimiento institucional.
- Asegurarse de que las pruebas que requieran tiempos concretos se realicen de forma programada con precisión.
- Registrar los resultados de las pruebas, de acuerdo con el procedimiento institucional.
- Verificar los resultados de las analíticas realizadas en el punto de atención con un laboratorio central cuando se vaya a tomar una decisión clínica crítica.
- Informar al médico sobre resultados anormales o críticos, según corresponda.
- Realizar la limpieza y el mantenimiento de los instrumentos de acuerdo con las pautas del fabricante o como se indica en el procedimiento institucional.
- Documentar la limpieza y el mantenimiento según sea necesario.
- Establecer un equipo multidisciplinar que incluya al personal de laboratorio apropiado para supervisar los recursos (p. ej., equipo, espacio disponible, documentación) y la formación del personal, según sea necesario.
- Establecer equipos de trabajo para supervisar las operaciones cotidianas, incluida la formación, pruebas de aptitud, control de calidad, gestión de las existencias, necesidades informáticas y la conectividad a internet, así como la seguridad, según sea necesario.
- Informar de los resultados de la prueba al paciente, según corresponda.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Academy of Medical Laboratory Science, Association of Clinical Biochemists in Ireland, Irish Medicines Board & RCPI Faculty of Pathology. (2007). *Guidelines for safe and effective management and use of point of care testing.* Obtenido de http://www.rcpi.ie/content/docs/000001/370_5_media.pdf.

Dunning, M., & Fischbach, F. (2010). *Nurse's quick reference to common laboratory and diagnostic tests* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkin.

Robertson-Malt, S. (2008). Nursing role in point of care testing. *The Journal of Near-Patient Testing and Technology, 7*(4), 246-247.

Punción intravenosa (i.v.) 4190

Definición: Inserción de una aguja hueca en una vena periférica para administrar líquidos, sangre o fármacos.

Actividades:

- Verificar la orden del tratamiento i.v.
- Instruir al paciente acerca del procedimiento.
- Utilizar una técnica aséptica estricta.
- Identificar si el paciente es alérgico a algún medicamento, al yodo o al esparadrapo.
- Identificar si el paciente tiene problemas de coagulación o está tomando algún fármaco que pudiera afectar a la coagulación.
- Proporcionar apoyo emocional, si es preciso.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Solicitar a los progenitores que cojan y consuelen al niño, según el caso.
- Verificar que el paciente tenga una postura cómoda.
- Solicitar al paciente que permanezca inmóvil durante la venopunción.
- Quitar toda la ropa de la extremidad que se va a puncionar.
- Seleccionar una vena apropiada para la venopunción, teniendo en cuenta las preferencias del paciente, las experiencias previas con las punciones i.v. y cuál es la mano no dominante.
- Tener en cuenta los factores de la evaluación al explorar las venas para la inserción de la cánula (p. ej., edad del paciente, finalidad del catéter, calibre del catéter, material de la cánula, proximidad de la cánula a las articulaciones, estado de la extremidad, estado del paciente, habilidad del profesional).
- En pacientes con fisuras o derivaciones arteriovenosas, o con afecciones que contraindiquen la canulación (p. ej., linfedema, mastectomía, linfadenectomía, radioterapia), comenzar la punción intravenosa en el otro brazo.
- Elegir el tipo adecuado de aguja en función del propósito y la duración prevista de uso.
- Elegir una aguja del calibre 18 para la administración de sangre en adultos, si es posible.
- Aplicar compresas calientes para aumentar el flujo de sangre con el fin de visualizar las venas (p. ej., paños secos calientes), si es necesario.
- Aplicar analgesia tópica, si está indicado, según el protocolo del centro.
- Respetar los requerimientos de tiempo para que haga efecto la analgesia (algunos analgésicos tópicos requieren 2 horas para hacer efecto).
- Aplicar un torniquete 10-12 cm por encima del sitio de punción previsto, de forma adecuada.
- Aplicar una presión suficiente con el torniquete para impedir la circulación venosa, pero no el flujo arterial.
- Ordenar al paciente que mantenga la extremidad inferior por debajo del nivel del corazón para permitir el máximo flujo sanguíneo al lugar seleccionado.
- Masajear el brazo del paciente desde el extremo proximal al distal, si es preciso.
- Golpear suavemente con los dedos la zona de la punción después de aplicar el torniquete, si es preciso.
- Pedir al paciente que abra y cierre el puño varias veces.
- Limpiar la zona con una solución adecuada, según el protocolo del centro.
- Administrar lidocaína al 1-2% en el sitio de inserción, según el protocolo del centro.
- Insertar la aguja según las instrucciones del fabricante, usando solo agujas dotadas de medidas de prevención de lesiones por instrumentos punzantes.
- Determinar la correcta colocación mediante la observación de la sangre en la cámara o en el sistema.
- Retirar el torniquete lo antes posible.
- Fijar la aguja con esparadrapo en el sitio firmemente.
- Conectar la aguja al sistema i.v., o irrigar y conectar a un sistema de cierre relleno con suero salino, según sea apropiado y siguiendo el protocolo del centro.
- Aplicar un apósito transparente pequeño en el sitio de inserción i.v.
- Etiquetar el apósito del sitio i.v. con la fecha, calibre e iniciales, según el protocolo del centro.

Aplicar una tablilla para apoyar el brazo teniendo cuidado de no comprometer la circulación, si se precisa.
Mantener precauciones universales.

ª edición 1992; revisada en 2013

ibliografía:

rman, A., Snyder, S., Kozier, B., & Erb, G. (2008). Fluid, electrolyte, and acid-base balance. In *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice* (8th ed, pp. 1423-1483). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

nergency Nurses Association. (2011). *Position statement. Percutaneous sharps/needlestick injuries. Des.* Plaines, IL: Author.

Fink, R. M., Hjort, E., Wenger, B., Cook, P. F., Cunningham, M., Orf, A., Pare, W., & Zwink, J. (2009). The impact of dry versus moist heat on peripheral IV catheter insertion in a hematology-oncology outpatient population. *Oncology Nursing Forum, 36*(4), E198-E204.

Ingram, P., & Lavery, I. (2007). Peripheral intravenous cannulation: Safe insertion and removal technique. *Nursing Standard, 22*(1), 44-48.

Kuensting, L. L., DeBoer, S., Holleran, R., Shultz, B. L., Steinmann, R. A., & Venella, J. (2009). Difficult venous access in children: Taking control. *Journal of Emergency Nursing, 35*(5), 419-424.

Valdovinos, N., Reddin, C., Bernard, C., Shafer, B., & Tanabe, P. (2009). The use of topical anesthesia during intravenous catheter insertion in adults: A comparison of pain scores using LMX-4 versus placebo. *Journal of Emergency Nursing, 35*(4), 299-304.

P

Reanimación 6320

Definición: Administración de medidas de urgencia para mantener la vida.

Actividades:

- Evaluar la falta de respuesta del paciente para determinar la acción apropiada.
- Pedir ayuda si la respiración es nula o ausente y no hay respuesta.
- Dar el aviso de parada cardiorrespiratoria según los protocolos del centro.
- Obtener el desfibrilador externo automático (DEA).
- Conectar el DEA y llevar a cabo las acciones especificadas.
- Garantizar una desfibrilación rápida, si procede.
- Realizar una reanimación cardiopulmonar (RCP) centrada en las compresiones torácicas en los adultos y en las compresiones con esfuerzos respiratorios en los niños, según corresponda.
- Iniciar 30 compresiones torácicas con una frecuencia y profundidad especificadas, permitiendo una recuperación completa del tórax entre las compresiones, minimizando las interrupciones en las compresiones y evitando una ventilación excesiva.
- Asegurarse de que la vía aérea del paciente está abierta.
- Proporcionar dos respiraciones de reanimación tras haber completado las primeras 30 compresiones torácicas.
- Minimizar el intervalo entre la interrupción de las compresiones torácicas y la aplicación de la descarga, si está indicado.
- Adaptar las acciones de reanimación a la causa más probable de la parada (p. ej., parada cardíaca o respiratoria).
- Monitorizar la calidad de la RCP que se aplica.
- Monitorizar la respuesta del paciente a los esfuerzos de reanimación.
- Utilizar la maniobra de inclinación de la cabeza o de pulsión mandibular para mantener una vía aérea.
- Limpiar las secreciones bucales, nasales y traqueales cuando sea posible y sin interferir con las compresiones torácicas.
- Administrar ventilación manual cuando sea posible y sin interferir con las compresiones torácicas, según corresponda.
- Pedir asistencia médica.
- Conectar al paciente a un monitor de electrocardiograma (ECG), si se precisa, cuando se haya completado la desfibrilación.
- Canalizar una vía i.v. y administrar líquidos i.v., según se indique.
- Comprobar que el equipo electrónico funciona correctamente.
- Proporcionar un equipo de reserva.
- Proporcionar las medicaciones adecuadas.
- Conectar un monitor cardíaco o de apnea.
- Realizar un electrocardiograma.
- Interpretar el ECG y aplicar cardioversión o desfibrilación si se precisa.
- Evaluar los cambios del dolor torácico.
- Ayudar con la inserción del tubo endotraqueal (ET), según esté indicado.
- Evaluar los sonidos respiratorios después de la intubación para garantizar que el tubo ET está en una posición adecuada.
- Ayudar a realizar el examen radiográfico después de la intubación.
- Garantizar la organización de los cuidados después de la parada cardíaca (p. ej., traslado adecuado a la unidad de cuidados apropiada).
- Ofrecer a los familiares la posibilidad de estar presentes durante la reanimación, cuando esto sea por el bien del paciente.
- Apoyar a los familiares que estén presentes durante la reanimación (p. ej., garantizar un entorno seguro, ofrecer explicaciones y comentarios, permitir una comunicación adecuada con el paciente, evaluar continuamente las necesidades, proporcionar oportunidades para reflexionar sobre los esfuerzos de reanimación después del episodio).
- Proporcionar oportunidades para que los miembros del equipo participen en sesiones informativas de equipo o para reflexionar sobre los esfuerzos de reanimación después del episodio.
- Documentar la secuencia de acontecimientos.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Boucher, M. (2010). Family-witnessed resuscitation. *Emergency Nurse, 18*(5), 10-14.

Carlson, K. (Ed.). (2009). *Advanced critical care nursing*. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Field, J., Hazinski, M., Sayre, M., Chameides, L., Schexnayder, S., Hemphill, R., …, & Hoek, T. (2010). Part 1: Executive summary: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation, 122*(18 Suppl. 3), S640-S656.

Hazinski, M. F. (Ed.). (2010). *Highlights of the 2010 American Heart Association guidelines for CPR and ECC*. Dallas, TX: American Heart Association.

Urden, L., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2010). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (6th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.

Wiegand, D. (Ed.). (2011). *AACN procedure manual for critical care* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Reanimación: feto 6972

Definición: Adopción de medidas de urgencia para mejorar la perfusión placentaria o corregir el estado acidobásico del feto.

Actividades:

- Monitorizar los signos vitales por medio de palpación, auscultación o de un monitor electrónico fetal, según corresponda.
- Observar anomalías en la frecuencia cardíaca (inestable) fetal, (p. ej., taquicardia, falta de reactividad, desaceleraciones variables, desaceleraciones tardías, desaceleraciones prolongadas, aumento de variabilidad a largo y/o corto plazo y patrón sinusoidal).
- Explicar a la madre y a la persona de apoyo las medidas necesarias para mejorar la oxigenación fetal.
- Disponer las precauciones universales.
- Suspender la oxitocina para disminuir la actividad uterina.
- Volver a colocar a la madre en posición lateral izquierda o en posición de manos y rodillas.
- Volver a evaluar la frecuencia cardíaca fetal.

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

Aplicar oxígeno entre 10 y 15 l/min si la posición no resulta eficaz en la corrección del patrón inestable (anormal) de la frecuencia cardíaca fetal.
Canalizar una vía i.v., según corresponda.
Administrar un bolo i.v. de 1 l de suero expansor de volumen.
Vigilar los signos vitales maternos.
Administrar un vasopresor intravenoso si la presión arterial está baja.
Realizar una exploración vaginal con estimulación del cuero cabelludo fetal.
Informar a la matrona o al médico acerca de los resultados de las medidas de reanimación.
Anotar la interpretación de la tira de registro, las actividades realizadas, los resultados fetales y la respuesta materna.
Aplicar monitores internos una vez que se han roto las membranas amnióticas para obtener más información acerca de la respuesta de la frecuencia cardíaca fetal a la actividad uterina.
Utilizar un electrodo de cuero cabelludo fetal si la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal no es óptima.
Tranquilizar y calmar a la madre y a la persona de apoyo.
Administrar la medicación tocolítica prescrita para disminuir las contracciones.
Realizar amnioinfusión para desaceleraciones variables anormales (p. ej., no tranquilizadoras) en la frecuencia cardíaca fetal o líquido amniótico teñido de meconio.

- Girar a la paciente a la posición de decúbito lateral izquierdo para empujar durante la segunda etapa del trabajo de parto para mejorar la perfusión placentaria.
- Inducir la disminución de los esfuerzos de pujos para ver si hay signos de frecuencia cardíaca fetal anormal (inestable) con el fin de permitir restablecer la perfusión placentaria.
- Consultar con el obstetra para obtener muestras de sangre fetal, según corresponda.
- Anticiparse a las necesidades del tipo de parto o de soporte del recién nacido, en función de las respuestas fetales a las técnicas de reanimación.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Kither, H., & Monaghan, S. (2013). Intrauterine fetal resuscitation. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine, 14*(7), 287-290.

Macones, G. (2015). Management of intrapartum category I, II, and III fetal heart rate tracings. In V. A. Barss [Ed.], *UpToDate*. Obtenido de http://www.uptodate.com/contents/management-of-intrapartum-category-i-ii-and-iii-fetal-heart-rate-tracings.

Velayudhareddy, S., & Kirankumar, H. (2010). Management of foetal asphyxia by intrauterine foetal resuscitation. *Indian Journal of Anaesthesia, 54*(5), 394-399.

Reanimación: neonato 6974

Definición: Adopción de medidas de urgencia como soporte de la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.

Actividades:

Preparar el equipo de reanimación antes del nacimiento.
Probar la bolsa de reanimación, aspiración y flujo de oxígeno para asegurar un funcionamiento correcto.
Colocar al recién nacido bajo el calentador radiante.
Insertar un laringoscopio para visualizar la tráquea y succionar el líquido teñido de meconio, si procede.
Intubar con un tubo endotraqueal para extraer el meconio de la vía aérea inferior, si es el caso.
Volver a intubar y aspirar hasta que el retorno esté libre de meconio.
Utilizar aspiración mecánica para extraer el meconio de las vías aéreas inferiores.
Secar con una manta precalentada para extraer el líquido amniótico, disminuir la pérdida de calor y proporcionar estimulación.
Colocar al recién nacido en decúbito supino, con el cuello ligeramente extendido para abrir la vía aérea.
Abrir la vía respiratoria extendiendo ligeramente el cuello, colocándolo en una posición «olfativa».
Aspirar las secreciones de la nariz y de la boca con una jeringa pera.
Proporcionar estimulación táctil frotando la planta de los pies o acariciando la espalda del bebé.
Monitorizar las respiraciones.
Monitorizar la frecuencia cardíaca.
Monitorizar la saturación de oxígeno colocando un pulsioxímetro en la muñeca derecha.
Iniciar la ventilación con presión positiva para apnea, jadeo o frecuencia cardíaca inferior a 100 latidos por minuto.

- Ajustar el caudalímetro de oxígeno al 21% de 5 a 8 l para llenar la bolsa de reanimación y valorar en función de la saturación de oxígeno, según sea necesario.
- Ajustar la bolsa para que se llene correctamente.
- Conseguir un ajuste hermético con una máscara que cubra la barbilla, la boca y la nariz.
- Ventilar a una frecuencia de 40-60 respiraciones por minuto utilizando presiones de 20-40 cm de agua para las respiraciones iniciales y de 15-20 cm de agua para las presiones siguientes.
- Auscultar para asegurar una ventilación adecuada.
- Comprobar la frecuencia cardíaca después de 15-30 segundos de ventilación.
- Ejercer compresión torácica si la frecuencia cardíaca es menor de 60 latidos por minuto o mayor de 80 latidos por minuto pero no aumenta.
- Comprimir el esternón 1,5-2 cm en una relación de 3:1 para conseguir 90 compresiones y 30 respiraciones por minuto.
- Comprobar la frecuencia cardíaca después de 30 segundos de compresiones.
- Continuar con las compresiones hasta que la frecuencia cardíaca sea > 80 latidos por minuto.
- Continuar con las ventilaciones hasta que comiencen las respiraciones espontáneas adecuadas y el color sea rosado.
- Insertar un tubo endotraqueal si se prolonga la ventilación o si la respuesta a la ventilación con bolsa y mascarilla es escasa.
- Auscultar los sonidos respiratorios bilaterales para confirmar la colocación del tubo endotraqueal.
- Observar si se eleva el tórax sin distensión gástrica para comprobar la colocación.

- Fijar el tubo endotraqueal a la cara con esparadrapo.
- Insertar una sonda orogástrica si la ventilación se administra durante más de 2 minutos.
- Preparar los medicamentos (antagonistas de los narcóticos, adrenalina, expansores de volumen y bicarbonato sódico), si es necesario.
- Administrar medicamentos según las órdenes médicas.
- Registrar el tiempo, la secuencia y las respuestas del recién nacido a todos los pasos de la reanimación.
- Informar a los padres de las actividades realizadas.
- Ayudar con la transferencia o transporte del recién nacido, según corresponda.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). *Guidelines for perinatal care* (7th ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

American Heart Association & American Academy of Pediatrics. (2011). *Textbook of neonatal resuscitation* (6th ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

Recogida de datos forenses 7940

Definición: Recogida y registro de los datos correspondientes del paciente para un informe forense.

Actividades:

- Establecer una comunicación con el paciente o allegados, según corresponda.
- Establecer una relación de trabajo colaboradora con los demás examinadores.
- Completar todas las partes de la exploración incluidas las normales.
- Registrar las omisiones en la exploración, incluida la justificación de la omisión.
- Aportar solo hechos (p. ej., qué se exploró, qué era normal [negativos pertinentes], qué era anormal) que se vieron en el momento de la exploración.
- Describir las lesiones físicas por tamaño, color, tipo de lesión, localización (añadir la profundidad y la trayectoria si está indicado).
- Medir en centímetros e incrementos de centímetros, incluidas las dimensiones perpendiculares mayores de las heridas irregulares.
- Describir las heridas simplemente y con los colores básicos siempre que sea posible (p. ej., rojo, azul, morado, granate).
- Determinar la localización de las heridas en dos dimensiones (longitud y posición desde la línea media) con el cuerpo dividido en línea media anterior y posterior, describiéndola en términos de lo lejos que está a la derecha o izquierda de la línea media.
- Medir sistemáticamente desde el centro de la lesión que se está describiendo.
- Registrar todas las contusiones inmediatamente, ya que las marcas desaparecerán y se perderán como pruebas.
- Registrar la direccionalidad en las abrasiones por acumulación de células cutáneas en el lado opuesto a la fuerza.
- Diferenciar las laceraciones de heridas incisas y heridas punzantes.
- Anotar el orden de las heridas y por qué se sabe que es la primera, segunda, etc., si es posible.
- Evitar largas listas de probables instrumentos lesivos (implica incertidumbre e incompetencia en la exploración).
- Determinar la trayectoria de las heridas.
- Describir completamente las heridas por arma de fuego (p. ej., restos de hollín, punteado, anillo de abrasión o ausencia de hollín, etc.).
- Describir las heridas por arma de fuego como la esfera de un reloj e identificar en el informe dónde se sitúan las 12:00 en el cuerpo.
- Describir cualquier hematoma o pigmentación circundante a las heridas por arma de fuego, incluida cualquier marca de boca de cañón.
- Utilizar diagramas y fotografías del cuerpo para completar el informe escrito.
- Seguir las normas sobre la información que debe añadirse a cada diagrama del cuerpo (p. ej., número del caso, nombre de la víctima, fecha y hora de la exploración, hora de finalización, nombres y números de identificación de los presentes durante la exploración).
- Dibujar todas las características de identificación (p. ej., cicatrices, tatuajes, esmalte de uñas, perforaciones corporales, lesiones cutáneas).
- Dibujar las cicatrices según su orientación en el cuerpo.
- Tomar fotos de las lesiones igual que en una escena del crimen (p. ej., víctima como parte de la escena de un crimen, número del caso en cada fotografía), asegurándose de que el número del caso no tapa ni oculta las lesiones.
- Obtener fotografías iniciales como fotografías de cuerpo entero antes de limpiar las heridas.
- Obtener el siguiente grupo de fotografías a media distancia y más cerca con identificadores o referencias (p. ej., el pezón en una herida torácica).
- Obtener las últimas fotografías en primer plano (la lesión ocupa casi todo el fotograma con un pequeño número de identificación) antes y después de limpiarlas.
- Asegurarse de que se obtienen dos fotografías con un puntero (una con puntero y otra sin él), asegurando que el puntero no cubre ninguna parte de la foto.
- Asegurarse de que las fotografías de las lesiones se toman perpendiculares a la superficie de la piel para evitar la distorsión.
- Asegurarse de que las fotografías incluyen una escala de medir para la perspectiva.
- Asegurarse de que se añaden escalas en color a las fotografías de lesiones coloreadas para evitar la distorsión de los colores.
- Lavar las áreas lesionadas y secarlas con papel secante antes de realizar las fotografías para evitar el brillo de la humedad y asegurar el uso por el tribunal.
- Describir la ropa (p. ej., marca, talla), las joyas y los objetos personales.
- Registrar dónde se encontraron los elementos (p. ej., un reloj dorado en la muñeca izquierda).
- Registrar la información pertinente relacionada con los elementos (p. ej., herida de bala con hollín en la camisa).
- Asegurarse de que se fotografían todos los elementos.
- Hacer un diagrama de todas las intervenciones médicas (p. ej., parches de ECG, tubos endotraqueales, vías i.v., sondas de Foley).

R

- Recoger y empaquetar todas las muestras en bolsas de papel claramente identificadas.
- Anotar la fecha, hora, tipo y método de recogida de todas las muestras.
- Utilizar el protocolo correcto de la cadena de custodia de pruebas para todas las muestras.
- Registrar la información o los eventos adicionales que se desplegarán más tarde como apéndice.
- Describir todas las respuestas a la información o eventos adicionales que se presentarán más tarde (p. ej., exploración por agresión sexual realizada 24 horas después de haber presentado la prueba indicando que se produjo una agresión sexual).
- Planificar las visitas de seguimiento diarias con las víctimas para documentar el desarrollo de los patrones de lesión, si es posible.
- Preparar los informes según los requisitos de las pruebas legales estatales (p. ej., fecha completa, hora en modo 24 horas, tinta negra, sin líquido corrector, páginas numeradas, incluidos todos los diagramas y hojas de trabajo, todas las páginas rubricadas, sin páginas en blanco).
- Seguir el protocolo del examinador médico u hospitalario para guardar los informes originales; si es autónomo, guardar los propios originales.
- Proporcionar una hoja de registro donde se anotan todos los contactos sobre el expediente del caso.
- Elaborar un informe titulado «informe modificado» para cualquier informe que tenga que reescribirse o corregirse por un error, incluyendo la fecha y hora del nuevo informe, por qué se hizo, la descripción del error en el informe original y la corrección.
- Obtener información de otros examinadores (p. ej., examinador médico, médico de urgencias, enfermera de urgencias) cuando no pueda obtener información por sí mismo (p. ej., trayectoria de la herida, profundidad de la herida).
- Documentar la información, el informante y su cargo, la fecha y la hora de la recogida de datos, al obtener la información de otros examinadores.
- Proporcionar un asesoramiento y cuidados de seguimiento adecuados a las víctimas y a las familias, si está indicado.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Burgess, A. W., Brown, K., Bell, K., Ledray, L. E., & Poarch, J. C. (2005). Sexual abuse of older adults: Assessing for signs of a serious crime and reporting it. *American Journal of Nursing, 105*(10), 66-71.

Calianno, C., & Martin-Boyan, A. (2006). When is it appropriate to photograph a patient's wound? *Advances in Skin & Wound Care, 19*(6), 304-307.

Cohen, S. S. (2003). *Trauma nursing secrets.* Philadelphia, PA: Hanley & Belfus.

Hoyt, C. A. (2006). Integrating forensic science into nursing processes in the ICU. *Critical Care Nursing Quarterly, 29*(3), 259-270.

Lynch, V. A. (2006). *Forensic nursing.* St. Louis: Mosby.

Recogida de datos para la investigación 8120

Definición: Recogida de datos de investigación.

Actividades:

- Cumplir los procedimientos del International Review Board (IRB) del lugar de recogida de datos.
- Informar al investigador de las normas institucionales para realizar la investigación, si es necesario.
- Cumplimentar el formulario de consentimiento, según corresponda.
- Explicar el propósito de la investigación durante la recopilación de los datos, según corresponda.
- Informar al paciente acerca de las obligaciones que forman parte del estudio (ensayos, análisis de laboratorio y medicamentos).
- Aplicar el protocolo de estudio, según se haya especificado y acordado.
- Vigilar la respuesta del paciente al protocolo de investigación.
- Reunir los datos acordados que se van a utilizar en el estudio.
- Proporcionar un espacio privado para realizar las entrevistas y/o la recopilación de datos, si es necesario.
- Ayudar al paciente a cumplimentar los cuestionarios del estudio u otras herramientas de recogida de datos, si lo solicita.
- Realizar las actividades según la rutina mientras se está bajo la observación de estudio.
- Comentar con el investigador cualquier gratificación a pacientes o centros por su participación.
- Obtener el resumen de los resultados del estudio para el personal participante y sujetos de estudio interesados.
- Comunicarse regularmente con el investigador acerca del progreso de la recopilación de datos, según corresponda.
- Registrar los hallazgos de los datos claramente en los formularios suministrados.
- Controlar la cantidad de pacientes y personal que participan en los estudios de investigación.

2.ª edición 1996; revisada en 2000

Bibliografía:

American Nurses Association. (1985). *Human rights guidelines for nurses in clinical and other research.* Kansas City, MO: Author.

Bliesmer, M., & Earle, P. (1993). Research considerations: Nursing home quality perceptions. *Journal of Gerontological Nursing, 19*(6), 27-34.

Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Reestructuración cognitiva 4700

Definición: Estimular al paciente para que modifique los patrones de pensamiento distorsionados y para que se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.

Actividades:

- Ayudar al paciente a que acepte el hecho de que las afirmaciones personales median en la excitación emocional.
- Ayudar al paciente a comprender que la imposibilidad de conseguir conductas deseables con frecuencia es el resultado de afirmaciones personales irracionales.
- 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 la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) que está sintiendo.
- 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.
- Realizar afirmaciones/preguntas sobre la percepción/conducta del paciente, según corresponda.
- Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación.
- Ayudar al paciente a identificar el sistema de creencias que afecta a su estado de salud.
- Utilizar el sistema de creencias habitual del paciente para ver la situación de manera distinta.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2004

Bibliografía:

McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (1981). *Thoughts and feelings: The art of cognitive stress intervention*. Oakland, CA: New Harbenger.

Mohr, W. K. (Ed.). (2006). Neuroscience: Biology and behavior. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric-mental health nursing* (6th ed., pp. 19–35). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.

Scandrett-Hibdon, S. (1992). Cognitive reappraisal. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (2nd ed., pp. 462-471). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Regulación de la temperatura 3900

Definición: Consecución y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del rango normal.

Actividades:

- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda.
- Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice.
- Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.
- Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda.
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- Envolver al bebé inmediatamente después del nacimiento para evitar la pérdida de calor.
- Envolver a los lactantes de bajo peso al nacer en plástico (p. ej., polietileno, poliuretano) justo después de nacer mientras aún están cubiertos por líquido amniótico, si es adecuado y siguiendo el protocolo del centro.
- Poner un gorro de malla para evitar la pérdida de calor del recién nacido.
- Colocar al recién nacido en incubadora o calentador, si es 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.
- Enseñar al paciente a evitar el agotamiento por el calor y los golpes de calor.
- Comentar la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos del exceso de enfriamiento, según corresponda.
- Enseñar al paciente, sobre todo a los ancianos, acciones encaminadas a evitar la hipotermia por exposición al frío.
- Explicar al paciente los signos de agotamiento por calor y el tratamiento de urgencia adecuado, si es el caso.
- Explicar al paciente los signos de hipotermia y el tratamiento de urgencia adecuado, según corresponda.
- Utilizar un colchón de calentamiento, mantas calientes y un ambiente cálido para elevar la temperatura corporal, según corresponda.
- Utilizar un colchón de enfriamiento, mantas de agua circulante, baños tibios, compresas de hielo o aplicación de compresas de gel, así como un cateterismo intravascular de enfriamiento para disminuir la temperatura corporal, según corresponda.
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.
- Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos.
- Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.
- Conservar la normotermia en pacientes recién fallecidos que sean donantes de órganos mediante el incremento de la temperatura del aire ambiente, el uso de lámparas de infrarrojos de calentamiento, aire caliente o mantas de agua, o mediante la instilación de líquidos i.v. calentados, según sea apropiado.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Bassin, S. L., Bleck, T. P., & Nathan, B. D. (2008). Intravascular temperature control system to maintain normothermia in organ donors. *Neurocritical Care, 8*(1), 31-35.

Knobel, R., & Holditch-Davis, D. (2010). Thermoregulation and health loss prevention after birth and during neonatal intensive-care unit stabilization of extremely low-birth weight infants. *Advances in Neonatal Care, 10*(5 Suppl. 5), S7-S14.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentals of nursing* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Thompson, H., Kirkness, C., Mitchell, P., & Webb, D. (2007). Fever management practices of neuroscience nurses: National and regional perspective. *Journal of Neuroscience Nursing, 39*(3), 151-162.

Regulación de la temperatura: perioperatoria 3902

Definición: consecución y/o mantenimiento de la temperatura corporal deseada durante el procedimiento quirúrgico.

Actividades:

- Identificar y analizar el tipo de anestesia previsto para el paciente con el equipo quirúrgico.
- 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).
- Precalentar al paciente con el dispositivo de calentamiento activo (p. ej., el calentamiento mediante aire forzado) durante al menos 15 minutos antes del inicio de la anestesia, según sea apropiado.
- Transportar al paciente utilizando el dispositivo de calentamiento (p. ej., incubadora calentada), según sea apropiado.
- Aplicar y regular el dispositivo de calentamiento activo (p. ej., calentamiento mediante aire forzado).
- Ajustar la temperatura ambiente para minimizar el riesgo de hipotermia (es decir, además de calentamiento mediante aire forzado, cuando haya grandes áreas de superficie expuestas, mantener la temperatura ambiente a 23 °C o más).
- Minimizar la exposición de los pacientes durante la preparación y el procedimiento quirúrgico, cuando sea posible.
- Proporcionar soluciones de irrigación caliente o fría, según el caso.
- Monitorizar la temperatura de soluciones de irrigación.
- Calentar o enfriar los líquidos i.v., según corresponda.
- Proporcionar y regular el calentador de sangre.
- Proporcionar o ayudar a conseguir gases anestésicos calentados y humidificados, según corresponda.
- Proporcionar gases intraperitoneales calentados (p. ej., dióxido de carbono) para la laparoscopia.
- Interrumpir las actividades de calentamiento activo (p. ej., calentamiento mediante aire forzado), cuando sea apropiado.
- Monitorizar los signos vitales, incluida la temperatura corporal central continua.
- Monitorizar los aumentos o disminuciones anormales o no intencionadas de la temperatura corporal.
- Monitorizar los resultados electrocardiográficos.
- Monitorizar el dióxido de carbono espirado (capnografía).
- Monitorizar los resultados de laboratorio (p. ej., gasometría arterial, electrólitos).
- Asegurarse de que el equipo de calentamiento activo y los suministros están en su lugar y en buen estado de funcionamiento.
- Mantener el equipo de emergencia y suministros para la hipertermia maligna, según el protocolo, incluido dantroleno sódico, en las áreas perioperatoria y de perianestesia.
- Iniciar el protocolo de hipertermia maligna, según corresponda.
- Preparar o administrar dantroleno sódico.
- En los cambios de turno, transmitir la información sobre el riesgo del paciente de presentar anomalías de la temperatura (p. ej., riesgo personal o familiar de hipertermia maligna).
- Asegurarse de que la temperatura corporal es adecuada hasta que el paciente está despierto y alerta.

2.ª edición 1996; revisada en 2013

Bibliografía:

Association of periOperative Registered Nurses. (2011). Recommended practices for the prevention of unplanned perioperative hypothermia. In *Perioperative standards and recommended practices for inpatient and ambulatory settings* (pp. 307-320). Denver, CO: Author.

Hooper, V. D., Chard, R., Clifford, T., Fetzer, S., Fossum, S., Godden, B., ..., & Ross, J. (2009). ASPAN's evidence-based clinical practice guideline for the promotion of perioperative normothermia. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 24*(5), 271-287.

Hopkins, P. M. (2011). Malignant hyperthermia: Pharmacology of triggering. *British Journal of Anaesthesia, 107*(1), 48-56.

Malignant Hyperthermia Association. (2010). *Transfer of care guidelines.* Sherburne, NY: Author.

Sessler, D. I. (2008). Temperature monitoring and perioperative thermoregulation. *Anesthesiology, 109*(2), 318-338.

Regulación hemodinámica 4150

Definición: Optimización de la frecuencia, la precarga, la poscarga y la contractilidad cardíacas.

ctividades:

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).

R

- 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.
- Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta indicativos de un compromiso del sistema hemodinámico (p. ej., disnea, disminución de la capacidad de realizar ejercicio, ortopnea, fatiga intensa, mareo, aturdimiento, edema, palpitaciones, disnea paroxística nocturna, ganancia repentina de peso).
- Determinar el estado de volumen (si el paciente presenta hipervolemia, hipovolemia o normovolemia).
- Monitorizar los signos y síntomas de problemas del estado de volumen (p. ej., distensión de las venas del cuello, elevación de la presión de la vena yugular interna, reflujo hepatoyugular positivo, edema, ascitis, crepitantes, disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna).
- Determinar el estado de perfusión (si el paciente está frío, tibio o caliente).
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de problemas del estado de perfusión (p. ej., hipotensión sintomática, frialdad de las extremidades incluidos los brazos y las piernas, aturdimiento o somnolencia constante, elevación de los niveles séricos de creatinina y nitrógeno ureico en sangre, hiponatremia, presión diferencial reducida y presión del pulso proporcional del 25% o menor).
- Auscultar los sonidos pulmonares para ver si hay crepitantes u otros sonidos adventicios.
- Saber que los sonidos pulmonares adventicios no son el único indicador de problemas hemodinámicos.
- Auscultar los ruidos cardíacos.
- Comprobar y registrar la presión arterial, la frecuencia y el ritmo cardíacos, y los pulsos.
- Monitorizar el funcionamiento del marcapasos, si es adecuado.
- Monitorizar la resistencia vascular pulmonar y sistémica, según corresponda.
- Monitorizar el gasto cardíaco o índice cardíaco y el índice de trabajo sistólico ventricular izquierdo, según corresponda.
- Administrar medicamentos inotrópicos/de contractilidad po tivos.
- Administrar medicación antiarrítmica, según corresponda.
- Monitorizar los efectos de la medicación.
- Observar los pulsos periféricos, el relleno capilar y la temperatu y el color de las extremidades.
- Elevar el cabecero de la cama, según corresponda.
- Colocar en posición de Trendelenburg, cuando se precise.
- Observar si hay edema periférico, distensión de la vena yugu y sonidos cardíacos S_3 y S_4, disnea, ganancia de peso, así cor distensión de órganos, sobre todo en los pulmones o el hígad
- Monitorizar la presión capilar pulmonar y la presión de e clavamiento de la arteria pulmonar, así como la presión veno central y la presión de aurícula derecha, si corresponde.
- Monitorizar los niveles de electrólitos.
- Mantener el equilibrio de líquidos administrando líquidos i.v diuréticos, según el caso.
- Administrar fármacos vasodilatadores o vasoconstrictores, si preciso.
- Vigilar las entradas y salidas, la diuresis y el peso del pacien según corresponda.
- Evaluar los efectos de la fluidoterapia.
- Realizar un sondaje vesical, si corresponde.
- Minimizar los factores ambientales estresantes.
- Colaborar con el médico, según corresponda.

1.ª edición 1992: revisada en 2013

Bibliografía:

Albert, N., Trochelman, K., Li, J., & Lin, S. (2010). Signs and symptoms of he failure: Are you asking the right questions? *American Journal of Criti Care, 19*(5), 443-453.

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saund Elsevier.

Blissitt, P. (2006). Hemodynamic monitoring in the care of the critically neuroscience patient. *AACN Advanced Critical Care, 17*(3), 327-340.

Whitlock, A., & MacInnes, J. (2010). Acute heart failure: Patient assessm and management. *British Journal of Cardiac Nursing, 5*(11), 516-525.

R

Reiki 152

Definición: Utilización de una secuencia específica de posiciones de manos y de símbolos para canalizar la fuerza vita universal para recargar, realinear y reequilibrar el campo de energía del ser humano.

Actividades:

- Crear un ambiente tranquilo y cómodo.
- Utilizar los aromas o música suave para crear una atmósfera de sanación.
- Lavarse las manos.
- Preguntar sobre los motivos de consulta, como la presencia de dolor en algunas partes o la existencia de una enfermedad concreta.
- Hacer que el paciente que va a recibir Reiki se siente cómodamente o se tumbe en una camilla de masaje, totalmente vestido y en decúbito supino.
- Limitar cualquier distracción innecesaria.
- Relajar la mente y realizar varias respiraciones profundas para centrarse en uno mismo.
- Recordar que es el Reiki lo que hace el trabajo, no el profesional.
- Comenzar por enviar Reiki desde una distancia de 1 metro, cor un modo suave de comenzar la sesión, si es posible.
- Seguir una serie de posiciones específicas de las manos: sob los ojos, sobre las orejas, una mano en la frente y otra en la pa alta de la cabeza, manos bajo la cabeza, sobre el cuello, parte a del tórax, abdomen superior, abdomen inferior, muslos (de u en uno), rodillas (de una en una), parte inferior de las piern tobillos, pies, plantas de los pies, hacer que el paciente se gir una posición de decúbito prono, hombros, cintura, zona lumb parte posterior de las piernas y parte anterior de las piernas.
- Dibujar o simbolizar los símbolos del Reiki (p. ej., potencia, me tal o emocional, distancia), guiándose por la propia intuición
- Permitir que la intuición guíe los movimientos mediante la c locación de las manos en (o a unos centímetros de) la parte c cuerpo que más requiera la curación.

- Permanecer en cada zona durante 5-15 minutos, o hasta que se perciba que la energía fluye más despacio, o que la intuición diga que es el momento de cambiar la posición de las manos.
- Pedir permiso específico durante la sesión para actuar sobre los órganos sexuales o las partes del cuerpo que se podrían considerar inapropiadas, si está indicado.
- Mover las manos de una en una para mantener el contacto lo máximo posible.
- Observar cuándo el paciente ha experimentado una respuesta de relajación y cualquier cambio relacionado.

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Lee, M. S., Pittler, M. H., & Ernst, E. (2008). Effects of Reiki in clinical practice: A systematic review of randomised clinical trials. *International Journal of Clinical Practice, 62*(6), 947-954.

Lubeck, W., Petter, F. A., & Rand, W. L. (2001). *The spirit of Reiki: The complete handbook of the Reiki system*. Twin Lakes, WI: Lotus Press.

Miles, P., & True, G. (2003). Reiki—Review of a biofield therapy history, theory, practice, and research. *Alternative Therapies in Health and Medicine, 9*(2), 62-72.

Ring, M. E. (2009). Reiki and changes in pattern manifestations. *Nursing Science Quarterly, 22*(3), 250-258.

Shore, A. G. (2004). Long-term effects of energetic healing on symptoms of psychological depression and self-perceived stress. *Alternative Therapies in Health and Medicine, 10*(3), 42-48.

Vitale, A. (2007). An integrative review of Reiki touch therapy research. *Holistic Nursing Practice, 21*(4), 167-179.

Wardell, D. W., & Engebretson, J. (2001). Biological correlates of Reiki touch healing. *Journal of Advanced Nursing, 33*(4), 439-445.

Relajación muscular progresiva 1460

Definición: Facilitar la tensión y relajación de grupos musculares sucesivos mientras se presta atención a las diferencias de sensibilidad resultantes.

Actividades:

- Explicar el propósito y el procedimiento de la técnica al paciente.
- Indicar al paciente que debe llevar prendas cómodas, no restrictivas.
- Observar si hay lesiones ortopédicas de cuello o espalda a las que la hiperextensión de la columna superior añadiría molestias y complicaciones.
- Observar si hay aumento de la presión intracraneal, fragilidad capilar, tendencia a la hemorragia, dificultades cardíacas agudas graves con hipertensión u otros estados en los que la tensión muscular podría agravar la lesión fisiológica, y modificar la técnica, según corresponda.
- Elegir un ambiente tranquilo y cómodo.
- Atenuar la iluminación.
- Tomar precauciones para evitar interrupciones.
- Pedir al paciente que afloje la ropa ajustada.
- Indicar al paciente que se siente en una silla reclinable o que se acueste en una superficie cómoda.
- Instruir al paciente para que asuma una actitud pasiva centrándose en lograr la relajación en músculos específicos del cuerpo y evite enfocarse en cualquier otro pensamiento.
- Indicar al paciente que respire profundamente con el abdomen, aguante unos segundos y luego exhale lentamente.
- Hacer que el paciente repita la respiración profunda varias veces, pidiéndole que imagine la tensión que se libera del cuerpo con cada exhalación.
- Hacer que el paciente tense sistemáticamente, durante 5-10 segundos, cada uno de los 8-16 grupos musculares principales progresivamente desde la cabeza a los dedos de los pies.
- Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos cuando están tensos.
- Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos cuando están relajados.
- Comenzar pidiéndole al paciente que respire profundamente y apriete los músculos de la frente levantando las cejas lo más alto posible durante 5 a 10 segundos y luego libere la tensión, centrándose en la sensación de relajación de los músculos mientras exhala.
- Realizar la comprobación periódica con el paciente para asegurarse de que el grupo de músculos está relajado.
- Hacer que el paciente tense el grupo muscular otra vez, si no se experimenta la relajación.
- Hacer una pausa de 10 segundos antes de pasar al siguiente grupo muscular.
- Observar si hay indicios de ausencia de relajación, como movimientos, respiración dificultosa, hablar y toser.
- Indicar al paciente que respire profundamente y que expulse lentamente el aire y con ello la tensión.
- Desarrollar una «conversación» de relajación personal que ayude al paciente a centrarse y sentirse cómodo.
- Terminar la sesión de relajación de forma gradual.
- Dar tiempo para que el paciente exprese sus sentimientos acerca de la intervención.
- Animar al paciente a que practique entre las sesiones regulares con la enfermera.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Anselmo, J. (2016). Relaxation. In B.M., Dossey, L., Keegan, *Holistic nursing, A., handbook for practice* (7th, ed., pp., 239-268)., Burlington, M.A., Jones, Bartlett,

Freeman, L. (2009). Relaxation therapy. In *Mosby's complementary and alternative medicine: A research-based approach* (3rd ed., pp. 129-157). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Olpin, M., & Hesson, M. (2013). Progressive relaxation. In *Stress management for life: A research-based experiential approach* (3rd ed., pp. 294-303). Belmont, CA: Wadsworth.

Seaward, B. L. (2012). Progressive muscular relaxation. In *Managing stress: Principles and strategies for health and well-being* (7th ed., pp. 477-486). Burlington, MA: Jones & Bartlett.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

R

Reposición de líquidos 41

Definición: Administración rápida de los líquidos intravenosos prescritos.

Actividades:

- Obtener y mantener un acceso i.v. de gran calibre.
- Colaborar con los médicos para asegurar la administración tanto de cristaloides (suero salino fisiológico y Ringer lactato) como coloides (hetalmidón, fracción proteica plasmática), según corresponda.
- Administrar líquidos i.v., según prescripción.
- Obtener muestras de sangre para pruebas cruzadas, según corresponda.
- Administrar hemoderivados, según prescripción.
- Monitorizar la respuesta hemodinámica.
- Monitorizar el estado de oxigenación.
- Observar si hay sobrecarga de líquidos.
- Monitorizar la eliminación de los diversos líquidos corporales (orina, drenaje nasogástrico y tubo torácico).
- Monitorizar los niveles de BUN, creatina, proteínas totale albúmina.
- Monitorizar la presencia de edema pulmonar y la formación un tercer espacio.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nurs Diagnosis and management* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Thompson, J. M., Hirsch, J. E., Tucker, S. M., & McFarland, G. K. (20 *Mosby's clinical nursing* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

Restablecimiento de la salud bucal 17

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

Actividades:

- Monitorizar el estado de la boca del paciente (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, así como otros signos de infección).
- Controlar los cambios del gusto, la deglución, la calidad de la voz y la comodidad.
- Obtener la orden del médico para realizar la higiene oral, si procede.
- Determinar la frecuencia necesaria para el cuidado oral, animando al paciente o a su familia para participar en la programación o ayudar con el cuidado oral, según se precise.
- Indicar al paciente que utilice un cepillo de cerdas suaves o una esponja bucal desechable.
- Instruir al paciente sobre la selección apropiada del uso del hilo dental y de su tipo (es decir, evitar su uso si hay riesgo de hemorragia, uso de hilo dental encerado para evitar el traumatismo tisular).
- Administrar colutorios al paciente (p. ej., solución anestésica, efervescente, suero salino, de recubrimiento, antifúngica o antibacteriana).
- Administrar medicamentos (p. ej., analgésicos, anestésicos, antimicrobianos y antiinflamatorios), si es necesario.
- Retirar las prótesis dentales, aconsejando al paciente que las use solo para las comidas.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, según sea necesario.
- Desaconsejar el hábito de fumar y de mascar tabaco.
- Desaconsejar el consumo de alcohol.
- Instruir al paciente o a su familia del paciente sobre la frecuencia y la calidad de la atención de la salud oral adecuada (p. ej., uso de hilo dental, cepillado, colutorios, nutrición adecuada, uso de agua con fluoruro, suplementos, u otros productos preventivos, así como otras consideraciones basadas en el nivel de desarrollo del paciente y su capacidad de autocuidado).
- Instruir al paciente para evitar productos de higiene oral que contengan glicerina, alcohol u otros agentes desecantes.
- Instruir al paciente para que mantenga los cepillos de diente otros equipos de limpieza limpios.
- Explicar la importancia de una ingesta nutricional adecuada decir, tratar la desnutrición causada por deficiencias de fol zinc, hierro y vitaminas del complejo B; fomentar el consu de los alimentos con alto contenido de proteínas y vitamina
- Aconsejar que se eviten los alimentos picantes, salados, ácid secos, ásperos o duros.
- Indicar al paciente que evite los alimentos que causen reaccio alérgicas (p. ej., café, queso, frutos secos, cítricos, gluten y pa tas), si procede.
- Animar a los pacientes a aumentar la ingesta de agua.
- Indicar al paciente que evite los alimentos y líquidos calien evitando las quemaduras y una mayor irritación.
- Instruir a los pacientes sobre los signos y síntomas de estomat incluyendo cuándo informar al médico.
- Derivar al paciente.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Dietzen, K. K. (2010). Care of patients with oral cavity problems. In D. D. Ig tavicius, & M. L. Workman (Eds.), *Medical-surgical nursing: Patient-cent collaborative care* (6th ed., pp. 1231-1242). St. Louis: Saunders Elsevier

Harris, D. J., Eilers, J., Harriman, A., Cashavelly, B. J., & Maxwell, C. (20 Putting evidence into practice: Evidence-based interventions for the nagement of oral mucositis. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 12* 141-152.

Potting, C., Mistiaen, P., Poot, E., Blijlevens, N., Donnelly, P., & van Achterb T. (2009). A review of quality assessment of the methodology use guidelines and systematic reviews on oral mucositis. *Journal of Clin Nursing, 18*(1), 3-12.

Scardina, G. A., Pisano, T., & Messina, P. (2010). Oral mucositis: Reviev literature. *New York State Dental Journal, 76*(1), 34-38.

Sciubba, J. J. (2007). Oral mucosal diseases in the office setting part I: Aphth stomatitis and herpes simplex infections. *General Dentistry, 55*(4), 347-

R

Restricción de zonas de movimiento 6420

Definición: Uso de la limitación menos restrictiva posible de la movilidad del paciente a una zona determinada para el control de su seguridad o de su comportamiento.

Actividades:

- Establecer que se inicia la medida menos restrictiva posible (si se utilizó un nivel inferior, establecer que se consideró ineficaz antes de pasar al siguiente nivel de restricción).
- Obtener la orden de un médico, si es necesario, por la selección de la medida basada en la política del centro y las normas legales oportunas.
- Identificar, para el paciente y los allegados, los comportamientos que dieron motivo a la intervención.
- Explicar el procedimiento, propósito y duración de la intervención al paciente y los allegados en términos comprensibles y que no impliquen un castigo.
- Identificar, para el paciente y los allegados, los comportamientos adecuados necesarios para terminar la intervención, y repetir si es necesario.
- Restringir a la zona designada que sea adecuada.
- Modular los estímulos sensoriales humanos y ambientales (p. ej., sesiones de visita, vistas, sonidos, luz, temperatura, etc.) en la zona designada, si es necesario.
- Utilizar dispositivos y medidas de protección (p. ej., detectores de movimiento, alarmas, vallas, puertas, barandillas laterales, manoplas, sillas cerradas, puertas con llave, sujeciones).
- Proporcionar un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para controlar al paciente y permitir acciones terapéuticas, si es necesario.
- Administrar medicamentos a demanda (p. ej., ansiolíticos, antipsicóticos, sedantes), según corresponda.
- Observar las respuestas del paciente a los procedimientos.
- Garantizar al paciente sus necesidades físicas y seguridad (p. ej., cardiovascular, respiratoria, neurológica, eliminación y nutrición e integridad de la piel), según corresponda.
- Proporcionar bienestar psicológico y seguridad al paciente.
- Ofrecer actividades estructuradas dentro de la zona designada, según corresponda.
- Ofrecer una retroalimentación inmediata sobre los comportamientos inadecuados que el paciente pueda controlar y que sirva de ayuda cuando sea necesario disponer intervenciones restrictivas continuadas.
- Proporcionar recordatorios orales para su permanencia en la zona designada, si es necesario.
- Ayudar al paciente a modificar el comportamiento inadecuado, cuando sea posible.
- Facilitar un refuerzo positivo de la respuesta adecuada.
- Monitorizar la necesidad de cambios (es decir, medir, continuar o interrumpir un nivel inferior/superior) en la medida restrictiva a intervalos regulares.
- Involucrar al paciente en la decisión de cambiar una medida restrictiva (es decir, medir, continuar o interrumpir un nivel inferior/superior), según corresponda.
- Mantener una sesión informativa (que incluya conductas que llevan a las medidas y preocupaciones del paciente sobre la intervención) con el paciente y el personal una vez finalizada la intervención.
- Documentar (p. ej., justificación de la medida restrictiva, estado físico y psicológico del paciente, cuidados de enfermería proporcionados y la justificación para terminar la intervención) en momentos adecuados de la asistencia según las necesidades de la política del centro y los organismos gubernativos reguladores.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Psychiatric Nurses Association. (2000). *Position statement on the use of seclusion and restraint*. Arlington, VA: Author.

Clark, M. A. (2005). Involuntary admission and the medical inpatient: Judicious use of physical restraint. *Medsurg Nursing, 14*(4), 213-218.

Gillies, J., Moriarty, H., Short, T., Pesnell, P., Fox, C., & Cooney, A. (2005). An innovative model for restraint use at the Philadelphia Veterans Affairs Medical Center. *Nursing Administration Quarterly, 29*(1), 45-56.

Harper-Jaques, S., & Reimer, M. (2005). Management of aggression and violence. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed., pp. 802-822). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

McCloskey, R. M. (2004). Caring for patients with dementia in an acute care environment. *Geriatric Nursing, 25*(3), 139-144.

Park, M., Hsiao-Chen, T. J., & Ledford, L. (2005). *Changing the practice of physical restraint use in acute care*. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center.

Rickelman, B. L. (2006). The client who displays angry, aggressive, or violent behavior. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric mental health nursing* (6th ed., pp. 659-686). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Reunión multidisciplinar sobre cuidados 8020

Definición: Planificación y evaluación de los cuidados del paciente con profesionales sanitarios de otras disciplinas.

Actividades:

- Designar un líder que planifique y programe reuniones regulares y para el cuidado de los pacientes, según sea necesario, en las que participen los principales profesionales de la salud.
- Disponer que los integrantes del equipo se reúnan cara a cara o por videoconferencia.
- Facilitar la comunicación y colaboración entre los miembros del equipo multidisciplinar para asegurar discusiones efectivas y enfocadas que permitan a los miembros del equipo resolver problemas y proveer eficientemente las necesidades del paciente.
- Resumir los datos sobre el estado de salud pertinentes para la planificación de la atención al paciente.
- Identificar los diagnósticos actuales de enfermería.
- Establecer metas de mutuo acuerdo.
- Involucrar a los miembros de la familia del paciente en la planificación de la atención, según corresponda.
- Describir las intervenciones de enfermería que se están implementando.
- Utilizar los protocolos clínicos apropiados y las guías de práctica basadas en la evidencia para planificar las opciones de tratamiento y cuidados.

- Aclarar responsabilidades relacionadas con la puesta en práctica del plan de atención al paciente.
- Solicitar aportes de todos los miembros del equipo multidisciplinar involucrados en la reunión de planificación.
- Describir las respuestas de los pacientes y sus familias a las intervenciones de enfermería.
- Buscar información sobre la efectividad de las intervenciones de enfermería.
- Proporcionar datos para facilitar la evaluación del plan de atención al paciente.
- Discutir el progreso hacia los resultados deseados del paciente.
- Recomendar cambios en el plan de tratamiento, según sea necesario.
- Revisar el plan de cuidados, según sea necesario.
- Revisar los planes de alta.
- Analizar las derivaciones, según corresponda.
- Documentar los planes de tratamiento en las notas de progre interdisciplinares.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Berman, A., & Snyder, S. (2012). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concep process, and practice* (9th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Educatio

Bodenheimer, T. (2008). Coordinating care—a perilous journey through t health care system. *New England Journal of Medicine, 358*(10), 1064-10

Ministry of Health. (2012). *Guidance for implementing high-quality multi ciplinary meetings: Achieving best practice cancer care*. Wellington, N Zealand: Ministry of Health.

Van Houdt, S., De Lepeleire, J., Driessche, K., Thijs, G., & Buntinx, F. (201 Multidisciplinary team meetings about a patient in primary care: An plorative study. *Journal of Primary Care & Community Health, 2*(2), 72-

Revisión del carro de emergencias 76

Definición: Revisión sistemática y mantenimiento del contenido del carro de emergencias según los intervalos de tiemp establecidos.

Actividades:

- Garantizar la facilidad de uso del equipo y los suministros según el diseño adecuado del carro y la localización de los suministros durante su preparación inicial y en todas las comprobaciones.
- Comparar el equipo del carro con la lista del equipamiento establecido.
- Localizar todo el equipo y los suministros designados en el carro.
- Reemplazar los suministros y equipos que falten o estén caducados.
- Asegurarse de que se guardan productos sin látex, cuando sea posible, según el protocolo del centro.
- Asegurarse de que el equipo se encuentre en condiciones operativas mediante una prueba de funcionamiento (es decir, montar el laringoscopio y comprobar que la bombilla funciona), si está indicado.
- Asegurarse de que el desfibrilador sigue conectado y se carga entre cada utilización.
- Comprobar el desfibrilador según el protocolo de la máquina y del centro, incluida una prueba de descarga con baja energía de julios (<200).
- Limpiar el equipo, si es preciso.
- Verificar la fecha de caducidad actual de todos los suministros y fármacos.
- Registrar la comprobación del carro, según las normas del centro.
- Reemplazar equipo, suministros y medicamentos a medida que se actualizan la tecnología y las pautas de actuación.
- Asegurar la salvaguardia de los suministros del carro, del equipo y de la información del paciente según el protocolo del centro y los reglamentos legales.
- Instruir al nuevo personal de enfermería acerca de los proce mientos correctos de comprobación del carro.

2.ª edición 1996; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for cr cal care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsev

American Heart Association. (2005). 2005 American Heart Association g delines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascu care. *Circulation, 112*(24 Suppl. 1), IV-1–IV-211.

American Heart Association. (2005). Electric therapies: Automated exter defibrillators, defibrillation, cardioversion, and pacing. *Circulation, 112* Suppl.), IV-35–IV-46.

Bernstein, M. L. (1998). Latex-safe emergency cart products list. *Journa Emergency Nursing, 24*(1), 58-61.

DeVita, M. A., Schaefer, J., Lutz, J., Dongilli, T., & Wang, H. (2004). Improv medical crisis team performance. *Critical Care Medicine, 32*(2 Supp S61-S65.

McLaughlin, R. C. (2003). Redesigning the crash cart: Usability testing i proves one facility's medication drawers. *American Journal of Nursi 103*(4), Hospital Extra: 64A, 64D, 64G–H.

Misko, L., & Molle, E. (2003). Beyond the classroom: Teaching staff to man cardiac arrest situations. *Journal for Nurses in Staff Development, 19* 292-296.

Shanaberger, C. J. (1988). Equipment failure is often human failure. *Journa Emergency Medical Services, 13*(1), 124-125.

Wiegand, D., & Carlson, K. (Eds.). (2005). *AACN procedure manual for crit care* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

R

Seguimiento de la política sanitaria

7970

Definición: Vigilancia e influencia de reglamentaciones, leyes y normas gubernamentales y de organismos reguladores que afecten a los sistemas y a la práctica de enfermería para garantizar la calidad de los cuidados de los pacientes.

Actividades:

- Analizar las políticas y normas propuestas en la bibliografía de organizaciones, profesionales y el gobierno y en los medios de comunicación.
- Revisar 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 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.
- Informar a quienes realizan la política acerca de las implicaciones de las políticas y normas actuales y propuestas para el bienestar del paciente.
- Presionar a quienes realizan la política para que consigan cambios en la política y las normas sanitarias en beneficio de los pacientes.
- Presentar comentarios por escrito sobre las reglas y acciones pendientes relacionadas con los cambios en la política de salud.
- Participar en foros de organizaciones, profesionales y públicos para influir en la formulación de políticas y normas sanitarias que beneficien al paciente.
- Apoyar y participar en los esfuerzos de organizaciones de enfermería, como la ANA, para responder e influir en la política nacional de salud.
- 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.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: The National Academies Press.

Mason, D. J., Leavitt, J. K., & Chaffee, M. W. (2007). *Policy and politics in nursing and health care* (5th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2012). *Public health nursing* (8th ed.). Maryland Heights, MO: Elsevier Mosby.

Seguimiento telefónico

8190

Definición: Usar la vía telefónica para dar los resultados de una prueba o evaluar la respuesta del paciente y determinar posibles problemas como resultado del tratamiento, exploración o prueba previa.

Actividades:

- Determinar que realmente se está hablando con el paciente o, si se trata de otra persona, que se tiene permiso para darle la información.
- Identificarse con nombre, credenciales, organización; hacer saber al oyente que se está grabando la conversación (p. ej., para control de calidad).
- Informar al paciente del proceso de la llamada y obtener su consentimiento.
- Notificar al paciente los resultados de las pruebas, según esté indicado (los resultados positivos con implicaciones importantes en la salud, como, por ejemplo, resultados de biopsias, no debería darlos la enfermera por teléfono).
- Utilizar servicios intermediarios, como servicios de transmisión de lenguaje, teléfono con transmisión de texto/telecomunicaciones para personas sordas), o tecnologías nuevas de telecomunicación, como redes de ordenadores o pantallas, según sea conveniente.
- Ayudar con el reabastecimiento de prescripciones, de acuerdo con las normas establecidas.
- Hacer y responder preguntas.
- Proporcionar información acerca de los recursos de la comunidad, programas educativos, grupos de apoyo y de autoayuda, según esté indicado.
- Establecer una fecha y una hora para el seguimiento o una cita a otro servicio.
- Proporcionar información acerca del régimen del tratamiento y de las responsabilidades resultantes de los autocuidados, de acuerdo con el ámbito de práctica y las normas establecidas, según sea necesario.
- Mantener la confidencialidad.
- No dejar mensajes de seguimiento en contestadores automáticos o en buzones de voz, para asegurar la confidencialidad.
- Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información administrada al paciente de acuerdo con las normas especificadas.
- Determinar cómo puede localizarse al paciente o a algún miembro de la familia para devolver la llamada, según convenga.
- Documentar el permiso para devolver la llamada y las personas que la pueden recibir.

3.ª edición 2000

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

Bibliografía:

American Academy of Ambulatory Care Nursing. (1997). *Telephone nursing practice administration and practice standards*. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti.

American Academy of Ambulatory Care Nursing & American Nurses Association. (1997). *Nursing in ambulatory care: The future is here*. Washington, DC: American Nurses.

Anderson, K., Qiu, Y., Whittaker, A. R., & Lucas, M. (2001). Breath sounds, asthma, and the mobile phone. *Lancet, 358*(9290), 1343-1344.

Hagan, L., Morin, D., & Lepine, R. (2000). Evaluation of telenursing outcc Satisfaction, self-care practices, and cost savings. *Public Health Nu 17*(4), 305-313.

Larson-Dahn, M. L. (2001). Tel-eNurse practice: Quality of care and pa outcomes. *Journal of Nursing Administration, 31*(3), 145-152.

Pidd, H., McGrory, K. J., & Payne, S. R. (2000). Telephone follow-up urological surgery. *Professional Nurse, 15*(7), 449-451.

Weaver, L. A., & Doran, K. A. (2001). Telephone follow-up after cardiac gery: Facilitating the transition from hospital to home. *American Jo of Nursing, 101*(5), 24OO 24QQ, 24SS–24UU..

Sondaje nasogástrico 1

Definición: Inserción de una sonda a través de la nariz en el tracto gastrointestinal.

Actividades:

- Verificar que el paciente no tenga contraindicaciones para la inserción nasal (p. ej., fractura en la base del cráneo; trauma facial, nasal o de los senos nasales; varices o estenosis esofágicas, o anormalidades en la coagulación).
- Seleccionar el tipo y el tamaño de la sonda a insertar (es decir, las sondas de pequeño diámetro se utilizan para alimentar y administrar medicamentos, mientras que las sondas de gran diámetro se emplean para el drenaje gástrico; algunas tienen sistemas de guía electromagnética).
- Explicar al paciente y a su familia las razones para usar una sonda nasogástrica.
- Colocar al paciente en posición de decúbito supino con la cabecera de la cama elevada al menos 30 grados, a menos que esté contraindicado.
- Determinar la longitud del sondaje a insertar en el estómago midiendo el largo de la sonda desde la punta de la nariz hasta el lóbulo de la oreja y hasta el final del apéndice xifoides.
- Añadir longitud adicional si la sonda va a pasar a través del esfínter pilórico.
- Proporcionar al paciente un vaso de agua para tragar durante la inserción, según corresponda.
- Lubricar el extremo distal de la sonda con agua o gel soluble en agua.
- Insertar la sonda por el orificio nasal y continuar por la base de la fosa nasal hasta la faringe posterior.
- Indicar al paciente que trague y haga que la sonda avance hasta la marca predeterminada.
- Colocar al paciente del lado derecho para facilitar el movimiento de la sonda hacia el duodeno, si es apropiado.
- Administrar medicamentos para aumentar el peristaltis según corresponda.
- Colocar algún protector de piel en la nariz y en las zonas rostro donde se fijará la sonda.
- Pegar la sonda con cinta adhesiva firmemente a la nariz para no presione contra la piel de la narina.
- Registrar la profundidad de la sonda.
- Etiquetar la sonda con la fecha y hora de colocación.
- Realizar una radiografía para confirmar la colocación de la sc en el tracto gastrointestinal.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Baskin, W. N. (2006). Acute complications associated with bedside placer of feeding tubes. *Nutrition in Clinical Practice, 21*(1), 40-55.

Durai, R., Venkatraman, R., & Ng, P. (2009). Nasogastric tubes: Insertio chnique and confirming the correct position. *Nursing Times, 105*(16), 1

Ecklund, M. (2011). Small-bore feeding tube insertion and care. In D. Wie (Ed.), *AACN procedure manual for critical care* (6th ed., pp. 1206-1 St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Klingman, L. (2013). Bowel elimination. In P. Potter, A. Perry, P. Stocke A. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (8th ed., pp. 1087-1126). St. L MO: Elsevier Mosby.

Roberts, S., Echeverria, P., & Gabriel, S. (2007). Devices and technique bedside enteral feeding tube placement. *Nutrition in Clinical Pra 22*(4), 412-420.

S

Sondaje vesical 0

Definición: Inserción de una sonda en la vejiga para el drenaje temporal o permanente de la orina.

Actividades:

- Explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje.
- Reunir el equipo adecuado.
- Garantizar la intimidad y la cobertura adecuada del paciente con paños para preservar su pudor (es decir, exponer solo los genitales).
- Emplear una iluminación adecuada para la visualización correcta de la anatomía.
- Prerrellenar (inflar) el balón de la sonda para comproba permeabilidad y tamaño.
- Mantener una técnica aséptica estricta.
- Mantener una higiene correcta de las manos antes, durar después de la inserción o manipulación de la sonda.
- Colocar al paciente de forma adecuada (p. ej., mujeres en d bito supino con las piernas separadas o en decúbito lateral

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.
- Insertar una sonda recta o con balón de retención, según corresponda.
- Utilizar la sonda del calibre más pequeño posible.
- Confirmar que la sonda se inserte lo suficiente en la vejiga, para evitar el traumatismo de los tejidos uretrales al inflar el balón.
- Rellenar el balón de la sonda en el caso de que sea de tipo permanente, respetando las recomendaciones en cuanto a la edad y el tamaño corporal del paciente (p. ej., 10 cm^3 en adultos y 5 cm^3 en niños).
- Conectar el catéter urinario a la bolsa de drenaje de pie de cama o a la bolsa de pierna.
- Fijar el catéter a la piel, según corresponda.
- Colocar la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga urinaria.
- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado y no obstruido.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Realizar o enseñar al paciente el sondaje intermitente limpio, cuando corresponda.
- Realizar el sondaje del residuo posmiccional, si es necesario.
- Documentar los cuidados, incluidos el tamaño, tipo y cantidad de relleno del balón.
- Asegurarse de que la sonda se retira en cuanto esté indicado según la afección del paciente.
- Enseñar al paciente y a la familia los cuidados apropiados de la sonda.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Foxley, S. (2011). Indwelling urinary catheters: accurate monitoring of urine output. *British Journal of Nursing, 20*(9), 564-569.

Herter, R., & Kazer, M. (2010). Best practices in urinary catheter care. *Home Healthcare Nurse, 28*(6), 342-349.

Hung, A., Giesbrecht, N., Pelingon, P., & Bissonnette, R. (2010). Sterile water versus antiseptic agents as a cleansing agent during periurethral catheterizations. *NENA Outlook, 33*(2), 18-21.

Nazarko, L. (2010). Effective evidence-based catheter management: an update. *British Journal of Nursing, 19*(15), 948-953.

Newman, D. K., & Willson, M. M. (2011). Review of intermittent catheterization and current best practices. *Urologic Nursing, 31*(1), 28 48.

Pellatt, G. C. (2007). Urinary elimination: Part 2—Retention, incontinence and catheterization. *British Journal of Nursing, 16*(8), 480-482 484-485.

Pomfret, I. (2007). Urinary catheterization: selection and clinical management. *British Journal of Community Nursing, 12*(8), 348 350, 352-354..

Wilson, M. C. (2008). Clean intermittent catheterization and self-catheterization. *British Journal of Nursing, 17*(18), 1140-1146.

Sondaje vesical: intermitente 0582

Definición: Uso periódico con regularidad de una sonda para vaciar la vejiga.

Actividades:

- Realizar una valoración urinaria exhaustiva, centrándose en las causas de la incontinencia (p. ej., diuresis, patrón de eliminación urinaria, función cognitiva y problemas urinarios anteriores).
- Enseñar al paciente/familia el propósito, suministros, método y fundamento del sondaje intermitente.
- Enseñar al paciente/familia la técnica limpia de sondaje intermitente.
- Monitorizar la técnica del personal que realiza el sondaje intermitente en situaciones de cuidados de día/escolares y documentarlo, según las normativas oficiales.
- Determinar la disponibilidad y voluntad del niño a realizar el sondaje intermitente.
- Enseñar al personal designado a vigilar y apoyar al niño que realiza el sondaje por sí mismo en la escuela.
- Proporcionar una habitación privada tranquila para el procedimiento.
- Habilitar una zona privada en la escuela para que el niño guarde los suministros del sondaje en una mochila escolar u otra maleta de transporte que sea aceptable para él.
- Controlar periódicamente la realización del sondaje por parte del niño y dar instrucciones y apoyo continuos, si es necesario.
- Enseñar el procedimiento y que la persona haga una demostración, según corresponda.
- Montar el equipo de sondaje correspondiente.
- Utilizar una técnica limpia o estéril para el sondaje.
- Determinar el programa de sondaje según una evaluación urinaria exhaustiva.
- Programar la frecuencia del sondaje para mantener una producción de 300 ml o menos en los adultos.
- Administrar al paciente un tratamiento antibacteriano profiláctico durante 2-3 semanas al inicio del sondaje intermitente, según corresponda.
- Realizar un análisis de orina cada 2-4 semanas.
- Establecer un programa de sondaje basado en las necesidades individuales.
- Llevar un registro del programa de sondaje, ingesta de líquidos y diuresis.
- Explicar al paciente/familia los signos y síntomas de infección del tracto urinario.
- Monitorizar el color, olor y claridad de la orina.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2000

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 1063-1100). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 1255-1290). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Smigielski, P. A., & Mapel, J. R. (1990). Bowel and bladder maintenance. In M. J. Craft, & J. A. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants and children* (pp. 355-377). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Specht, J. P., Maas, M. L., Willett, S., & Myers, N. (1992). Intermittent catheterization. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (2nd ed., pp. 61-72). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Succión no nutritiva 69

Definición: Proporcionar oportunidades de succión al lactante.

Actividades:

- Seleccionar un chupete blando o un sustituto del chupete que cumpla con las normas requeridas para evitar la obstrucción de las vías aéreas.
- Utilizar un chupete que haya sido lavado o esterilizado diariamente, en un solo paciente, y que no haya estado en contacto con superficies contaminadas.
- Utilizar el chupete blando más grande que el bebé pueda tolerar sobre su lengua.
- Colocar al bebé de tal forma que la lengua caiga sobre la base de la boca.
- Colocar el pulgar y el índice bajo la mandíbula del bebé para favorecer el reflejo de succión, si fuera necesario.
- Mover la lengua del bebé rítmicamente con el chupete, para fomentar la succión, si fuera necesario.
- Acariciar suavemente la mejilla del bebé para estimular el reflejo de succión.
- Proporcionar el chupete para fomentar la succión durante la alimentación por sonda y durante 5 minutos después de la misma.
- Proporcionar el chupete para fomentar la succión al menos cada 4 horas para los lactantes que reciban sobrealimentación a largo plazo.
- Utilizar el chupete después de la alimentación si el lactante muestra necesidad continua de mamar.
- Mecer y coger al lactante mientras succiona el chupete, cuan sea posible.
- Poner música suave y adecuada.
- Colocar al lactante de manera que se evite que pierda el chupe
- Informar a los progenitores de la importancia de satisfacer necesidades de succión.
- Animar a la madre lactante a que permita la succión no nutrit de la mama después de finalizar la toma.
- Informar a los progenitores de las alternativas a la succión pezón (pulgar, dedo del progenitor, chupete).
- Instruir a los progenitores acerca del uso de la succión no nutriti

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Hill, A. S., Kurkowski, T. B., & Garcia, J. (2000). Oral support measures u in feeding the preterm infant. *Nursing Research, 49*(1), 2-10.

Pickler, R. H. (2001). Nonnutritive sucking. In M. Craft-Rosenberg, & Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants, children, and families* (139-150). Thousand Oaks, CA: Sage.

Standley, J. M. (2000). The effect of contingent music to increase nonnutrit sucking of premature infants. *Pediatric Nursing, 26*(5), 493-495 498-49

Sujeción física 65

Definición: Aplicación, control y retirada de dispositivos de sujeción mecánica o manual utilizados para limitar la movilida física del paciente.

Actividades:

- 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 sujeción física.
- Asignar el personal suficiente para ayudar en la aplicación segura de los dispositivos de sujeción 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 sujeción física.
- Utilizar una sujeción adecuada cuando se sujete manualmente al paciente en situaciones de emergencia o durante el transporte.
- Explicar al paciente y a los seres queridos las conductas que necesitan intervención.
- Explicar el procedimiento, propósito y duración de la intervención al paciente y a los seres queridos en términos comprensibles y no punitivos.
- Explicar al paciente y a los seres queridos las conductas necesarias para el cese de la intervención.
- Vigilar la respuesta del paciente al procedimiento.
- Evitar atar las sujeciones a las barandillas de la cama.
- Fijar las sujeciones fuera del alcance del paciente.
- Proporcionar un nivel adecuado de supervisión para monitori al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesari
- Proporcionar bienestar psicológico al paciente.
- Ofrecer actividades recreativas (televisión, lecturas al pacier visitas, teléfonos móviles) para facilitar la cooperación del ciente con la intervención, cuando corresponda.
- Administrar medicamentos a demanda para la ansiedad o a tación.
- Comprobar el estado de la piel en los sitios de sujeción.
- Vigilar frecuentemente el color, temperatura y sensibilidad las extremidades sujetadas.
- Proporcionar movimiento y ejercicio, de acuerdo con el nivel autocontrol, estado y capacidad del paciente.
- Colocar al paciente en una posición que facilite la comodida que evite la aspiración y erosiones en la piel.
- Permitir el movimiento de las extremidades en pacientes c múltiples sujeciones, rotando la retirada y reaplicación de u sujeción cada vez (según lo permita la seguridad).
- Ayudar con los cambios periódicos de posición corporal.
- Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de a da (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador no esté preser
- Ayudar con las necesidades relacionadas con la nutrición, e cuación, hidratación e higiene personal.

S

- Evaluar, a intervalos regulares, la necesidad del paciente de continuar con la intervención restrictiva.
- Implicar al paciente en actividades que mejoren su fuerza, coordinación, juicio y orientación.
- Implicar al paciente en la toma de decisiones para pasar a una forma menos restrictiva de intervención, cuando corresponda.
- Retirar gradualmente las sujeciones (una cada vez si las sujeciones son en cuatro puntos), a medida que aumente el autocontrol.
- Vigilar la respuesta del paciente a la retirada de la sujeción.
- Estudiar con el paciente y el personal las circunstancias que condujeron a la aplicación de la intervención cuando cese la intervención restrictiva, así como cualquier preocupación del paciente sobre la propia intervención.
- Aplicar el siguiente nivel adecuado de acción restrictiva (restricción de área o aislamiento), si es necesario.
- Poner en práctica alternativas a la sujeción, como sentarse en una silla geriátrica o vigilancia estrecha, según corresponda.
- Explicar a la familia los riesgos y beneficios de la sujeción y de la disminución de la misma.
- Documentar la justificación para usar la intervención de sujeción, la respuesta del paciente a la intervención, el estado físico del paciente, los cuidados de enfermería proporcionados durante la intervención y las razones de su cese.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

American Nurses Association. (2012). *Position statement: Reduction of patient restraints and seclusion in health care settings*. Obtenido de http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Ethics-Position-Statements/Reduction-of-Patient-Restraint-and-Seclusion-in-Health-Care-Settings.pdf.

Bradas, C., Sandhu, S., & Mion, L. (2012). Physical restraints and side rails in acute and critical care settings. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer, & D. Zwicker (Eds.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (4th ed., pp. 229-245). New York, NY: Springer.

The Joint Commission. (2010). *The comprehensive accreditation manual for hospitals: The official handbook*. Oakbrook, IL: Joint Commission Resources.

Townsend, M. C. (2014). *Essentials of psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (6th ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis.

Supervisión del personal 7830

Definición: Facilitar la provisión de cuidados de alta calidad al paciente por parte de otras personas.

Actividades:

- Crear un ambiente de trabajo que valide la importancia de cada empleado para la organización.
- Reconocer las áreas de dominio técnico del empleado.
- Cerciorarse de que los miembros del personal presten atención dentro de los límites de su práctica profesional permitida.
- Asegurarse de que los miembros del personal tengan la habilitación actualizada, según corresponda.
- Seleccionar un estilo de gestión adecuado a la situación de trabajo y a las características del empleado.
- Fomentar la comunicación franca.
- Determinar las oportunidades de participación en la toma de decisiones.
- Proporcionar una descripción del trabajo a todos los empleados nuevos.
- Proporcionar expectativas claras para la realización del trabajo.
- Compartir los métodos de evaluación utilizados con el empleado.
- Transmitir al equipo un sentido de propósito para el grupo de trabajo.
- Establecer objetivos para el personal, según proceda.
- Considerar el crecimiento del empleado en la asignación de tareas.
- Compartir información acerca de la organización y los planes futuros.
- Escuchar las inquietudes y sugerencias de los empleados.
- Proporcionar retroalimentación acerca de la realización del trabajo a intervalos regulares.
- Proporcionar dirección y ánimo.
- Reforzar el buen rendimiento.
- Facilitar a los empleados oportunidades para ser «ganadores».
- Reconocer las conductas que apoyen los objetivos de la organización.
- Mantener una actitud de confianza en los demás.
- Buscar el consejo de los empleados, cuando corresponda.
- Utilizar redes informales para conseguir los objetivos.
- Proporcionar desafíos y oportunidades de crecimiento del empleado.
- Controlar la calidad de la realización de la tarea.
- Observar la calidad de las relaciones de los empleados con otros cuidadores sanitarios.
- Tener en cuenta las diferencias generacionales al asignar y evaluar el trabajo.
- Documentar los puntos fuertes y débiles del empleado.
- Buscar información sobre las inquietudes del empleado en cuanto al cuidado del paciente y al ambiente de trabajo.
- Buscar retroalimentación del paciente acerca de los cuidados proporcionados.
- Animar al personal a resolver sus propios problemas.
- Iniciar acciones disciplinarias, según corresponda, siguiendo las normas y procedimientos.
- Asesorar al empleado acerca de la forma de mejorar su rendimiento, cuando resulte oportuno.
- Establecer espacios de tiempo para los cambios de conducta, según corresponda.
- Proporcionar formación continuada para mejorar su rendimiento, si es necesario.
- Cumplimentar los formularios de evaluación a intervalos de tiempo adecuados.
- Comentar los resultados de la evaluación en privado.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Blanchard, K., Zigarmi, P., & Zigarmi, D. (2013). *Leadership and the one minute manager: Increasing effectiveness through situational leadership II*. New York, NY: Harper Collins.

Gillen, P., & Graffin, S. (2010). Nursing delegation in the United Kingdom. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 15*(2), Manuscript 6..

McCready, V. (2011). Generational issues in supervision and administration. *The ASHA Leader, 16*, 12-15 doi:10.1044/leader.FTRI.;1; 16052011.12.

Yoder-Wise, P. (2011). *Leading and managing in nursing* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Supresión de la lactancia 687

Definición: Facilitar el cese de producción de leche y minimizar la congestión mamaria.

Actividades:

- Explicar las opciones para la extracción de la leche (p. ej., con la mano, dispositivo manual y bombeo eléctrico).
- Instruir a la paciente para que se extraiga suficiente leche con la mano, con un dispositivo manual o con bombeo eléctrico para reducir la presión mamaria, pero no tanta que se vacíe la mama.
- Ayudar a la paciente a conseguir un extractor de leche de buena calidad para su uso.
- Ayudar a la paciente a determinar la pauta (p. ej., frecuencia y duración) de extracción de leche basándose en factores individuales (p. ej., tiempo transcurrido desde el parto, frecuencia de vaciado mamario y cantidad de leche que se produce en la actualidad).
- Monitorizar la congestión mamaria y las molestias o dolor que se le asocian.
- Explicar a la paciente las medidas para reducir las molestias o el dolor (p. ej., aplicación de compresas de hielo o de hojas frías de col sobre las mamas, analgésicos).
- Administrar el fármaco para el cese de la lactación, si procede.
- Animar a la paciente a que lleve un sujetador de soporte, bien ajustado, hasta que se suprima la lactancia.
- Proporcionar orientación anticipatoria sobre los cambios fisiol gicos (contracciones uterinas y presencia de una escasa cantid de leche tras la supresión de la lactancia).
- Comentar los sentimientos, preocupaciones o problemas q pueda tener la paciente respecto a la interrupción de la lactanc

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Moore, D. B., & Catlin, A. (2003). Pediatric ethics, issues, & commenta Lactation suppression: Forgotten aspect of care for the mother of a dyi child. *Pediatric Nursing, 29*(5), 383-384.

Oladapo, O. T., & Fawole, B. (2009). Treatments for suppression of lactati *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009*(1.), doi: 10.1002/146518 CD005937.pub2.

Pillitteri, A. (2007). Nutritional needs of a newborn. In *Maternal, child hea nursing. Care of the childbearing, childrearing family* (5th, ed., 722-74 Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Riordan, J. (2005). *Breastfeeding and human lactation* (3rd ed.). Sudbury, M Jones and Bartlett.

Walker, M. (2006). *Breastfeeding management for the clinician: Using evidence.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Supresión de las contracciones de parto 68

Definición: Control de las contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación.

Actividades:

- Revisar los antecedentes de factores de riesgo comúnmente relacionados con el parto prematuro (p. ej., antecedentes familiares o personales de parto o aborto prematuro; gestación multifetal; anomalías cervicales uterinas; cambio cervical precoz; irritabilidad uterina; infección, incluida la enfermedad periodontal; intervalo entre embarazos corto; partos inducidos; antecedentes de hemorragia vaginal en el primer o segundo trimestre; resultados positivos de fibronectina fetal; peso corporal extremo antes del embarazo).
- Determinar la edad fetal en función de la fecha de la última regla, ecografías precoces, medición de la altura fúndica, fecha de inicio de movimientos del feto y fecha de tonos cardíacos fetales audibles.
- Preguntar acerca de la aparición y duración de los síntomas de trabajo de parto prematuros.
- Preguntar sobre las actividades precedentes a la aparición de los síntomas de trabajo de parto prematuros.
- Determinar el estado de las membranas amnióticas.
- Obtener una muestra para cultivos de orina y cuello uterino.
- Registrar la actividad uterina mediante palpación, así como por medio de monitorización fetal electrónica.
- Obtener el peso materno basal.
- Colocar a la madre en posición lateral para mejorar la perfusión de la placenta.
- Iniciar la hidratación oral o intravenosa.
- Determinar las contraindicaciones del uso de tocolíticos (corioamnionitis, preeclampsia, hemorragia, fallecimiento del feto o crecimiento intrauterino retardado grave).
- Iniciar la administración de tocolíticos subcutáneos o i.v., seg orden del médico o protocolo, si la hidratación no disminuy la actividad uterina.
- Vigilar los signos vitales maternos, frecuencia cardíaca fe y actividad uterina cada 15 minutos durante el inicio de tocólisis i.v.
- Observar si se producen efectos secundarios de la terapia c tocolíticos, incluida la pérdida de reflejos tendinosos profun y depresión respiratoria si se administra sulfato de magnesio
- Enseñar a la paciente y a la familia los efectos secundarios colíticos normales (temblores, cefalea, palpitaciones, ansied náuseas, vómitos, rubefacción y calor).
- Disponer intervenciones para disminuir las molestias de efectos secundarios normales (terapia de relajación, disminuc de la ansiedad y tacto terapéutico).
- Enseñar a la paciente y a la familia los efectos secundarios colíticos anormales (dolor torácico, disnea, taquicardia o c tracciones recurrentes) para que informen al médico.
- Obtener un ECG basal, según corresponda.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Realizar auscultación pulmonar.
- Administrar tratamiento con corticosteroides, si está indicad se prescribe para acelerar la madurez de los pulmones fetale
- Determinar el conocimiento del paciente y de la familia ace del desarrollo fetal y el nacimiento prematuro, así como la r tivación para prolongar el embarazo.
- Implicar a la paciente y a la familia en la planificación de cuidados en casa.

S

- Comenzar la enseñanza de los cuidados domiciliarios para el alta, incluyendo los regímenes de medicación, restricción de actividades, dieta e hidratación, abstinencia sexual y formas de evitar el estreñimiento.
- Enseñar técnicas de palpación de las contracciones.
- Proporcionar material escrito de educación al paciente para la familia.
- Establecer visitas para ayudar a la familia con los cuidados en casa del bebé, mantenimiento del hogar y actividades recreativas, según corresponda.
- Comentar los signos del trabajo de parto prematuro recurrente y reforzar la necesidad de buscar cuidados de inmediato si los síntomas reaparecen y continúan durante 1 hora.
- Proporcionar instrucciones escritas para el alta, incluyendo indicaciones explícitas para buscar cuidados médicos.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Chabra, S. (2014). Clearing the confusion about completed weeks of gestation. *JOGNN-Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 43*(3), 269.

Ladewig, P., London, M., & Davidson, M. (2014). *Contemporary maternal-newborn nursing care* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Mattson, S., & Smith, J. (Eds.). (2011). *Core curriculum for maternal-newborn nursing* (4th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Simham, H., & Caritas, S. (2014). Inhibition of acute preterm labor. In V.A., Barss, (Ed.), *UpToDate*. Obtenido de http://www.uptodate.com/contents/inhibition-of-acute-preterm-labor?source.

Sutura 3620

Definición: Aproximación de los bordes de una herida mediante material de sutura estéril y una aguja.

Actividades:

- Identificar las alergias a anestésicos, material de sutura, tiras de aproximación, esparadrapo y povidona yodada u otras soluciones tópicas.
- Determinar los antecedentes de formación de queloides, según corresponda.
- Remitir las heridas profundas, faciales, articulares o potencialmente infectadas a un médico.
- Inmovilizar al niño asustado o al adulto confundido, según proceda.
- Rasurar el vello de las inmediaciones de la herida, usando la técnica apropiada.
- Limpiar la piel circundante con jabón y agua u otra solución antiséptica suave.
- Utilizar una técnica estéril para el procedimiento de sutura.
- Administrar un anestésico tópico o inyectable en la zona, según corresponda.
- Dar tiempo suficiente para que el anestésico haga efecto en la zona.
- Seleccionar un material de sutura y aguja del calibre adecuado.
- Determinar el método de sutura (continua o interrumpida) más adecuado para la herida.
- Colocar la aguja de forma que entre y salga en perpendicular a la superficie de la piel.
- Introducir la aguja siguiendo la línea o curva de la misma aguja.
- Tensar la sutura lo suficiente como para que no se frunza la piel.
- Fijar la línea de sutura con nudos cuadrados.
- Aplicar tiras de aproximación para mejorar el cierre de la herida (p. ej., colocarlas perpendiculares a la línea de incisión, colocarlas a través de los extremos de las suturas para evitar el deslizamiento o la tracción excesiva), según corresponda.
- Limpiar la zona suturada antes de aplicar un antiséptico o vendaje.
- Aplicar el vendaje, según corresponda.
- Enseñar al paciente a cuidar la línea de sutura o las tiras de aproximación, incluidos los signos y síntomas de infección.
- Explicar al paciente cuándo deben quitarse las suturas o las tiras de aproximación.
- Retirar las suturas en el plazo de 1 a 2 semanas después de su colocación, dependiendo de la localización anatómica (en la cara retirar en 5 a 7 días, en el cuello en 7 días, en el cuero cabelludo en 10 días, en el tronco y las extremidades superiores en 10 a 14 días, y en las extremidades inferiores en 14 a 21 días), según se indique.
- Usar la técnica apropiada para retirar las suturas (p. ej., levantarlas suavemente con pinzas, cortarlas, agarrarlas tirando del nudo hacia la línea de sutura).
- Programar la visita posterior, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Dockery, G.D. (2008). Scar prevention: Proper surgical technique, suturing, and dressing can help minimize postoperative skin complications. *Podiatry Management*, 27(5), 153-154, 156, 158, 160-162.(Excerpted from Dockery, G.L., & Crawford, M.E., Eds., Lower extremity soft tissue & cutaneous plastic surgery, Chapter 26: Scars, 2006, New York, NY: Saunders, Elsevier).

Mackay-Wiggan, J., & Elston, D.M. (2014). *Suturing techniques*. Obtenido de http://emedicine.medscape.com/article/1824895-overview#a15.

Perry, A., Potter, P., & Ostendorf, W. (Eds.). (2014). *Clinical nursing skills and techniques* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Rothrock, J. C. (Ed.). (2011). *Alexander's care of the patient in surgery* (14th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Tacto curativo

13

Definición: Aplicar una terapia de biocampo no invasiva mediante el tacto y la intencionalidad compasiva para influir en sistema de energía de la persona, afectando a su salud y curación física, emocional, mental y espiritual.

Actividades:

- Crear un ambiente cómodo e íntimo, sin distracciones.
- Determinar la disposición para que se toquen partes del cuerpo.
- Identificar los objetivos mutuos de la sesión.
- Aconsejar al paciente que haga preguntas siempre que surjan.
- Colocar al paciente en una posición cómoda y segura que facilite la relajación (p. ej., es posible usar una silla, tumbona o camilla de masaje, si se puede sujetar el cuerpo con seguridad).
- Retirar los elementos constrictivos (p. ej., gafas, zapatos y cinturón).
- Mantener al paciente con ropa cómoda.
- Cubrirle solo para que la temperatura sea agradable.
- Centrar al paciente en sí mismo enfocando la conciencia en el yo interior.
- Basar el yo armonizándolo con la energía de la Tierra.
- Establecer armonía con el campo de energía del paciente.
- Establecer la intención de actuar para lograr el máximo beneficio para el paciente.
- Realizar una evaluación del campo de energía del paciente (aura) y de sus centros de energía para determinar si se deben usar técnicas de reducción, equilibración o aumento de la energía.
- Determinar el método concreto de tacto sanador para fomentar la curación (p. ej., serenar o suavizar el campo energético, conexión corporal total, vitalidad etérea, serenidad magnética, drenaje magnético del dolor, meditación espiral, técnica piramidal).
- Utilizar las manos para reducir, equilibrar o aumentar la energía del campo del paciente.
- Continuar hasta que los campos de energía y los centros de energía se aprecien equilibrados, suaves, conectados, simétricos y fluyendo.
- Repetir la evaluación energética para identificar los cambios q se han producido.
- Instruir al paciente para que mueva el cuerpo con suavidad y estire antes de levantarse.
- Tocar el cuerpo del paciente para ayudarle a tomar contacto c la energía de la Tierra si presenta mareo al levantarse.
- Ofrecer al paciente un vaso de agua para reponer la que ha perdido con el movimiento de energía.
- Proporcionar retroalimentación al paciente sobre el traba energético en términos comprensibles para él.
- Pedir al paciente que describa lo que ha experimentado o nota durante y después de la sesión.
- Registrar las características del trabajo energético.
- Registrar las respuestas físicas, mentales y emocionales de sesión.

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Hover-Kramer, D. (2002). *Healing touch: A guidebook for practitioners*. Alba NY: Delmar Thomson Learning.

Hutchison, C. P. (1999). Healing touch: An energetic approach. *Americ Journal of Nursing*, 99(4), 43-48.

Umbreit, A. (2006). Healing touch. In M. Snyder, & R. Lindquist (Eds.), *Co plementary/alternative therapies in nursing* (5th ed., pp. 203-223). N York: Springer.

Wardell, D. W., & Weymouth, K. F. (2004). Review of studies of healing tou *Journal of Nursing Scholarship*, 36(2), 147-154.

Tacto terapéutico

54

Definición: Sintonizar con el campo de energía universal tratando de actuar como una influencia curativa usando l sensibilidad natural de las manos y pasándolas sobre el cuerpo para concentrar, dirigir y modular el campo de energía de ser humano.

T

Actividades:

- Crear un ambiente cómodo y sin distracciones.
- Determinar la disposición a experimentar la intervención.
- Identificar metas comunes para la sesión.
- Aconsejar al paciente que haga preguntas siempre que surjan.
- Colocar al paciente en una posición cómoda en sedestación o en decúbito supino.
- Centrar el yo concentrando la consciencia en el yo interior.
- Centrarse en la intención para facilitar la plenitud y la curación a todos los niveles de consciencia.
- Colocar las manos con las palmas de 8 a 13 centímetros hacia el cuerpo del paciente.
- Comenzar una evaluación de 1-2 minutos moviendo las manos poco a poco y de manera constante durante toda la superficie del paciente como sea posible, de la cabeza a los pies y de delante hacia atrás.
- Mover las manos con movimientos muy suaves hacia abajo a trav del campo de energía del paciente, pensando en él como en un to unitario y facilitando un flujo de energía abierto y equilibrado.
- Tomar nota del patrón global del flujo de energía, en espec en las áreas alteradas por congestión o desigualdad, que pued percibirse a través de indicios muy sutiles en las manos (p. e cambio de temperatura, hormigueo u otras sensaciones sutil de movimiento).
- Centrar la atención en facilitar la simetría y la curación en l zonas alteradas.
- Continuar el tratamiento facilitando muy lentamente el flujo energía curativa en las áreas alteradas.
- Terminar cuando se considere que se ha logrado el grado apr piado de cambio (para un niño, de 1 a 2 minutos; para un adul de 5 a 10 minutos), manteniendo siempre presente la importa cia de la suavidad.

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

- Indicar al paciente que repose durante 20 minutos o más después del tratamiento.
- Observar si el paciente ha experimentado una respuesta de relajación y cualquier cambio relacionado.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2013

Bibliografía:

Coakley, A. B., & Duffy, M. E. (2010). The effect of therapeutic touch on postoperative patients. *Journal of Holistic Nursing, 28*(3), 193-200.

Engle, V. F., & Graney, M. J. (2000). Biobehavioral effects of therapeutic touch. *Journal of Nursing Scholarship, 32*(3), 287-293.

Krieger, D. (1993). *Accepting your power to heal: The personal practice of therapeutic touch.* Rochester, VT: Bear & Company.

Krieger, D. (2002). *Therapeutic touch: As transpersonal healing.* Brooklyn, NY: Lantern Books.

Monroe, C. M. (2009). The effects of therapeutic touch on pain. *Journal of Holistic Nursing, 27*(2), 85-92.

O'Mathuna, D. P. (2000). Evidence-based practice and reviews of therapeutic touch. *Journal of Nursing Scholarship, 32*(3), 279-285.

Peters, R. M. (1999). The effectiveness of therapeutic touch: a meta-analytic review. *Nursing Science Quarterly, 12*(1), 52-61.

Sayre-Adams, J., & Wright, S. (1995). The essentials of practice. In J. Sayre-Adams, & S. Wright (Eds.), *The theory and practice of therapeutic touch* (pp. 75-110). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Winstead-Fry, P., & Kijek, J. (1999). An integrative review and meta-analysis of therapeutic touch research. *Alternative Therapies in Health & Medicine, 5*(6), 58-67.

Técnica de relajación 5880

Definición: Disminución de la ansiedad del paciente que presenta angustia aguda.

Actividades:

- 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 bebé o niño.
- Mecer al bebé, según corresponda.
- Hablar suavemente o cantar al bebé o niño.
- Ofrecer un chupete al bebé, según corresponda.
- Instruir sobre técnicas que han de utilizarse para calmar al bebé que llora (hablar al bebé, 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.
- Frotar la espalda, según corresponda.
- 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.

1.ª edición 1992, revisada en 2013

Bibliografía:

Badger, J. M. (1994). Calming the anxious patient. *American Journal of Nursing, 94*(5), 46-50.

Hopkins, G. (2005). Calming presence. *Community Care, 1596*, 42-43.

Kneisl, C. R., Wilson, H. S., & Trigoboff, E. (2004). *Contemporary psychiatric-mental health nursing.* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Miller, T. (2003). Treating anxiety: A calming influence. *Healthcare Traveler, 11*(5), 42-47.

Stuart, G. W. (Ed.). (2009). Anxiety responses and anxiety disorders. In *Principles and practice of psychiatric nursing* (9th ed., pp. 218–240). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2009). *Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, & families.* Philadelphia, PA: F.A. Davis.

Terapia asistida con animales 4320

Definición: Utilización intencionada de animales para conseguir afecto, atención, diversión y relajación.

Actividades:

- Determinar la aceptación de los animales por parte del paciente como agentes terapéuticos.
- Determinar si existe alguna alergia a los animales.
- Enseñar al paciente/familia el objeto y el fundamento de la presencia de animales en un ambiente de cuidados.
- Hacer cumplir los estándares de exploración, entretenimiento y cuidados de los animales en el programa de terapia.
- Hacer cumplir las normas de mantenimiento de salud de animales en programas de terapia.
- Cumplir con las normas de los inspectores sanitarios respecto a la presencia de animales en una institución.

- Desarrollar/tener un protocolo que exprese la respuesta adecuada ante un accidente o una lesión como resultado del contacto con los animales.
- Disponer de animales para terapia con el paciente: perros, gatos, caballos, serpientes, tortugas, hámsteres, cobayas y aves.
- Evitar las visitas con animales en pacientes impredecibles o violentos.
- Observar estrechamente las visitas con animales en pacientes con condiciones especiales (heridas abiertas, piel delicada, múltiples vías i.v. u otros equipos).
- Facilitar al paciente el cuidado y contacto con los animales de la terapia.
- Animar la repetición de caricias al animal de la terapia.
- Facilitar la observación de los animales de la terapia por parte del paciente.
- Fomentar la expresión de emociones del paciente hacia los animales.
- Organizar ejercicios del paciente con los animales de la terapia, según corresponda.
- Animar al paciente a que juegue con los animales de la terapia.
- Animar al paciente a que alimente/cuide a los animales.
- Hacer que el paciente o las otras personas que acaricien o estén en contacto con un animal se laven las manos.
- Favorecer el recuerdo y el compartir las experiencias anteriores con animales domésticos/otros animales.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Barba, B. E. (1995). The positive influence of animals: Animal assisted therapy in acute care. *Clinical Nurse Specialist, 9*(4), 199-202.

Cole, K. M. (1999). Animal-assisted therapy. In G. M. Bulechek, & J. C. Dochterman (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 508-519). Philadelphia: PA: W.B. Saunders.

Giuliano, K., Bloniasz, E., & Bell, J. (1999). Implementation of a pet visitation program in critical care. *Critical Care Nurse, 19*(3), 43-50.

Johnson, R. A. (2002). Commentary: Human-animal interaction research as an area of inquiry in nursing. *Western Journal of Nursing Research, 24*(6), 713-715.

Jorgenson, J. (1997). Therapeutic use of companion animals in health care. *Image—The Journal of Nursing Scholarship, 29*(3), 249-254.

Owen, O. G. (2001). Paws for thought. *Nursing Times, 97*(9), 28-29.

Terapia con el entorno 4390

Definición: Utilización de personas, recursos y sucesos del ambiente inmediato del paciente para fomentar un funcionamiento psicosocial óptimo.

Actividades:

- 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.
- Considerar las necesidades de los demás, aparte de las necesidades de la persona en particular.
- Proporcionar los recursos necesarios para el autocuidado.
- Potenciar la normalidad del entorno mediante el uso de relojes, calendarios, barandillas, muebles, etc.
- Facilitar una comunicación abierta entre el paciente, los cuidadores y demás personal sanitario.
- Construir una relación terapéutica con individuos que transmiten respeto, cuidado y compasión genuinos.
- Modelar habilidades interpersonales efectivas, tolerancia a la angustia y regulación de las emociones.
- No ser ni demasiado rígido ni demasiado flexible con las reglas.
- Definir reglas y políticas claras y coherentes para los pacientes, los miembros de la familia y el personal.
- Reconocer y reforzar nuevos comportamientos adaptables.
- Describir el comportamiento problemático en términos objetivos, no críticos y no perjudiciales, evitando etiquetas estigmatizantes.
- Incluir al paciente en las decisiones acerca de sus propios cuidados.
- Definir los objetivos del tratamiento en colaboración con el paciente vinculando los beneficios con el progreso y el logro de los objetivos, cuando sea apropiado.
- Comunicar las metas individuales del tratamiento del paciente con todos los miembros del personal.
- Disponer cuidados de enfermería individualizados, según corresponda.
- Controlar regularmente al paciente.
- Apoyar las actividades grupales formales e informales para fomentar el compartir, la cooperación, el compromiso y el liderazgo.
- Proveer tiempo y espacio para el ensayo de nuevos comportamientos con el fin de dominarlos y adaptarse a los ambientes futuros.
- Examinar las propias actitudes sobre cuestiones relacionadas con los derechos, autodeterminación, control social y la conducta desviada del paciente.
- Usar la empatía al interpretar las conductas de pacientes y colegas.
- Asegurar la presencia y supervisión del personal.
- Minimizar las restricciones que disminuyan la intimidad y el autocontrol (autonomía).
- Favorecer el uso de la propiedad personal.
- Minimizar en lo posible el uso de puertas cerradas, medicamentos y regulación estricta de la actividad o propiedad.
- Proporcionar un teléfono para hablar en un espacio privado.
- Fomentar las interacciones adecuadas entre pacientes.
- Proporcionar zonas amuebladas de forma agradable para las conversaciones privadas con otros pacientes, familia y amigos.
- Facilitar libros, revistas y materiales sobre arte y manualidades de acuerdo con las necesidades recreativas, culturales y trasfondo educativo del paciente.
- Vigilar la conducta individual que pueda interrumpir o perjudicar el bienestar global de los demás.
- Reaccionar de manera segura ante conductas perjudiciales o perturbadoras utilizando las medidas menos restrictivas.
- Evitar el uso de restricciones físicas, mecánicas y químicas, cuando sea posible.

T

- Limitar en todo momento el número de pacientes psicóticos sin medicar mediante ingresos controlados y variando la duración de las pruebas sin medicación, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Bak, J., Brandt-Christensen, M., Sestoft, D. M., & Zoffman, V. (2012). Mechanical restraint—Which interventions prevent episodes of mechanical restraint?—A systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care, 48*(2), 83-94.

Mahoney, J., Palyo, N., Napier, G., & Giordano, J. (2009). The therapeutic milieu reconceptualized for the 21st century. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*(6), 423-429.

Oeye, C., Bjelland, A., Skorpen, A., & Anderssen, N. (2009). Raising adults as children? A report on milieu therapy in a psychiatric ward in Norway. *Issues in Mental Health Nursing, 30*(3), 151-158.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (10th ed., pp. 970 – 971). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Swenson, C. R., Witterholt, S., & Bohus, M. (2007). Dialectical behavior therapy on inpatient units. In L. A. Dimeff, & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 69-111). New York, NY: The Guilford Press.

Thibeault, C., Trudeau, K., d'Entremont, M., & Brown, T. (2010). Understanding the milieu experiences of patients on an acute inpatient psychiatric unit. *Archives of Psychiatric Nursing, 24*(4), 216-226.

Terapia con juegos 4430

Definición: Utilización intencionada de juguetes u otros materiales para ayudar a los niños a comunicar su percepción y conocimiento del mundo y ayudarles a perfeccionar su interacción con el entorno.

Actividades:

- Proporcionar un ambiente tranquilo que esté libre de interrupciones.
- Dar el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo.
- Estructurar la sesión de juegos para facilitar el resultado deseado.
- Comunicar el objetivo de la sesión de juegos al niño y los progenitores.
- Discutir las actividades de juegos con la familia.
- Establecer límites a la sesión de juegos terapéuticos.
- Proporcionar un equipo de juegos seguro.
- Proporcionar un equipo de juegos adecuado al nivel de desarrollo.
- Proporcionar un equipo de juegos que estimule un juego creativo y expresivo.
- Proporcionar un equipo de juegos que estimule el juego de roles.
- Proporcionar equipo hospitalario/de quirófano real o simulado para fomentar la expresión de conocimientos y sentimientos acerca de la hospitalización, tratamiento o enfermedad.
- Supervisar las sesiones de la terapia de juegos.
- Permitir que el niño manipule el equipo de juegos.
- Animar al niño a que comparta sentimientos, conocimientos y percepciones.
- Validar los sentimientos del niño expresados durante la sesión de juegos.
- Comunicar la aceptación de sentimientos, tanto positivos como negativos, expresados por medio del juego.
- Observar el uso del equipo de juegos por parte del niño.
- Controlar las reacciones y el nivel de ansiedad del niño durante la sesión de juegos.
- Determinar los falsos conceptos del niño a través de comentarios realizados durante las sesiones de juego de roles hospitalarias.
- Continuar con las sesiones de juegos regularmente para establecer confianza y disminuir el miedo debido al equipo o los tratamientos no familiares, según corresponda.
- Registrar las observaciones realizadas durante la sesión de juegos.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Hart, R., Mather, P. L., Slack, J. L., & Powell, M. A. (1992). *Therapeutic play activities for hospitalized children*. St. Louis: Mosby Year Book.

Raphel, S., & Bennett, C. F. (2005). Child psychiatric nursing. In G. W. Stuart, & M. T. Laraia (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed., pp. 728-752). St. Louis: Mosby.

Snyder, M. (1992). Play. In M. Snyder (Ed.), *Independent nursing interventions* (2nd ed., pp. 287-293). Albany, NY: Delmar.

Tiedeman, M. E., Simon, K. A., & Clatworthy, S. (1990). Communication through therapeutic play. In M. J. Craft, & J. A. Denehy (Eds.), *Nursing interventions for infants and children* (pp. 93-110). Philadelphia: W.B. Saunders.

Vessey, J. A., & Mahon, M. M. (1990). Therapeutic play and the hospitalized child. *Journal of Pediatric Nursing, 5*(5), 328-333.

Terapia con sanguijuelas 3460

Definición: Aplicación de sanguijuelas medicinales que ayuden a drenar el tejido reimplantado o trasplantado congestionado con sangre venosa.

Actividades:

- Utilizar sanguijuelas solo si el paciente tiene un aporte de sangre arterial intacto para evitar infecciones por la bacteria endosimbiótica presente en el estómago de la sanguijuela.
- Explicar al paciente que las glándulas salivales de la sanguijuela segregan un anestésico local que ayuda a enmascarar la sensación de picadura.
- Indicar al paciente que no será necesario un anestésico local en el tejido replantado puesto que los nervios están recién reanastomosados.
- Indicar al paciente que las sanguijuelas segregan hirudina, un anticoagulante, por lo que el sitio rezumará hasta 50 ml de sangre durante 24-48 horas después de la extracción.
- Asegurar al paciente que la terapia con sanguijuelas es un tratamiento médico aceptado.

T

- Emplear las precauciones universales.
- Utilizar una sanguijuela para cada paciente con el fin de evitar la transmisión de infecciones de un paciente a otro.
- Limpiar el colgajo o dedo con agua estéril y secarlo con un paño estéril.
- Indicar al paciente que no toque la sanguijuela ni la quite manualmente una vez aplicada.
- Rodear el sitio con paños y/o gasas para evitar la migración de la sanguijuela.
- Potenciar el interés de la sanguijuela en adherirse poniendo una gota de glucosa al 5% y agua en el sitio.
- Aplicar suavemente la sanguijuela en el sitio con unas pinzas.
- Asegurar que los extremos anterior y posterior de la sanguijuela están sujetos a la zona afectada.
- Monitorizar de forma continua a la sanguijuela hasta que esté totalmente distendida (de 10 a 15 minutos después de fijarse) y se despegue del paciente.
- Extraer las sanguijuelas que no se despegan frotando suavemente con una compresa impregnada con alcohol.
- Refrigerar las sanguijuelas en un contenedor lleno de una solución con sal (agua de fuente o destilada) cubierto con red.
- Manipular a las sanguijuelas con cuidado después de alimentarse para evitar la regurgitación del contenido estomacal.
- Colocar las sanguijuelas en un contenedor pequeño con alcol para su incineración.
- Limpiar la zona tratada cada 1-2 horas con una solución al 5 de agua oxigenada y agua estéril para impedir que el drenaje sangre forme una costra que obstruya el flujo sanguíneo.
- Administrar antibióticos, para evitar la infección iatrogénica p *Aeromonas hydrophila*, según corresponda.
- Controlar la hemoglobina y el hematocrito como mínimo u vez al día, según corresponda.
- Documentar la respuesta del paciente al tratamiento.

2.ª edición 1996; revisada en 2004

Bibliografía:

Kocent, L. S., & Spinner, S. S. (1992). Leech therapy: New procedures for old treatment. *Pediatric Nursing, 18*(5), 481-483 542.

Peel, K. (1993). Making sense of leeches. *Nursing Times, 89*(27), 34-35.

Shinkman, R. (2000). Worms and squirms: Maggots, leeches making a co back in modern medicine. *Modern Healthcare, 30*(43), 54-55.

Voge, C., & Lehnherr, S. M. (1999). Get attached to leeches. *Nursing 99, 29*(46-47.

Terapia de actividad 43

Definición: Prescripción de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el marge frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como ayuda con ellas.

Actividades:

- Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas.
- Colaborar con los terapeutas ocupacionales, recreacionales y/o fisioterapeutas en la planificación y control de un programa de actividades, según corresponda.
- 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 y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada.
- Fomentar actividades creativas, según corresponda.
- Ayudar al paciente a obtener el transporte para las actividades, según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar sus preferencias en cuanto a actividades.
- Ayudar al paciente a identificar las actividades significativas.
- Ayudarle a programar períodos específicos de actividades en la rutina diaria.
- 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 desea o prescrita.
- Coordinar la selección del paciente de las actividades adecua para su edad.
- Ayudar al paciente y a la familia a adaptar el entorno para a modarlo a las actividades deseadas.
- Proporcionar actividades que aumenten el período de atenc consultándolo con un terapeuta ocupacional.
- Facilitar la sustitución de actividades cuando el paciente te limitaciones de tiempo, energía o movimiento, consultando un terapeuta ocupacional, recreativo o fisioterapeuta.
- Fomentar la participación en actividades o terapias de gru según corresponda.
- Remitir a centros comunitarios o programas de actividad, se corresponda.
- Ayudar en las actividades físicas habituales (p. ej., deambulaci transferencias, giros y cuidado personal), si es necesario.
- Proporcionar actividades de motricidad gruesa para los pacie hiperactivos.
- Fomentar un estilo de vida físicamente activo para evitar ganancia de peso innecesaria, según corresponda.
- Sugerir métodos para incrementar la actividad física diaria, se corresponda.
- Disponer un ambiente seguro para el movimiento continuo músculos grandes, si está indicado.
- Proporcionar una actividad motora que alivie la tensión muscu
- Proporcionar actividades con componentes de memoria implí y emocional (p. ej., actividades religiosas especialmente selec nadas) para los pacientes con demencia, según corresponda.
- Proporcionar juegos de grupo no competitivos, estructurad activos.

T

- Fomentar la participación en actividades recreativas y de diversión que tengan por objeto disminuir la ansiedad: cantar en grupos, voleibol, tenis de mesa, paseos, natación, tareas sencillas concretas, juegos simples, tareas rutinarias, quehaceres domésticos, arreglo personal, puzles y cartas.
- Utilizar programas de actividad con animales, según corresponda.
- Proporcionar un refuerzo positivo en la participación de actividades.
- Instruir a la familia para que ofrezca un refuerzo positivo para la participación en actividades.
- Permitir la participación de la familia en las actividades, según corresponda.
- Ayudar al paciente a desarrollar la automotivación y el refuerzo.
- Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad.
- Ayudar al paciente/familia a monitorizar el propio progreso en la consecución de objetivos.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Chilvers, R., Corr, S., & Singlehurst, H. (2010). Investigation into the occupational lives of healthy older people through their use of time. *Australian Occupational Therapy Journal, 57*(1), 24-33.

Chu, C., Liu, C., Sun, C., & Lin, J. (2009). The effect of animal-assisted activity on inpatients with schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 47*(12), 42-48.

Dorrestein, M. (2006). Leisure activity assessment in residential care: Improving occupational outcomes for residents. *New Zealand Journal of Occupational Therapy, 53*(2), 20-26.

Griffiths, S. (2008). The experience of creative activity as a treatment medium. *Journal of Mental Health, 17*(1), 49-63.

Ketteridge, A., & Boshoff, K. (2008). Exploring the reasons why adolescents participate in physical activity and identifying strategies that facilitate their involvement in such activity. *Australian Occupational Therapy Journal, 55*(4), 273-282.

Lloyd, C., Williams, P. L., Simpson, A., Wright, D., Fortune, T., & Lal, S. (2010). Occupational therapy in the modern adult acute mental health setting: A review of current practice. *International Journal of Therapy & Rehabilitation, 17*(9), 483-493.

Shirley, D., van der Ploeg, H. P., & Bauman, A. E. (2010). Physical activity promotion in the physical therapy setting: Perspectives from practitioners and students. *Physical Therapy, 90*(9), 1311-1322.

Vance, D. E., Eaves, Y. D., Keltner, N. L., & Struzick, T. S. (2010). Practical implications of procedural and emotional religious activity therapy for nursing. *Journal of Gerontological Nursing, 36*(8), 22-29.

Terapia de baile

4367

Definición: El uso de movimientos corporales acorde a un ritmo musical para facilitar un cambio terapéutico específico del estado físico, mental, emocional o espiritual.

Actividades:

- Determinar el interés del individuo en la terapia de baile.
- Informar al individuo sobre el propósito del baile.
- Consensuar con el individuo los objetivos deseados (p. ej., relajación, estimulación, concentración, reducción del dolor).
- Determinar las capacidades para el movimiento del individuo.
- Identificar preferencias respecto al tipo de música y baile relacionadas con los objetivos deseados.
- Determinar la duración de la sesión.
- Determinar los intervalos de tiempo entre cada sesión.
- Recomendar el uso de ropa y zapatos cómodos y apropiados para bailar.
- Limitar los estímulos visuales y auditivos que distraigan la atención.
- Seleccionar un lugar adecuado y el equipo necesario (p. ej., equipo de sonido, selección de música, espejos, sillas), según corresponda.
- Planificar sesiones de acuerdo al progreso en la ejecución de los movimientos.
- Fomentar la expresión de emociones.
- Permitir tiempo para pausas y descansos, si corresponde.
- Instruir al individuo para que realice la terapia de baile en casa, si corresponde.
- Incorporar la participación familiar en las sesiones, si procede.
- Supervisar continuamente el logro de los objetivos y metas.

7.ª edición 2018

Bibliografía:

Bradt, J., Goodill, S. W., & Dileo, C. (2011). Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011*(10.), .

Lane, M. (2005). Creativity and spirituality in nursing: Implementing art in healing. *Holistic Nursing Practice, 19*(3), 122-125.

Payne, H. (Ed.). (2006). *Dance movement therapy: Theory, research, and practice* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.

Picard, C. (1994). The healing expression of dance. In D. Gaut, & A. Boykin (Eds.), *Caring as healing: Renewal through hope* (pp. 146-149). New York, NY: National League for Nursing.

Strassel, J. K., Cherkin, D. C., Steuten, L., Sherman, K. J., & Vrijhoef, H. J. (2011). A systematic review of the evidence for the effectiveness of dance therapy. *Alternative Therapies in Health & Medicine, 17*(3), 50-59.

Winther, H., Grøntved, S., Gravesen, E., & Ilkjaer, I. (2015). The dancing nurses and the language of the body. *Journal of Holistic Nursing, 33*(3), 182-192.

T

Terapia de deglución 18

Definición: Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de las alteraciones deglutorias.

Actividades:

- Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, logopeda y dietista) para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente.
- Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje/realización de las tareas de ingesta y deglución.
- Retirar los factores de distracción del ambiente antes de trabajar con el paciente en la deglución.
- Disponer intimidad para el paciente, según se desee o se indique.
- Colocarse de forma que el paciente pueda ver y oír al cuidador.
- Explicar el fundamento del régimen de deglución al paciente/familia.
- Colaborar con el logopeda para enseñar a la familia del paciente el régimen de ejercicios de deglución.
- Proporcionar/usar dispositivos de ayuda, si se precisa.
- Evitar el uso de pajitas para beber.
- Ayudar al paciente a sentarse en una posición erguida (lo más cerca posible de los 90°) para la alimentación/ejercicio.
- Ayudar al paciente 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.
- Enseñar al paciente que abra y cierre la boca en preparación para la manipulación de la comida.
- Enseñar al paciente a no hablar mientras come, según corresponda.
- Guiar al paciente en la fonación de «ah» para favorecer la elevación del paladar blando, si corresponde.
- Proporcionar un chupa-chups al paciente para que succione y así aumentar la fuerza de la lengua, si procede.
- Ayudar al paciente hemipléjico a sentarse con el brazo afectado hacia adelante sobre la mesa.
- Ayudar al paciente a colocar la comida en la parte posterior de la boca y en el lado no afectado.
- Observar si hay signos y síntomas de aspiración.
- Vigilar los movimientos de la lengua del paciente mientras come.
- Observar el sellado de los labios al comer, beber y deglutir.
- Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y deglutir.
- Proporcionar un período de descanso antes de comer/hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.
- Comprobar la boca para ver si hay restos de comida después de comer.
- Enseñar al paciente a alcanzar partículas de comida en los labios o la barbilla con la lengua.
- Ayudar al paciente a quitarse las partículas de comida de los labios y de la barbilla cuando no se puedan alcanzar con la lengua extendida.
- Enseñar a la familia/cuidador a cambiar de posición, alimen y vigilar al paciente.
- Enseñar a la familia/cuidador las necesidades nutricionales y modificaciones dietéticas, en colaboración con el dietista.
- Enseñar a la familia/cuidador las medidas de emergencia p los atragantamientos.
- Enseñar a la familia/cuidador a comprobar si han quedado res de comida retenidos en la boca después de comer.
- Proporcionar instrucciones escritas, según corresponda.
- Proporcionar un esquema de las sesiones de práctica a la famil cuidador, según sea necesario.
- Proporcionar/comprobar la consistencia de los alimentos/líq dos en función de los hallazgos del estudio de deglución.
- Consultar con el terapeuta y/o médico para avanzar de for gradual en la consistencia de la comida del paciente.
- Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuad
- Controlar el peso corporal.
- Vigilar la hidratación corporal (entradas, salidas, turgencia d piel y mucosas).
- Proporcionar cuidados bucales, si es necesario.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Baker, D. M. (1993). Assessment and management of impairments in s llowing. *Nursing Clinics of North America, 28*(4), 793-805.

Davies, P. (1993). *Steps to follow: A guide to the treatment of adult hemipl based on the concept of K and B Bobath.* Berlin, Germany: Spring Verlag.

Emick-Herring, B., & Wood, P. (1990). A team approach to neurologic based swallowing disorders. *Rehabilitation Nursing, 15*(3), 126-132.

Glick, O. J. (1992). Interventions related to activity and movement. *Nur Clinics of North America, 27*(2), 541-568.

Killen, J. M. (1996). Understanding dysphagia: Interventions for care. *Med Nursing, 5*(2), 99-101 104–105.

Maat, M. T., & Tandy, L. (1991). Impaired swallowing. In M. Maas, K. Bu walter, & M. Hardy (Eds.), *Nursing diagnoses and interventions for the eld* (pp. 106-116). Redwood City, CA: Addison-Wesley.

McHale, J. M., Phipps, M. A., Horvath, K., & Schmelz, J. (1998). Expert nurs knowledge in the care of patients at risk for impaired swallowing. *Im Journal of Nursing Scholarship, 30*(2), 137-141.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniq* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

T

Terapia de diálisis peritoneal 21

Definición: Administración y monitorización de la solución de diálisis peritoneal dentro y fuera de la cavidad peritoneal

Actividades:

- Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada.
- Calentar el líquido de la diálisis antes de la instilación.
- Valorar la permeabilidad del catéter, observando la dificultad flujo de entrada/salida.
- Llevar un registro de los volúmenes de flujo de entrada/salid del equilibrio de líquido individual/acumulado.

- Invitar al paciente a vaciar la vejiga antes de la inserción del catéter peritoneal.
- Evitar el exceso de tensión mecánica sobre los catéteres de diálisis peritoneal (p. ej., toser, cambio de apósito, infusión de grandes cantidades).
- Controlar la presión arterial, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la diálisis.
- Asegurar una manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones.
- Extraer muestras para el laboratorio y analizar la bioquímica sanguínea (BUN, creatinina sérica y niveles séricos de Na, K y PO_4).
- Obtener cultivos para el recuento de células del flujo de salida peritoneal, si se indica.
- Registrar los signos vitales basales: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión arterial.
- Medir y registrar el perímetro abdominal.
- Medir y registrar el peso diariamente.
- Fijar las conexiones y el tubo firmemente.
- Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro.
- Realizar los intercambios de diálisis (introducción, permanencia y extracción), según el protocolo del centro.
- Observar si hay signos de infección (peritonitis e inflamación/drenaje del sitio de salida).
- Observar si hay signos de dificultad respiratoria.
- Observar si se produce perforación intestinal o fuga de líquidos.
- Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento.
- Enseñar al paciente a controlarse los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular, flujo de salida turbio y dolor abdominal).
- Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2004

Bibliografía:

Fearing, M. O., & Hart, L. K. (1992). Dialysis therapy. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (2nd ed., pp. 587-601). Philadelphia: W.B. Saunders.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Management of patients with upper or lower urinary tract dysfunction. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 1271-1308). (Vol. 2). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Terapia de ejercicios: ambulación 0221

Definición: Estimular y ayudar al paciente a caminar para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.

Actividades:

- Vestir al paciente con prendas cómodas.
- Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.
- Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno.
- Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente.
- Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.
- Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales.
- Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación, si es preciso.
- Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde.
- Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado.
- Utilizar cinturón para caminar con el fin de ayudar en el traslado y la deambulación, si resulta apropiado.
- Ayudar al paciente 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/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad.
- Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario.
- Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras.
- 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 distancia realistas para la deambulación.
- Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.
- Animar al paciente a que esté «levantado según le apetezca», si es apropiado.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Aloia, J. (1981). Exercise and skeletal health. *Journal of the American Geriatric Society, 29*(3), 104-107.

Donohue, K., Miller, C., & Craig, B. (1988). Chronic alterations in mobility. In P. H. Mitchell (Ed.), *AANN's neuroscience nursing: Phenomena and practice* (pp. 319-343). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Glick, O. J. (1992). Interventions related to activity and movement. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 541-568.

Lubkin, I. (1990). *Chronic illness: Impact and interventions* (2nd ed.). Boston: Jones & Bartlett.

McFarland, G. K., & McFarlane, E. A. (1997). *Nursing diagnosis and intervention: Planning for patient care* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.

Moorhouse, M., Geissler, A., & Doenges, M. (1987). *Critical care plans: Guidelines for advanced medical-surgical care*. Philadelphia: F.A. Davis.

Smith, E. L., & Gillian, C. (1983). Physical activity prescription for the older adult. *The Physician & Sports Medicine, 11*(8), 91-101.

Snyder, M. (1992). Exercise. In M. Snyder (Ed.), *Independent nursing interventions* (2nd ed., pp. 67-77). Albany: Delmar.

Terapia de ejercicios: control muscular 02

Definición: Utilización de protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar o restablecer el movimiento con trolado del cuerpo.

Actividades:

- Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.
- Colaborar con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y recreacionales en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios, según corresponda.
- Consultar con el fisioterapeuta para determinar la posición óptima del paciente durante el ejercicio y el número de veces que debe realizar cada patrón de movimiento.
- Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición y propiocepción).
- Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo al paciente/familia.
- Disponer privacidad para el paciente durante el ejercicio, si lo desea.
- Ajustar la iluminación, la temperatura ambiente y el nivel de ruido para mejorar la capacidad de concentración del paciente en la actividad de ejercicios.
- Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios.
- Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/actividad.
- Vestir al paciente con prendas cómodas.
- Ayudar a mantener la estabilidad del tronco y/o articulación proximal durante la actividad motora.
- Aplicar férulas para conseguir la estabilidad de las articulaciones proximales implicadas en las habilidades motoras finas, según prescripción.
- Reevaluar la necesidad de dispositivos de ayuda a intervalos regulares en colaboración con el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional o recreacional.
- Ayudar al paciente a colocarse en sedestación/bipedestación para el protocolo de ejercicios, según corresponda.
- Reforzar las instrucciones dadas al paciente respecto a la forma correcta de realizar los ejercicios para minimizar la aparición de lesiones y maximizar su eficacia.
- Determinar la precisión de la imagen corporal.
- Reorientar al paciente en cuanto a la conciencia de su cuerpo.
- Reorientar al paciente sobre las funciones de movimiento del cuerpo.
- Enseñar al paciente a explorar visualmente el lado afectado del cuerpo al realizar las actividades de la vida diaria o los ejercicios, si está indicado.
- Proporcionar instrucciones secuenciales para cada actividad motora durante el ejercicio o actividades de la vida diaria.
- Enseñar al paciente a «recitar» cada movimiento mientras lo realiza.
- Utilizar dispositivos de ayuda visual para facilitar la enseñanza de los movimientos del ejercicio o de la actividad de la vida diaria, según corresponda.
- Proporcionar un ambiente relajado al paciente después de cada período de ejercicios.
- Ayudar al paciente a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad.
- Ayudar al paciente a formular objetivos realistas y mensurables.
- Practicar actividades motoras que requieran atención y utili los dos lados del cuerpo.
- Incorporar las actividades de la vida diaria en el protocolo ejercicios, si corresponde.
- Animar al paciente a practicar ejercicios de forma independie si está indicado.
- Ayudar o animar al paciente a que practique actividades de p calentamiento y relajación antes y después del protocolo de ej cicios.
- Utilizar estímulos táctiles (y/o percusión) para minimiza espasmo muscular.
- Ayudar al paciente a preparar y registrar un gráfico/hoja los progresos conseguidos para motivar el cumplimiento protocolo de ejercicios.
- Vigilar la respuesta emocional, cardiovascular y funcional paciente al protocolo de ejercicios.
- Observar los ejercicios realizados por el paciente para su corre ejecución.
- Evaluar el progreso del paciente en la mejora/restablecimie del movimiento y la función corporal.
- Proporcionar un refuerzo positivo a los esfuerzos del pacie en la actividad física y en los ejercicios.
- Colaborar con los cuidadores a domicilio respecto al protoc de ejercicios y las actividades de la vida diaria.
- Ayudar al paciente/cuidador a realizar las revisiones prescri en el plan de ejercicios en casa, si está indicado.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Donohue, K., Miller, C., & Craig, B. (1988). Chronic alterations in mobility P. H. Mitchell (Ed.), *AANN's neuroscience nursing: Phenomena and prac* (pp. 319-343). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Glick, O. J. (1992). Interventions related to activity and movement. *Nur Clinics of North America, 27*(2), 541-568.

Hickey, J. (1992). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nur* (3rd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.

Hogue, C. C. (1985). Mobility. In E. L. Schneider (Ed.), *The teaching nur home: A new approach to geriatric research, education, and clinical c* (pp. 231-244). New York: Raven Press.

Lewis, C. B. (1989). *Improving mobility in older persons*. Rockville, MD: Asp

Lubkin, I. (1990). *Chronic illness: Impact and intervention* (2nd ed.). Bost Jones & Bartlett.

McFarland, G. K., & McFarlane, E. A. (1997). *Nursing diagnosis and interv tion: Planning for patient care* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.

Moorhouse, M., Geissler, A., & Doenges, M. (1987). *Critical care plans: Gu lines for advanced medical-surgical care*. Philadelphia: F.A. Davis.

Pender, N. J. (1987). *Health promotion nursing practice* (2nd ed.). Norw CT: Appleton & Lange.

Sullivan, P., & Markos, P. (1996). *Clinical procedures in therapeutic exer* (2nd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.

Vogt, G., Miller, M., & Esluer, M. (1985). *Mosby's manual of neurological c* St. Louis: Mosby.

T

Terapia de ejercicios: equilibrio

0222

Definición: Utilización de actividades, posturas y movimientos específicos para mantener, potenciar o restablecer el equilibrio.

Actividades:

- Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran equilibrio.
- Colaborar con los fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y terapeutas recreacionales en el desarrollo y realización de un programa de ejercicios, según corresponda.
- Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición y propiocepción).
- Proporcionar la oportunidad de comentar los factores que influyen en el miedo a caerse.
- Facilitar un ambiente seguro para la práctica de los ejercicios.
- Instruir al paciente sobre la importancia de la terapia de ejercicios en el mantenimiento y la mejora del equilibrio.
- Animar a realizar programas de ejercicios de baja intensidad con oportunidades para compartir sentimientos.
- Instruir al paciente sobre ejercicios de equilibrio, como ponerse en pie con una pierna, inclinarse hacia delante, estiramientos y resistencia, según corresponda.
- Ayudar con programas de fortalecimiento de tobillos y de caminar.
- Proporcionar información sobre terapias alternativas, como yoga y taichí.
- Adaptar el ambiente para facilitar la concentración.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón, andador, almohadas o colchonetas) como apoyo del paciente al realizar los ejercicios.
- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, mensurables.
- Reforzar o proporcionar instrucción sobre la posición y la realización de los movimientos para mantener o mejorar el equilibrio durante los ejercicios o actividades de la vida diaria.
- Ayudar al paciente a realizar los ejercicios de estiramientos mientras está en posición de decúbito supino, sedestación o bipedestación.
- Ayudar al paciente a moverse hasta la sedestación, estabilizar el tronco con los brazos colocados al lado de la cama/silla, y balancear el tronco apoyándose en los brazos.
- Ayudarle a ponerse de pie (o sentarse) y balancear el cuerpo de lado a lado para estimular los mecanismos del equilibrio.
- Animar al paciente a mantener una base de apoyo amplia, si fuera necesario.
- Ayudar al paciente en la práctica de estar de pie con los ojos cerrados durante cortos períodos de tiempo a intervalos regulares para estimular la propiocepción.
- Vigilar la respuesta del paciente a los ejercicios de equilibrio.
- Realizar una evaluación del domicilio para identificar peligros ambientales y conductuales según corresponda.
- Proporcionar medidas para el equilibrio, el ejercicio o programas de educación sobre caídas.
- Remitir a la fisioterapia y/o terapia ocupacional para los ejercicios de entrenamiento de habituación vestibular.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Baum, E. E., Jarjoura, D., Polen, A. E., Faur, D., & Rutecki, G. (2004). Effectiveness of a group exercise program in a long-term care facility: A randomized pilot trial. *Journal of American Medical Directors Association, 4*(2), 74-80.

Choi, J. H., Moon, J. S., & Song, R. (2005). Effects of sun-style tai chi exercise on physical fitness and fall prevention in fall-prone older adults. *Journal of Advanced Nursing, 51*(2), 150-157.

Deiner, D., & Mitchell, J. M. (2005). Impact of a multifactorial fall prevention program upon falls of older frail adults attending an adult health day care center. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 21*(3), 247-257.

Hansson, E. E., Mansson, N., & Hakansson, A. (2005). Balance performance and self-perceived handicap among dizzy patients in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 23*(4), 215-220.

Gentleman, B., & Malozemoff, W. (2001). Falls and feelings: Description of a psychological group nursing intervention. *Journal of Gerontological Nursing, 27*(10), 35-39.

Liu-Ambrose, T., Khan, K. M., Eng, J. J., Lord, S. R., & McKay, H. A. (2004). Balance confidence improves with resistance or agility training. Increase is not correlated with objective changes in fall risk and physical abilities. *Gerontology, 50*(6), 373-382.

Norre, M., & Beckers, A. (1989). Vestibular habituation training for positional vertigo in elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 8*, 117-122.

Oken, B., Zajdel, D., Kishiyama, S., Flegal, K., Dehen, C., Haas, M., ..., & Leyva, J. (2006). Randomized, controlled, six-month trial of yoga in healthy seniors: Effects on cognition and quality of life. *Alternative Therapies in Health Medicine, 12*(1), 40-47.

Schoenfelder, D., & Rubinstein, L. (2004). An exercise program to improve fall-related outcomes in elderly nursing home residents. *Applied Nursing Research, 17*(1), 21-31.

T

Terapia de ejercicios: movilidad articular

0224

Definición: Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.

Actividades:

- Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función.
- Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.
- Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.
- Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios articulares.
- Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad.
- Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.
- Vestir al paciente con prendas cómodas.
- Proteger al paciente de traumatismos durante el ejercicio.
- Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo.
- Fomentar la realización de ejercicios de rango de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado.
- Realizar ejercicios pasivos o asistidos de rango de movimiento, si está indicado.

- Enseñar al paciente/familia a realizar de forma sistemática los ejercicios pasivos o activos o de amplitud de movimientos.
- Proporcionar al alta instrucciones escritas sobre los ejercicios.
- Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios activos de rango de movimiento.
- Animarle a visualizar el movimiento corporal antes de comenzar el movimiento.
- Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, resistencia y movilidad articulares.
- Fomentar que se siente en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.
- Fomentar la deambulación, si resulta oportuno.
- Determinar el progreso hacia la meta fijada.
- Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios articulares.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Glick, O. J. (1992). Interventions related to activity and movement. *Nursing Clinics of North America*, *27*(2), 541-568.

Hickey, J. (1992). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nur* (3rd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.

Hogue, C. C. (1985). Mobility. In E. L. Schneider (Ed.), *The teaching nur home: A new approach to geriatric research, education, and clinical care* 231-244). New York: Raven Press.

Lewis, C. B. (1989). *Improving mobility in older persons*. Rockville, MD: Asp

Lubkin, I. (1990). *Chronic illness: Impact and interventions* (2nd ed.). Bos Jones & Bartlett.

McFarland, G. K., & McFarlane, E. A. (1997). *Nursing diagnosis and interv tion: Planning for patient care* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.

Moorhouse, M., Geissler, A., & Doenges, M. (1987). *Critical care plans: Gu lines for advanced medical-surgical care*. Philadelphia: F.A. Davis.

Pender, N. J. (1987). *Health promotion nursing practice* (2nd ed.). Norw CT: Appleton & Lange.

Snyder, M. (1992). Exercise. In M. Snyder (Ed.), *Independent nursing interv tions* (2nd ed., pp. 67-77). Albany, NY: Delmar.

Sullivan, P., & Markos, P. (1996). *Clinical procedures in therapeutic exer* (2nd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.

Vogt, G., Miller, M., & Esluer, M. (1985). *Mosby's manual of neurological c* St. Louis: Mosby.

Terapia de entretenimiento 53

Definición: Utilización intencionada de actividades recreativas para mejorar la independencia funcional y las habilidad sociales, así como para reducir o eliminar los efectos de enfermedades o discapacidades.

Actividades:

- 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.
- Proporcionar un equipo recreativo seguro.
- Respetar las precauciones de seguridad.
- Supervisar las sesiones recreativas, según cada caso.
- Vigilar las capacidades físicas y mentales del paciente mientras participa en actividades recreativas.
- Establecer nuevas actividades recreativas adecuadas a la edad y la capacidad del paciente.
- Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad (cartas, puzles).
- Ayudar en la obtención de transporte para las actividades recreativas.
- Proporcionar un refuerzo positivo a la participación en las a vidades.
- Comprobar la respuesta emocional, física y social a la activi recreativa.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Bauer, C., Victorson, D., Rosenbloom, S., Borocas, J., & Silver, R. (20 Alleviating distress during antepartum hospitalization: A randomi controlled trial of music and recreation therapy. *Journal of Women's Hea* *19*(3), 523-531.

Caldwell, L. (2005). Leisure and health: Why is leisure therapeutic? *Bri Journal of Guidance & Counselling*, *33*(1), 7-26.

Pressman, S. D., Matthews, K. A., Cohen, S., Martire, L. M., Scheier, Baum, A., & Schulz, R. (2009). Association of enjoyable leisure activi with psychological and physical well-being. *Psychosomatic Medicine*, *71* 725-732.

Yang, H., & An, D. (2011). Health people 2020: Implications for recreat therapy. *American Journal of Recreation Therapy*, *10*(4), 17-23.

Zanca, J. M., & Dijkers, M. P. (2014). Describing what we do: A qualita study of clinicians' perspectives on classifying rehabilitation interventi *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *95*(Suppl. 1), S55–S65

T

Terapia de grupo

5450

Definición: Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo, incluida la utilización de interacciones entre los miembros del grupo.

Actividades:

- Determinar el propósito del grupo (p. ej., mantenimiento de pruebas de la realidad, facilitar la comunicación, examen de las habilidades personales y apoyo) y la naturaleza del proceso grupal.
- Formar un grupo de tamaño óptimo: de 5 a 12 miembros.
- Crear reglas y pautas específicas para el grupo (p. ej., confidencialidad, comunicación y comportamiento respetuoso, asistencia, socialización de los miembros fuera del grupo, participación) para asegurar que todos los miembros cumplan con las normas.
- Proporcionar una sesión de orientación individualizada para cada nuevo miembro del grupo antes de la primera sesión grupal.
- Proporcionar un manual que incluya las reglas y pautas grupales para todos los miembros del grupo.
- Elegir los miembros del grupo que estén dispuestos a participar activamente y a asumir la responsabilidad de sus propios problemas.
- Determinar si el nivel de motivación es lo suficientemente alto como para beneficiarse de la terapia grupal.
- Utilizar un colíder, según corresponda.
- Tratar la cuestión de la asistencia obligatoria.
- Valorar la posibilidad de admitir nuevos miembros en cualquier momento.
- Establecer la hora y lugar de las reuniones del grupo.
- Reunirse en sesiones de 1-2 horas, si resulta oportuno.
- Comenzar y terminar a la hora y esperar que los participantes permanezcan hasta la conclusión.
- Disponer las sillas en círculo, cerca unas de otras.
- Llevar al grupo a la etapa de trabajo lo más rápidamente posible.
- Ayudar al grupo a establecer normas terapéuticas.
- Ayudar al grupo a trabajar en la resistencia a los cambios.
- Dar al grupo un sentido de dirección que le posibilite identificar y resolver cada paso del desarrollo.
- Utilizar la técnica de «iluminación del proceso» para fomentar la exploración del significado importante del mensaje.
- Fomentar la autorrevelación de los miembros y la discusión del pasado solo si se relaciona con el funcionamiento y los objetivos del grupo.
- Utilizar la técnica de «activación de aquí y ahora» para trasladar el foco de lo genérico a lo personal, de lo abstracto a lo concreto.
- Animar a los miembros a compartir cosas que tengan en común entre sí.
- Animar a los miembros a que compartan su ira, tristeza, humor, falta de confianza y demás sentimientos entre sí.
- Ayudar a los miembros en el proceso de exploración y aceptación de cualquier enfado que se sienta hacia el líder del grupo y hacia los demás.
- Confrontar las conductas que amenacen la cohesión del grupo (tardanza, ausencias, socialización disruptiva, formación de subgrupos y chivos expiatorios).
- Proporcionar refuerzo social (verbal y no verbal) para conseguir las conductas/respuestas deseadas.
- Proporcionar ejercicios de grupo estructurados, según corresponda, para favorecer la función y conciencia grupal.
- Utilizar el juego de roles y de resolución de problemas, según corresponda.
- Ayudar a los miembros a proporcionar retroalimentación mutua de forma que puedan desarrollar la conciencia de sus propias conductas.
- Incorporar sesiones de liderazgo cuando corresponda a los objetivos y funcionamiento del grupo.
- Concluir la sesión con un resumen de los debates.
- Reunirse individualmente con el miembro del grupo que desee abandonarlo precozmente para examinar sus motivos para ello.
- Ayudar a los miembros a abandonar el grupo, si corresponde.
- Ayudar al grupo a revisar el pasado y la relación de un miembro con el grupo cuando alguien abandone.
- Reclutar nuevos miembros, según corresponda, para mantener la integridad del grupo.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Boyd, M. A. (2015). Group interventions. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (5th ed., pp. 186-194). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Jung, X. T., & Newton, R. (2009). Cochran reviews of non-medication-based psychotherapeutic and other interventions for schizophrenia, psychosis, and bipolar: A systematic literature review. *International Journal of Mental Health Nursing, 18*(4), 239-249.

Puskar, K., McClure, E., & McGinnis, K. (2007). Advanced practice nurse's role in alcohol abuse group therapy. *Australian Journal of Advanced Nursing, 25*(1), 64-69.

Stuart, G. W. (2013). Therapeutic groups. In *Principles and practice of psychiatric nursing* (10th ed., pp. 617-627). St. Louis, MO: Mosby.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York, NY: Basic Books.

T

Terapia de hemodiálisis

2100

Definición: Manejo del paso extracorpóreo de la sangre del paciente a través de un dializador.

Actividades:

- Extraer una muestra de sangre para realizar un análisis bioquímico (BUN, creatinina sérica, niveles séricos de Na, K y PO_4) antes del tratamiento.
- Registrar los signos vitales basales: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión arterial.
- Explicar el procedimiento de la hemodiálisis y su finalidad.
- Comprobar el equipo y las soluciones, según el protocolo.
- Utilizar una técnica estéril para iniciar la hemodiálisis y para la inserción de la aguja y las conexiones del catéter.
- Utilizar guantes, protección ocular y vestimenta que evite el contacto directo con la sangre.
- Iniciar la hemodiálisis de acuerdo con el protocolo.
- Fijar las conexiones y los tubos firmemente.

- Comprobar los monitores del sistema (flujo, presión, temperatura, pH, conductividad, coágulos, detector de aire, presión negativa para la ultrafiltración y sensor sanguíneo) para garantizar la seguridad del paciente.
- Vigilar la presión arterial, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la diálisis.
- Administrar heparina, según el protocolo.
- Controlar los tiempos de coagulación y ajustar la administración de heparina adecuadamente.
- Ajustar las presiones de filtración para extraer una cantidad adecuada de líquido.
- Poner en práctica el protocolo correspondiente si el paciente desarrolla hipotensión.
- Suspender la hemodiálisis según el protocolo.
- Comparar los signos vitales y la bioquímica sanguínea posteriores a la diálisis con los valores anteriores a la misma.
- Evitar medir la presión arterial o realizar pinchazos intravenosos en los brazos que poseen una fístula.
- Proporcionar los cuidados del catéter o de la fístula, según el protocolo.
- Colaborar con el paciente para ajustar las regulaciones de la dieta, limitaciones de líquidos y medicamentos para regular los cambios de líquidos y electrólitos entre los tratamientos.
- Enseñar al paciente a monitorizarse los signos y síntomas indiquen una necesidad de tratamiento médico (fiebre, he rragia, fístula coagulada, tromboflebitis y pulso irregular).
- Colaborar con el paciente para aliviar las molestias de los e tos secundarios derivados de la enfermedad y del tratamie (calambres, fatiga, cefalea, prurito, anemia, desmineralizac ósea, cambios de la imagen corporal y alteración de roles).
- Colaborar con el paciente para ajustar la duración de la diál las regulaciones dietéticas y las necesidades acerca del dolor y distracciones para conseguir resultados óptimos en el tratamie

1.ª edición; revisada en 1996 y 2004

Bibliografía:

Fearing, M. O., & Hart, L. K. (1992). Dialysis therapy. In G. M. Buleche J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatm* (2nd ed., pp. 587-601). Philadelphia: W.B. Saunders.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Management of patients with up or lower urinary tract dysfunction. In *Brunner & Suddarth's textboo medical surgical nursing* (pp. 1271-1308). (Vol. 2). Philadelphia: Lippin Williams & Wilkins.

Thompson, J. M., McFarland, G. K., Hirsch, J. E., & Tucker, S. M. (19 *Mosby's clinical nursing* (4th ed.). St. Louis: Mosby.

Terapia de hemofiltración 21

Definición: Limpiar la sangre de un paciente gravemente enfermo a través de un hemofiltro controlado por la presi hidrostática del paciente.

Actividades:

- Determinar los signos vitales y el peso basal del paciente.
- Extraer muestras de sangre y analizar los valores de la bioquímica sanguínea (p. ej., BUN, creatinina sérica, niveles séricos de Na, Ca, K y PO_4) antes de la terapia.
- Determinar y registrar la función hemodinámica del paciente.
- Explicar el procedimiento al paciente y a los allegados, según sea conveniente.
- Obtener el consentimiento escrito.
- Ajustar la tecnología en respuesta a las patologías multisistémicas del paciente (p. ej., colocar al paciente en una cama de flujo de aire rotatorio).
- Utilizar técnicas estériles para lavar y cebar los tubos arteriales, los venosos y el hemofiltro con solución salina heparinizada, y para conectar a otros tubos según sea necesario.
- Extraer todas las burbujas de aire del sistema de hemofiltración.
- Administrar una dosis de carga de heparina siguiendo el protocolo o la orden del médico.
- Utilizar mascarilla, guantes y bata para evitar el contacto con la sangre.
- Utilizar técnicas estériles para iniciar el acceso venoso y arterial, según protocolo.
- Fijar las conexiones y los tubos de forma segura.
- Aplicar sujeciones, según sea conveniente.
- Controlar la velocidad de ultrafiltración, ajustando dicha velocidad según el protocolo o siguiendo las órdenes del médico.
- Controlar si en el sistema de hemofiltración hay fugas en conexiones y coágulos en el filtro o en los tubos.
- Valorar los parámetros multisistémicos del paciente, segú protocolo.
- Valorar y atender los puntos de acceso y las líneas, de acue con el protocolo.
- Valorar si hay señales y síntomas de infección.
- Enseñar al paciente/familia las precauciones que se deben to después del tratamiento.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Gutch, C., Stoner, M., & Corea, A. (1993). *Review of hemodialysis for n and dialysis personnel* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

Holloway, N. (1988). *Nursing the critically ill adult* (3rd ed.). Menlo Park, Addison-Wesley.

Kinney, M., Packa, D., & Dunbar, S. (1998). *AACN's reference for critical- nursing* (4th ed.). St. Louis: Mosby.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Management of patients with up or lower urinary tract dysfunction. In *Brunner & Suddarth's textboo medical surgical nursing* (pp. 1271-1308). (Vol. 2). Philadelphia: Lippin Williams & Wilkins.

T

Terapia de inducción de hipotermia

3790

Definición: Alcanzar y mantener una temperatura corporal por debajo de 35 °C, con monitorización de los efectos secundarios y/o prevención de las complicaciones.

Actividades:

- Monitorizar los signos vitales, según corresponda.
- Controlar la temperatura del paciente, con un monitor continuo de la temperatura central, según corresponda.
- Colocar un monitor cardíaco al paciente.
- Instaurar medidas de enfriamiento externo activo (p. ej., bolsas de hielo, manta de enfriamiento por agua, almohadillas de refrigeración con agua circulante), según corresponda.
- Instaurar medidas de enfriamiento interno activo (p. ej., catéteres de enfriamiento intravasculares), según corresponda.
- Controlar el color y la temperatura de la piel.
- Monitorizar la aparición de escalofríos.
- Utilizar calentamiento facial o manual, o bien prendas aislantes para disminuir los escalofríos, según corresponda.
- Administrar la medicación adecuada para prevenir o controlar los escalofríos.
- Controlar y tratar las arritmias, según corresponda.
- Controlar el desequilibrio electrolítico.
- Controlar el desequilibrio acidobásico.
- Controlar las entradas y salidas.
- Controlar el estado respiratorio.
- Controlar los estudios de coagulación, incluidos el tiempo de protrombina (TP) y el tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa), así como el recuento plaquetario, si está indicado.
- Controlar estrechamente al paciente en busca de signos y síntomas de hemorragia persistente.
- Controlar el recuento de leucocitos, según corresponda.
- Controlar el estado hemodinámico (p. ej., PECP, GC, RVS), mediante monitorización hemodinámica invasiva, según corresponda.
- Fomentar la ingesta adecuada de líquidos y nutrientes.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Holtzclaw, B. J. (2004). Shivering in acutely ill vulnerable populations. *AACN Clinical Issues, 15*(2), 267-279.

McIlvoy, L. H. (2005). The effect of hypothermia and hyperthermia on acute brain injury. *AACN Clinical Issues, 16*(4), 488-500.

Wright, J. E. (2005). Therapeutic hypothermia in traumatic brain injury. *Critical Care Nursing Quarterly, 28*(2), 150-161.

Zeitzer, M. B. (2005). Inducing hypothermia to decrease neurological deficit: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 52*(2), 189-199.

Terapia de relajación

6040

Definición: Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.

Actividades:

- 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).
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.
- Invitar al paciente a que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente.
- Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.
- Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.
- Alentar la demostración de la técnica de relajación por parte del paciente, si fuera posible.
- Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación.
- Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación.
- Fomentar la repetición o práctica frecuente de la(s) técnica(s) seleccionada(s).
- Dejar al paciente un tiempo sin molestarle, ya que puede quedarse dormido.
- Fomentar el control cuando se realice la técnica de relajación.
- Evaluar regularmente las indicaciones que refiera el paciente sobre la relajación conseguida, y comprobar periódicamente la tensión muscular, frecuencia cardíaca, presión arterial y temperatura de la piel, según corresponda.
- Grabar una cinta sobre la técnica de relajación para uso de la persona, según proceda.
- Utilizar la relajación como estrategia complementaria junto a los analgésicos o con otras medidas, si procede.
- Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Bibliografía:

Benson, H., & Klipper, M. Z. (2000). *The relaxation response*. New York, NY: HarperTorch.

Herr, K. A., & Mobily, P. R. (1999). Pain management. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 149-171). Philadelphia: W. B. Saunders.

Mandle, C. L., Jacobs, S. C., Arcari, P. M., & Domar, A. D. (1996). The efficacy of relaxation response interventions with adult patients: A review of the literature. *Journal of Cardiovascular Nursing, 10*(3), 4-26.

McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). Practical nondrug approaches to pain. In M. McCaffery, & C. Pasero (Eds.), *Pain: Clinical manual* (2nd ed., pp. 399-427). St. Louis: Mosby.

Snyder, M. (1998). Progressive muscle relaxation. In M. Snyder, & R. Lindquist (Eds.), *Complementary/alternative therapies in nursing* (3rd ed., pp. 1-13). New York, NY: Springer.

Terapia de reminiscencia 4860

Definición: Utilización del recuerdo de sucesos, sentimientos y pensamientos pasados para facilitar el placer, la calidad de vida o la adaptación a las circunstancias actuales.

Actividades:

- Elegir un ambiente cómodo.
- Dedicar el tiempo adecuado.
- Identificar con el paciente un tema para cada sesión (p. ej., vida laboral).
- Elegir un pequeño número de participantes adecuados para la terapia de de reminiscencia en grupo.
- Utilizar la escucha eficaz y habilidades de atención.
- Determinar qué método de reminiscencia (p. ej., autobiografía grabada, periódico, revisión estructurada de la vida, álbum de recortes, discusión abierta y narración de historias) es más eficaz.
- Introducir estímulos a los cinco sentidos (música para el auditivo, álbumes de fotos para el visual, perfumes para el olfativo) dirigidos para estimular el recuerdo.
- 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.
- Realizar preguntas abiertas sobre los sucesos pasados.
- Fomentar la escritura de los sucesos pasados.
- Mantener el enfoque de las sesiones, principalmente sobre el proceso que sobre el resultado final.
- Proporcionar apoyo, ánimo y empatía a los participantes.
- Utilizar estímulos sensoriales, temas y técnicas de la cultura del paciente.
- Ayudar a la persona a recordar situaciones dolorosas, de enfado y de otro tipo negativo.
- Utilizar álbumes de fotos o álbumes de recortes del paciente para estimular los recuerdos.
- Ayudar al paciente a crear o a añadir a un árbol genealógico o a registrar su historia oral.
- Animar al paciente a que escriba a viejos amigos o familiares.
- Utilizar técnicas de comunicación (como enfoque, reflexión y repetición) para desarrollar la relación.
- Comentar la calidad afectiva que acompaña a los recuerdos de una manera enfática.
- Utilizar preguntas directas para volver a centrarse en los acontecimientos de la vida, si fuese preciso.
- Informar a los miembros de la familia acerca de los beneficios de la reminiscencia.
- Ajustar la duración de la sesión mediante el grado de atención del paciente.
- Proporcionar una retroalimentación positiva inmediata a los pacientes que tengan alteraciones cognitivas.
- Reconocer las capacidades de afrontamiento previas.
- Repetir la sesión semanalmente o más a menudo durante un período prolongado.
- Ajustar el número de sesiones en función de la respuesta del paciente y de su deseo de continuar.

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2000 y 2004

Bibliografía:

Brady, E. M. (1999). Stories at the hour of our death. *Home Healthcare Nurse, 17*(3), 176-180.

Burnside, I., & Haight, B. (1992). Reminiscence and life review: Analysing each concept. *Journal of Advanced Nursing, 17*(7), 855-862.

Burnside, I., & Haight, B. (1994). Reminiscence and life review: Therapeutic interventions for older people. *Nurse Practitioner, 19*(4), 55-61.

Coleman, P. G. (1999). Creating a life story: The task of reconciliation. *The Gerontologist, 39*(2), 133-139.

Haight, B. K. (2001). Life reviews: Helping Alzheimer's patients reclaim a fading past. *Reflections on Nursing Leadership, 27*(1), 20-22.

Hamilton, D. (1992). Reminiscence therapy. In G. Bulechek, & J. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Treatments for nursing diagnoses* (pp. 292-303). Philadelphia: W. B. Saunders.

Harrand, A. G., & Bollstetter, J. J. (2000). Developing a community-based reminiscence group for the elderly. *Clinical Nurse Specialist, 14*(1), 17-22.

Johnson, R. A. (1999). Reminiscence therapy. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed., pp. 371-384). Philadelphia: W. B. Saunders.

Puentes, W. J. (2000). Using social reminiscence to teach therapeutic communication skills. *Geriatric Nursing, 21*(6), 315-318.

Terapia de sustitución hormonal

2280

Definición: Facilitar el uso seguro y eficaz de la terapia de sustitución hormonal.

Actividades:

- Determinar la razón para escoger la terapia de sustitución hormonal.
- Revisar las alternativas a la terapia de sustitución hormonal.
- Controlar el efecto terapéutico en la paciente.
- Controlar los efectos adversos.
- Revisar la información respecto a los efectos beneficiosos y adversos de los diferentes componentes hormonales (p. ej., estrógenos, progesterona, andrógenos).
- Revisar la información respecto a los efectos de interacción de terapias adyuvantes (p. ej., suplementos de calcio y vitamina D, ejercicio, uso de tiazidas).
- Revisar la información respecto a los distintos modos de administración (p. ej., combinada oral continua, secuencial oral, dérmica, vaginal).
- Facilitar la decisión para continuar/interrumpir el tratamiento.
- Facilitar los cambios en la terapia de sustitución hormonal con el profesional de atención primaria, según corresponda.
- Recomendar a las pacientes que tomen decisiones anuales a corto plazo sobre la continuación del tratamiento.
- Ajustar las medicaciones o la dosis de la medicación, según corresponda.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

Blackwood, M., Creasman, W., & Speroff, L. (2001). Postmenopausal hormone therapy: Informed patients, shared decisions. *Women's Health in Primary Care*(Suppl. 1), 28-34.

Pillitteri, A. (2007). Reproductive and sexual health. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed., pp. 65-101). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Assessment and management of female physiologic processes. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 1368-1409). (Vol. 2). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Speroff, L., Glass, R., Kase, N. (1999). *Clinical gynecologic endocrinology and infertility* (6th ed., pp. 725 – 779). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Wingo, P., & McTiernan, A. (2000). The risks and benefits of hormone replacement therapy: Weighing the evidence. In M. Goldman, & M. Hatch (Eds.), *Women and health* (pp. 1169-1187). San Diego, CA: Academic Press.

Terapia de validación

6670

Definición: Utilización de un método de comunicación terapéutica con ancianos con demencia que se centre en el contenido emocional más que en el contenido concreto.

Actividades:

- Determinar la fase de deterioro cognitivo del paciente (p. ej., desorientación, confusión temporal, movimientos repetitivos o vegetación).
- Evitar el uso de estrategias de validación cuando la confusión se deba a causas agudas, reversibles o cuando se esté en la fase vegetativa de la confusión.
- Escuchar con empatía.
- Evitar corregir o contradecir las percepciones y experiencias del paciente.
- Aceptar la realidad del paciente.
- Evitar utilizar palabras de «sentimiento».
- Hacer preguntas objetivas no amenazantes (p. ej., ¿quién?, ¿qué?, ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿cómo?).
- Evitar preguntar «¿por qué?».
- Reformular las afirmaciones, repitiendo las palabras clave del paciente y tratando de adaptarse a su ritmo.
- Mantener el contacto visual reflejando la mirada en los ojos del paciente.
- Ajustarse y expresar la emoción del paciente (p. ej., amor, miedo, pesar).
- Cantar e interaccionar utilizando música familiar para el paciente.
- Observar y reflejar los movimientos corporales.
- Utilizar el contacto de apoyo (una caricia en la mejilla, hombro, brazo o mano).
- Hablar el lenguaje del cliente escuchando atentamente los verbos que utiliza y utilizar su sentido preferido (auditivo, visual, cinestésico).
- Relacionar la conducta con necesidades como amor, seguridad, actividad y utilidad.
- Utilizar la reminiscencia con el paciente revisando el pasado.
- Ayudar a la persona a encontrar un método de afrontamiento familiar.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Day, C. R. (1997). Validation therapy: A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing*, 23(4), 29-34.

Feil, N. (2002). *The validation breakthrough: Simple techniques for communicating with people with Alzheimer's type dementia* (2nd ed.). Baltimore, MD: Health Professions Press.

Tafi, L. B. (1998). Validation therapy. In M. Synder, & R. Lindquist (Eds.), *Complementary/alternative therapies in nursing* (3rd ed., pp. 231-242). New York, NY: Springer.

Warner, M. (2000). Designs for validation therapy. *Nursing Homes: Long Term Care Management*, 49(6), 25-28.

T

Terapia del trauma: niño 5410

Definición: Uso de un proceso de ayuda interactivo para resolver un trauma sufrido por un niño.

Actividades:

- Enseñar técnicas específicas de control del estrés antes de la exploración del trauma para restablecer el sentido de control sobre los pensamientos y los sentimientos.
- Explorar el trauma y su significado para el niño.
- Utilizar un lenguaje adecuado al nivel de desarrollo para formular preguntas sobre el trauma.
- Utilizar procedimientos de relajación y desensibilización para ayudar al niño a describir los hechos.
- Establecer confianza, seguridad y un correcto acceso a la información sobre el material del trauma guardado, controlando las reacciones al revelarlo.
- Seguir la terapia al ritmo del niño.
- Pactar una señal que el niño puede hacer si la tarea centrada en el trauma se vuelve insoportable.
- Centrar la terapia en la autorregulación y la reconstrucción del sentido de seguridad.
- Utilizar el arte y el juego para favorecer la expresión.
- Implicar a los progenitores o a cuidadores en la terapia, según corresponda.
- Enseñar a los progenitores la respuesta de su hijo al trauma y al proceso de terapia.
- Ayudar a los progenitores a resolver su propio sufrimiento emocional por el trauma.
- Ayudar a otras personas a dar apoyo.
- Evitar la implicación de los progenitores o de los cuidadores, en caso de que ellos sean los causantes del trauma.
- Ayudar al niño a reconsiderar las suposiciones realizadas sobre el episodio traumático con un análisis secuencial de cualquier distorsión perceptiva y cognitiva.
- Explorar y corregir suposiciones inadecuadas sobre el trauma, incluidas la formación de presagios y la culpa del superviviente.
- Ayudar a identificar y a afrontar los sentimientos.
- Explicar el proceso de duelo al niño y a los progenitores, según corresponda.
- Ayudar al niño a explorar cualquier suposición y conclusión distorsionada.
- Ayudar al niño a restablecer un sentido de seguridad y de predecibilidad en su vida.
- Ayudar al niño a integrar los hechos reestructurados del trauma en su historia y experiencia vital.
- Dirigir desempeño de papeles tras el trauma en la vida familiar, las relaciones con los compañeros y el rendimiento escolar.

4.ª edición 2004

Bibliografía:

Boyd, M. R. (2005). Caring for abused persons. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed., pp. 823-856). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Clark, C. C. (1997). Posttraumatic stress disorder: How to support healing. *American Journal of Nursing, 97*(8), 27-33.

DiPalma, L. M. (1997). Integrating trauma theory into nursing practice and education. *Clinical Nurse Specialist, 11*(3), 102-107.

Pifferbaum, B. (1997). Posttraumatic stress disorder in children: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(11), 1503-1511.

Terapia familiar 7150

Definición: Ayuda a los miembros de la familia a vivir de un modo más productivo.

Actividades:

- 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 a los miembros a priorizar y seleccionar el problema familiar que tratar en primer lugar.
- Ayudar a los miembros de la familia a clarificar qué necesitan y esperan unos de otros.
- Facilitar estrategias para reducir el estrés.
- Proporcionar educación e información.
- Ayudar a la familia a mejorar las estrategias de afrontamiento positivas existentes.
- Compartir el plan de terapia con la familia.
- 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.
- Comentar la relación jerárquica de los miembros del subsistema.
- Ayudar a los miembros de la familia a cambiar el modo en el que se relacionan con otros miembros de la familia.
- Facilitar la reestructuración de los subsistemas familiares, si está indicado.

- Ayudar en el planteamiento de metas hacia una forma más competente de manejar la conducta disfuncional.
- Estudiar los límites familiares.
- Observar si se producen respuestas terapéuticas adversas.
- Planificar las estrategias de conclusión y evaluación.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

Craft, M. J., & Willadsen, J. A. (1992). Interventions related to family. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 517-540.

Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory, and practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2004). *Family therapy: An overview* (6th ed.). Pacific Grove, CA: Thomson Learning.

Johnson, G., Kent, G., & Leather, J. (2005). Strengthening the parent-child relationship: A review of family interventions and their use in medical settings. *Child: Care Health & Development, 31*(1), 25-32.

Kelly, M., & Newstead, L. (2004). Family intervention in routine practice: It is possible! *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 11*(1), 64-72.

Minuchen, S., & Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Rojano, R. (2004). The practice of community family therapy. *Family Practice, 43*(1), 59-77.

Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process, 42*(1), 1-18.

Terapia intravenosa (i.v.)

4200

Definición: Administración y control de líquidos y fármacos por vía intravenosa.

Actividades:

- Verificar la orden de la terapia i.v.
- Instruir al paciente acerca del procedimiento.
- Realizar una técnica aséptica estricta.
- Examinar el tipo, cantidad, fecha de caducidad y características de la solución, y que no haya daños en el envase.
- Comprobar las cinco reglas de la administración correcta antes de iniciar la infusión o administración de medicaciones (fármaco, dosis, paciente, vía y frecuencia correctos).
- Seleccionar y preparar la bomba de infusión i.v., si está indicado.
- Insertar en el envase el equipo de administración correspondiente.
- Administrar los líquidos i.v. a temperatura ambiente, a menos que se prescriba otra cosa.
- Determinar si el paciente está tomando alguna medicación que sea incompatible con la medicación prescrita.
- Administrar medicamentos i.v., según prescripción, y observar los resultados.
- Vigilar el flujo intravenoso y el sitio de punción i.v. durante la infusión.
- Observar si hay sobrecarga de líquidos y reacciones físicas.
- Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de la medicación i.v.
- Sustituir el sistema i.v., los aparatos o la solución de infusión cada 48-72 horas, según el protocolo del centro.
- Mantener un vendaje oclusivo.
- Realizar comprobaciones del sitio de punción i.v., según el protocolo del centro.
- Realizar los cuidados del sitio de punción i.v. de acuerdo con el protocolo del centro.
- Monitorizar los signos vitales.
- Observar que la cantidad de potasio i.v. en adultos no exceda de 200 mEq cada 24 horas, según lo indicado.
- Lavar las vías i.v. entre la administración de soluciones incompatibles.
- Registrar los ingresos y las pérdidas del modo adecuado.
- Observar si se presentan signos y síntomas asociados a la flebitis por la infusión e infecciones locales.
- Documentar la terapia prescrita según el protocolo del centro.
- Mantener las precauciones universales.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Intravenous therapy. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (3rd ed., pp. 575-609). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Hadaway, L. C. (2000). Managing IV therapy "high-alert" drugs keep nurse managers ever watchful. *Nursing Management, 31*(10), 38-40.

Intravenous Nurses Society. (1998). Revised intravenous nursing standards of practice. *Journal of Intravenous Nursing, 21*(1S), S1-S95.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). Fluid, electrolyte, and acid-base balance. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed., pp. 1351-1409). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). Intravenous and vascular access therapy. In *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed., pp. 559-616). St. Louis: Mosby.

T

Terapia nutricional

1120

Definición: Administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente que está desnutrido o con alto riesgo de desnutrición.

Actividades:

- Completar una valoración nutricional, si procede.
- Controlar los alimentos/líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda.
- Comprobar la conveniencia de las órdenes dietéticas para cumplir con las necesidades nutricionales diarias, si procede.
- Determinar, en colaboración con el dietista, el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias nutricionales.
- Determinar las preferencias de alimentos del paciente considerando las preferencias culturales y religiosas.
- Elegir suplementos nutricionales, según corresponda.

- Animar al paciente a que seleccione alimentos semiblandos si la falta de saliva dificulta la deglución.
- Fomentar la ingesta de alimentos ricos en calcio, si se considera oportuno.
- Fomentar la ingesta de alimentos y líquidos ricos en potasio, según corresponda.
- Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, según corresponda.
- Ayudar al paciente a seleccionar alimentos suaves, blandos y no ácidos, según corresponda.
- Determinar la necesidad de alimentación enteral por sonda.
- Administrar alimentación enteral, cuando sea preciso.
- Suspender la alimentación por sonda a medida que se tolere la ingesta oral.
- Administrar sobrealimentación con líquidos, cuando lo requiera el caso.
- Asegurar la disponibilidad de una dieta terapéutica progresiva.
- Proporcionar la nutrición necesaria dentro de los límites de la dieta prescrita.
- Fomentar que se traigan comidas hechas en casa al centro, si es posible.
- Sugerir la eliminación de alimentos que contengan lactosa, si procede.
- Ofrecer hierbas y especias como alternativa a la sal.
- Estructurar el entorno para crear una atmósfera agradable y relajante.
- Presentar los alimentos de una manera atractiva, agradable, teniendo en cuenta el color, textura y variedad.
- Proporcionar cuidados bucales antes de las comidas, si es necesario.
- Ayudar al paciente a sentarse antes de la comida o alimentación.
- Controlar los valores de laboratorio, según corresponda.
- Instruir al paciente y a la familia sobre la dieta prescrita.
- Remitir al paciente para recibir educación y planificación de la dieta, si es necesario.
- Dar al paciente y a la familia ejemplos escritos de la dieta prescrita.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, Board of Directors. (2001). Standards of practice for nutrition support nurses. *Nutrition in Clinical Practice, 16*(1), 56-62.

Bowers, S. (1999). Nutrition support for malnourished, acutely ill adults. *MEDSURG Nursing, 8*(3), 145-166.

Cluskey, M., & Kim, Y. K. (2001). Use and perceived effectiveness of strategies for enhancing food and nutrient intakes among elderly persons in long-term care. *Journal of the American Dietetic Association, 101*(1), 111-114.

Creamer, K., Chan, D., Sutton, C., DeLeon, C., Moreno, C., & Shoupe, B. (2001). A comprehensive pediatric inpatient nutrition support package: A multi-disciplinary approach. *Nutrition in Clinical Practice, 16*(4), 246-257.

Dudek, S. G. (2007). *Nutrition essentials for nursing practice* (5th rev. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Transcripción de órdenes 8060

Definición: Transferencia de información de las hojas de órdenes al sistema de documentación y planificación de cuidados del paciente.

Actividades:

- Asegurarse de que la hoja de órdenes se adjunta a la identificación del paciente.
- Verificar que la hoja de órdenes está en la historia clínica correcta del paciente.
- Asegurarse de que las órdenes están redactadas o confirmadas por un cuidador titulado con la autorización correspondiente.
- Repetir la orden verbal al médico para asegurar la exactitud.
- Evitar aceptar órdenes verbales de otros cuidadores.
- Asegurarse de que las órdenes están documentadas según protocolo del centro antes de su consideración.
- Ayudar al médico que carezca de conocimientos en el sistema de información a ingresar las órdenes usando el nombre de registro del médico y esperar a tener la confirmación de que la orden es correcta.
- Clarificar las órdenes confusas o ilegibles.
- Clarificar abreviaturas confusas en las órdenes.
- Evaluar la conveniencia de las órdenes y garantizar que se provee toda la información necesaria.
- Consultar con un farmacéutico o médico cada vez que aparezcan dudas acerca de un fármaco o sobre una dosis prescrita que no sea familiar.
- Registrar cualquier desacuerdo con una orden médica después de discutir la orden con el médico y un supervisor.
- Firmar con nombre, cargo, fecha y hora en cada orden registrada.
- Transferir la orden al libro de registro, hoja de trabajo, formulario de medicación, hoja del laboratorio, plan de cuidados o (inventario tipo) Kardex correspondiente.
- Programar citas, según corresponda.
- Tomar nota de las fechas de comienzo y final de la toma de medicamentos, según normas del centro.
- Registrar las alergias del paciente al transcribir las órdenes de los medicamentos.
- Informar a los miembros del equipo de cuidados que hay que iniciar el tratamiento.
- Participar en el desarrollo y la mejora de un sistema informatizado de entrada de órdenes para médicos y otros proveedores.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Buppert, C. (2012). Who can enter computerized orders for physicians? *Medscape*. Obtenido de http://www.medscape.com/viewarticle/764357.

Kazemi, A., Fors, U., Tofighi, S., Tessma, M., & Ellenius, J. (2010). Physician order entry or nurse order entry? Comparison of two implementation strategies for a computerized order entry system aimed at reducing dosing medication errors. *Journal of Medical Internet Research, 12*(1), e5.

Potter, P., Perry, A., Stockert, P., & Hall, A. (Eds.). (2013). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Radley, D., Wasserman, M., Olsho, L., Shoemaker, S., Spranca, M., & Bradshaw, B. (2013). Reduction in medication errors in hospitals due to adoption of computerized provider order entry systems. *JAMIA: Journal of the American Medical Informatics Association, 20*(3), 470-476.

T

Transferencia

0970

Definición: Traslado de un paciente con limitación del movimiento independiente.

Actividades:

- Revisar las instrucciones de actividad en la historia.
- 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.
- Mantener el cuerpo del paciente bien alineado durante los movimientos.
- Levantar y mover al paciente con un elevador hidráulico, si es necesario.
- Mover al paciente con un tablero de traslado, si es necesario.
- Trasladar al paciente de la cama a la camilla, o viceversa, con una sábana para girarlo, según corresponda.
- Usar una tabla de transferencia, si precisa.
- Utilizar un cinturón para ayudar al paciente que pueda estar de pie con ayuda, según corresponda.
- Utilizar una incubadora, camilla o cama para mover a un paciente débil, herido o quirúrgico de un área a otra.
- Utilizar una silla de ruedas para mover a un paciente que no pueda desplazarse.
- Acunar y transportar a un lactante o niño pequeño.
- Ayudar al paciente a caminar utilizando el cuerpo del profesional como muleta humana, si es adecuado.
- Mantener dispositivos de tracción durante el movimiento, según corresponda.
- Evaluar al paciente al final del traslado para comprobar la alineación adecuada del cuerpo, ausencia de oclusión de tubos, ropa de cama sin arrugas, piel expuesta innecesariamente, nivel de comodidad adecuado del paciente, barandillas laterales elevadas y timbre de aviso al alcance del paciente.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Craven, R., & Hirnle, C. (2007). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2004). *Fundamentals of nursing* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Stahl, L. (1996). Working with people: How to transfer patients to other units. *American Journal of Nursing, 96*(8), 57-58.

Transferencia de cuidados del paciente

8140

Definición: Intercambiar información esencial sobre los cuidados del paciente con otro personal de enfermería en el cambio de turno (relevo) o de entorno (traslado).

Actividades:

- Seleccionar el tipo de relevo (p. ej., en persona, grabación de audio, en la cabecera del paciente, visitas a pie, resumen de historia clínica electrónica, reunión de equipo) que se va a utilizar.
- Presentarse al personal que llega, según sea necesario.
- Revisar los datos demográficos pertinentes, incluyendo nombre, edad y número de habitación.
- Identificar el motivo de admisión y cirugías recientes, según corresponda.
- Identificar a los médicos que lo atienden.
- Resumir los antecedentes de salud más significativos, según sea necesario.
- Identificar los diagnósticos médicos y de enfermería clave, según corresponda.
- Identificar los diagnósticos médicos y de enfermería resueltos, según corresponda.
- Presentar la información de forma breve, centrándose en los datos recientes y significativos que necesite el personal de enfermería que se hace responsable de los cuidados.
- Animar al paciente a que colabore para informar y hacer preguntas si se realiza al lado de la cama.
- Usar un formato de informe, herramienta o mnemónico estandarizado (p. ej., método SBAR: [Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación]).
- Describir el tratamiento, incluyendo dieta, fluidoterapia, medicamentos y ejercicio.
- Revisar los catéteres que tiene el paciente, dónde están, cuándo fueron colocados y cuándo deben vaciarse los recipientes, según corresponda.
- Determinar las pruebas diagnósticas y de laboratorio que deberán realizarse en las próximas 24 horas.
- Revisar los resultados de las pruebas diagnósticas y los análisis de laboratorio recientes, según corresponda.
- Describir los datos sobre el estado de salud, incluyendo las constantes vitales, así como los signos y síntomas durante el último turno.
- Describir las intervenciones de enfermería que se están llevando a cabo.

T

- Describir la respuesta del paciente y de la familia a las intervenciones de enfermería.
- Resumir el progreso hacia las metas.
- Resumir los planes de alta, según corresponda.
- Entrenar a enfermeras nuevas en el proceso de transferencia de los cuidados del paciente.
- Evaluar y revisar periódicamente el proceso de transferencia de los cuidados del paciente, según se indica.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Agency for Healthcare Research and Quality. (2013). *Nurse bedside shift report: Implementation handbook*. Obtenido de http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy3/index.html.

Laws, D., & Amato, S. (2010). Incorporating bedside reporting into change-of-shift report. *Rehabilitation Nursing, 35*(2), 70-74.

Riesenberg, L. A., Leitzsch, J., & Cunningham, J. M. (2010). Nursing handoffs: A systematic review of the literature. *American Journal of Nursing, 110*(4), 24-34.

Staggers, N., & Jennings, B. M. (2009). The content and context of change of shift report on medical and surgical units. *Journal of Nursing Administration, 39*(9), 393-398.

Wakefield, D. S., Ragan, R., Brandt, J., & Tregnago, M. (2012). Making the transition to nursing bedside shift reports. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 38*(6), 243-253.

Transporte: dentro de la instalación 7892

Definición: Traslado de un paciente de un área a otra de una instalación.

Actividades:

- Facilitar la coordinación y la comunicación antes del transporte.
- Obtener la orden del médico antes del transporte, según corresponda.
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesaria.
- Proporcionar el personal adecuado para ayudar en el transporte.
- Proporcionar el equipo adecuado para ayudar en el transporte.
- Comentar la necesidad de reubicación con el paciente y los allegados.
- Ayudar al paciente a recibir todo el cuidado necesario (p. ej., higiene personal, reunir las pertenencias) antes de realizar el traslado, según corresponda.
- Asegurarse de que la nueva ubicación para el paciente está preparada.
- Mover al paciente utilizando el equipo necesario.
- Utilizar una incubadora, camilla o cama para mover a un paciente débil, herido o quirúrgico de un área a otra.
- Utilizar una silla de ruedas para mover a un paciente que no puede caminar.
- Acunar y transportar a un lactante o niño pequeño.
- Ayudar al paciente a caminar utilizando el cuerpo del profesional como muleta humana, según corresponda.
- Acompañar al paciente durante el transporte si es necesario.
- Monitorizar los aspectos adecuados durante el transporte.
- Proporcionar un informe clínico sobre el paciente en la localización receptora, según corresponda.
- Documentar la información correspondiente relacionada con el transporte.
- Evacuar a los pacientes en situaciones de emergencia, como incendios, huracanes o tornados, según el plan de catástrofes del centro.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2001). *Fundamentals of nursing* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Stahl, L. (1996). Working with people: How to transfer patients to other units. *American Journal of Nursing, 96*(8), 57-58.

Warren, J., Fromm, R. E., Jr., Orr, R. A., Rotello, L. C., & Horst, H. M. (2004). Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. *Critical Care Medicine, 32*(1), 256-262.

Transporte: entre instalaciones 7890

Definición: Traslado de un paciente de una instalación a otra.

Actividades:

- Asegurarse de que se ha realizado y documentado un examen de cribado médico.
- Asegurarse de que el paciente se ha estabilizado según las capacidades de la instalación que realiza el traslado o ha cumplido las condiciones bajo las que pacientes inestables pueden trasladarse según la Emergency Treatment and Labor Act (EMTALA).
- Determinar la necesidad de traslado del paciente, y asegurarse de que el paciente requiere tratamiento en la instalación receptora y que los beneficios del traslado superan a los riesgos.
- Obtener la orden escrita del médico para transportar al paciente.
- Identificar la preferencia del paciente o de sus allegados para la instalación y el médico receptores, según corresponda.

- Documentar que la instalación receptora aceptará al paciente y tiene el equipo y el personal necesarios para controlar la situación clínica.
- Obtener el consentimiento escrito del paciente o sus allegados para el traslado.
- Obtener el consentimiento escrito para el traslado de menores, según corresponda.
- Obtener el consentimiento escrito para la entrega de la información del paciente a la instalación receptora.
- Facilitar el contacto entre médicos, según indica la legislación (EMTALA) y documentar este contacto.
- Disponer el tipo necesario de transporte.
- Proporcionar un informe clínico de enfermera a enfermera sobre el paciente a la instalación receptora y documentar este contacto.
- Movilizar y proporcionar personal, equipo de traslado y fármacos necesarios.
- Copiar las historias clínicas para la instalación receptora, incluido el registro actual de acontecimientos.
- Asegurarse de que las historias clínicas acompañan al paciente a la instalación receptora.
- Completar el certificado para el traslado y verificar que esté firmado, con la hora indicada y fechado por el médico.
- Documentar la causa médica del traslado, además de los beneficios y riesgos médicos del traslado, según indica la legislación EMTALA.
- Documentar toda la información relacionada con los pacientes que rechazan el traslado.
- Intentar asegurar la declaración escrita del rechazo al traslado del paciente si está indicado.
- Seguir tratando a los pacientes que rechazan su traslado con las capacidades de la instalación.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Bowen, S.L. (2004). Neonatal transport. In M.T., Verklan & M., Walden, (Eds.), *Core curriculum for neonatal intensive care nursing*. (Chap. 21). Philadelphia: W.B. Saunders.

Casaubon, D. (2001). EMTALA: Practical application with an algorithm. *Journal of Emergency Nursing, 27*(4), 364-368.

Gilstrap, L. C., Oh, W., Greene, M. F., & Lemons, J. A. (Eds.). (2002). Interhospital care of the perinatal patient. In *Guidelines for perinatal care* (5th ed., pp. 57–71). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists.

Glass, D. L., Rebstock, J., & Handberg, E. (2004). Emergency Treatment and Labor Act (EMTALA): Avoiding the pitfalls. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 18*(2), 103-114.

Society of Critical Care Medicine.. (1993). Guidelines for the transfer of critically ill patients. *Critical Care Medicine, 21*(6), 931-937.

Warren, J., Fromm, R. E., Jr., Orr, R. A., Rotello, L. C., & Horst, H. M. (2004). Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. *Critical Care Medicine, 32*(1), 256-262.

Tratamiento de la fiebre

3740

Definición: Tratamiento de los síntomas y afecciones relacionadas con un aumento de la temperatura corporal causado por pirógenos endógenos.

Actividades:

- Controlar la temperatura y otros signos vitales.
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos.
- Administrar medicamentos o líquidos i.v. (p. ej. antipiréticos, antibióticos y agentes antiescalofríos).
- No administrar aspirinas a los niños.
- Cubrir al paciente con una manta o con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre (es decir, ofrecer una manta cálida para la fase de escalofríos y ropa o ropa de cama ligera para las fases de fiebre y de defervescencia).
- Fomentar el consumo de líquidos.
- Facilitar el reposo, aplicando restricciones de actividad, si es preciso.
- Administrar oxígeno, según corresponda.
- Aplicar un baño tibio con esponja con cuidado (es decir, administrarlo a los pacientes con fiebre muy alta, pero no durante la fase de defervescencia y evitar en los pacientes que tengan frío).
- Aumentar la circulación del aire.
- Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y de signos y síntomas de la afección causante de la fiebre (p. ej., crisis comicial, disminución del nivel de consciencia, anomalías electrolíticas, desequilibrio acidobásico, arritmia cardíaca y cambios celulares anómalos).
- Garantizar que se controlan otros signos de infección en los ancianos, pues pueden presentar solo febrícula o ausencia de fiebre durante las infecciones.
- Garantizar que se aplican las medidas de seguridad si el paciente desarrolla agitación o delirio.
- Humedecer los labios y la mucosa nasal secos.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2009). The body's defense against infection. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed., pp. 1033-1070). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2008). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Tratamiento de la hipertermia 378

Definición: Manejo de los síntomas y afecciones relacionadas con un aumento de la temperatura corporal debido a una disfunción de la termorregulación.

Actividades:

- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.
- Monitorizar los signos vitales.
- Administrar oxígeno, si es necesario.
- Suspender el medicamento supuestamente causante (p. ej., inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) o antidepresivos tricíclicos) en los pacientes que presentan un síndrome neuroléptico maligno.
- Interrumpir la actividad física.
- Retirar al paciente de la fuente de calor, trasladándolo a un ambiente más frío.
- Aflojar o quitar la ropa.
- Aplicar métodos de enfriamiento externos (p. ej., bolsas de hielo en el cuello, el tórax, el abdomen, el cuero cabelludo y las axilas, así como una manta de enfriamiento en la ingle), según corresponda.
- Colocar al paciente en agua fría según la tolerancia para evitar escalofríos.
- Mojar la superficie del cuerpo del paciente y abanicarle.
- Evitar las friegas de alcohol con esponja.
- Proporcionar una solución de rehidratación oral (p. ej., bebidas deportivas) u otro líquido frío.
- No ofrecer colutorios o líquidos por vía oral a pacientes con deterioro neurológico.
- No administrar comprimidos de sal.
- Colocar un acceso i.v.
- Administrar líquidos i.v. usado soluciones enfriadas, según corresponda.
- Aplicar métodos internos de refrigeración (p. ej., lavado gástrico, vesical, peritoneal o torácico con suero helado), según corresponda.
- Administrar medicamentos antiescalofríos, según sea necesario.
- No administrar aspirina u otro antipirético.
- Colocar una sonda nasogástrica, según corresponda.
- Insertar una sonda urinaria.
- Interrumpir las actividades de enfriamiento cuando la temperatura corporal central alcance los 39 °C.
- Monitorizar la presencia de anomalías del estado mental (p. ej., confusión, comportamiento extraño, ansiedad, pérdida de coordinación, agitación, crisis comiciales y coma).
- Monitorizar la temperatura corporal central utilizando el dispositivo adecuado (p. ej., una sonda rectal o esofágica).
- Obtener los valores de laboratorio de los electrólitos séricc análisis de orina, enzimas cardíacas, enzimas hepáticas y hem grama completo, monitorizando los resultados.
- Monitorizar la diuresis.
- Monitorizar la gasometría arterial.
- Monitorizar la presencia de hipoglucemia.
- Monitorizar los resultados electrocardiográficos.
- Monitorizar la presencia de complicaciones (p. ej., insuficien renal, desequilibrio acidobásico, coagulopatía, edema pulmon edema cerebral y síndrome de disfunción multiorgánica).
- Proporcionar o coordinar el transporte al hospital para recil tratamiento adicional.
- Instruir a los pacientes sobre los factores de riesgo de enfermec des relacionadas con el calor (p. ej., temperatura ambiental al humedad elevada, deshidratación, ejercicio físico, obesidad, tremos de edad, ciertos medicamentos y enfermedades cardíaca
- Explicar al paciente las medidas para prevenir enfermeda relacionadas con el calor (p. ej., evitar una exposición so excesiva, asegurar una ingesta adecuada de alimentos nutriti y líquidos antes, durante y después de la actividad física, bus lugares donde se disponga de aire acondicionado, y usar r ligera, de colores claros y holgada).
- Explicar al paciente los signos y síntomas precoces de enfer dades relacionadas con el calor y cuándo buscar ayuda de profesional sanitario.

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Badjatia, N. (2009). Hyperthermia and fever control in brain injury. *Cri Care Medicine, 37*(7 Suppl.), S250-S257.

Laskowski-Jones, L. (2010). Care of patients with common environme emergencies. In D. D. Ignatavicius, & M. L. Workman (Eds.), *Medi surgical nursing: Patient-centered collaborative care* (6th ed., pp. 141-1 St. Louis: Elsevier Saunders.

McDermott, B. P., Casa, D. J., Ganio, M. S., Lopez, R. M., Yeargin, S. Armstrong, L. E., & Maresh, C. M. (2009). Acute whole-body cooling exercise-induced hyperthermia: A systematic review. *Journal of Ath Training, 44*(1), 84-93.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008). Emerge nursing. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nur* (11th ed., pp. 2516-2557). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilk

T

Tratamiento de la hipotermia 38

Definición: Prevención de la pérdida de calor, recalentamiento y vigilancia de un paciente cuya temperatura corporal centr es anormalmente baja debido a circunstancias no inducidas.

Actividades:

- 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 cuidado y evitar el movimiento excesivo) para no precipitar fibrilación ventricular.
- Recomendar al paciente con hipotermia no complicada que co ma líquidos calientes, ricos en carbohidratos, sin alcohol ni cafe
- Compartir el calor corporal, usando poca ropa para facilit transferencia de calor entre la víctima y el rescatador.

- 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 forzado, manta caliente, luz radiante, almohadillas de calentamiento y calentadores de aire convectivos).
- 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).
- Monitorizar las complicaciones asociadas con el recalentamiento extracorpóreo (p. ej., síndrome de dificultad respiratoria aguda, insuficiencia renal aguda y neumonía).
- Iniciar la RCP en los pacientes sin circulación espontánea y sabiendo que los intentos de desfibrilación pueden ser ineficaces hasta que la temperatura corporal central no sea superior a 30 °C.
- 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 los síntomas asociados con la hipotermia leve (p. ej., taquipnea, disartria, escalofríos, hipertensión arterial y diuresis), la hipotermia moderada (p. ej., arritmias auriculares, hipotensión, apatía, coagulopatía e hiporreflexia) y la hipotermia grave (p. ej., oliguria, ausencia de reflejos neurológicos, edema pulmonar y anomalías acidobásicas).
- Monitorizar la aparición de shock por recalentamiento.
- 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, enfermedad, lesión traumática, estados de shock, inmovilización, climatología, edades extremas, medicamentos, intoxicación etílica, desnutrición, hipotiroidismo y diabetes).

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Ireland, S., Murdoch, K., Ormrod, P., Saliba, E., Endacott, R., Fitzgerald, M., & Cameron, P. (2006). Nursing and medical staff knowledge regarding the monitoring and management of accidental or exposure hypothermia in adult major trauma patients. *International Journal of Nursing Practice, 12*(6), 308-318.

Laskowski-Jones, L. (2010). Care of patients with common environmental emergencies. In D. D. Ignatavicius, & M. L. Workman (Eds.), *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care* (6th ed., pp. 141-168). St. Louis: Elsevier Saunders.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2008). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Tratamiento del edema cerebral 2540

Definición: Limitación de lesiones cerebrales secundarias derivadas del edema del tejido cerebral.

Actividades:

- Observar si hay confusión, cambios del nivel de consciencia, síntomas de mareo y síncope.
- Monitorizar estrechamente el estado neurológico y compararlo con la situación basal.
- Monitorizar los signos vitales.
- Monitorizar las características del drenaje de LCR: color, transparencia y consistencia.
- Registrar el drenaje de LCR.
- Monitorizar la PVC, la presión de enclavamiento de la arteria pulmonar y la PAP, según corresponda.
- Monitorizar la PIC y la presión de perfusión cerebral.
- Analizar la onda de la PIC.
- Monitorizar el estado respiratorio: frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones; niveles de PaO_2, pCO_2, pH y bicarbonato.
- Permitir que la PIC vuelva al nivel basal mediante los cuidados de enfermería.
- Monitorizar la PIC y la respuesta neurológica del paciente a los cuidados de enfermería.
- Disminuir los estímulos ambientales del paciente.
- Planificar los cuidados para disponer de períodos de reposo.
- Suministrar sedación, si es necesario.
- Observar los cambios del paciente en respuesta a los estímulos.
- Cuidar las conversaciones dentro del perímetro auditivo del paciente.
- Administrar anticomiciales, según corresponda.
- Evitar la flexión del cuello o la flexión extrema de la cadera/rodilla.
- Evitar las maniobras de Valsalva.
- Administrar laxantes.
- Colocar el cabecero de la cama levantado a 30° o más.
- Evitar el uso de PEEP.
- Administrar agentes bloqueadores neuromusculares, según corresponda.
- Animar a la familia/allegados a hablar con el paciente.
- Restringir la administración de líquidos.
- Evitar la administración de líquidos i.v. hipotónicos
- Realizar los ajustes del respirador para mantener la $PaCO_2$ en los niveles prescritos.
- Limitar las pasadas de aspiración de secreciones a menos de 15 segundos.
- Vigilar los valores de laboratorio: osmolalidad sérica y urinaria, niveles de sodio y potasio.
- Controlar los índices de presión/volumen.
- Realizar ejercicios pasivos de rango de movimiento.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Mantener la normotermia.
- Administrar diuréticos de asa u osmóticos.
- Poner en práctica las precauciones anticomiciales.
- Ajustar la dosis de barbitúricos para conseguir un EEG de supresión o de ráfaga-supresión, según las órdenes médicas.
- Establecer medios de comunicación: realizar preguntas cuyas respuestas sean sí o no; proporcionar una pizarra, lápiz y papel, tableros con imágenes, tarjetas y dispositivos de ayuda vocal.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:
American Academy of Pediatrics. (1999). The management of minor closed head injury in children. *Pediatrics, 104*(6), 1407-1415.
American Association of Critical-Care Nurses. (1998). *Core curriculum for critical care nursing* (5th ed.). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
Orfanelli, L. (2001). Neurologic examination of the toddler: How to assess for increased intracranial pressure following head trauma. *American Journal of Nursing, 101*(12), 24CC–24FF.
Yanko, J. R., & Mitcho, K. (2001). Acute care management of severe traumatic brain injuries. *Critical Care Nursing Quarterly, 23*(4), 1-23.

Tratamiento del trauma de la violación 6300

Definición: Proporcionar apoyo emocional y físico inmediatamente después de denunciar una violación.

Actividades:
- Ofrecer una persona de apoyo para acompañar a la paciente.
- Explicar los procedimientos legales disponibles a la paciente.
- Explicar el protocolo de actuación tras una violación y obtener el consentimiento para actuar de acuerdo con él.
- Registrar si la paciente se ha duchado, lavado o bañado después del incidente.
- Registrar el estado mental, físico (ropa, suciedad, restos), historial del incidente, pruebas de violencia y antecedentes ginecológicos.
- Determinar la presencia de cortes, magulladuras, hemorragia, laceraciones y demás señales de violencia física.
- Poner en práctica el protocolo de violaciones (etiquetar y guardar la ropa sucia, secreciones vaginales y cepillado del vello genital).
- Proteger las muestras como evidencia legal.
- Realizar asesoramiento de intervención en las crisis.
- Ofrecer medicación para evitar el embarazo, según corresponda.
- Ofrecer medicación antibiótica profiláctica contra enfermedades venéreas, por orden médica.
- Informar a la paciente acerca de las pruebas del VIH, según corresponda.
- Dar instrucciones claras, por escrito, acerca del uso de los medicamentos, servicios de apoyo de crisis y apoyo legal.
- Remitir a la paciente a un programa de defensa jurídica contra violaciones.
- Documentar de acuerdo con el departamento de policía.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:
Boyd, M. R. (2005). Caring for abused persons. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed., pp. 823-856). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Burgess, A. W., Fehder, W. P., & Hartman, C. R. (1995). Delayed reporting of the rape victim. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 33*(9), 21-29.
Fishwick, N., Parker, B., & Campbell, J. C. (2005). Care of survivors of abuse and violence. In G. W. Stuart, & M. T. Laraia (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed., pp. 798-815). St. Louis: Mosby.
Haddix-Hill, K. (1997). The violence of rape. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 9*(2), 167-174.
Morrison, G., & Butcher, H. K. (1997). Rape trauma syndrome. In G. K. McFarland, & E. A. McFarlane (Eds.), *Nursing diagnoses and interventions: Planning for patient care* (3rd ed., pp. 764-786). St. Louis: Mosby.

Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas 4510

T

Definición: Cuidar del paciente y los familiares que presenten una disfunción debido al consumo o dependencia de sustancias nocivas.

Actividades:
- Fomentar una relación de confianza a la vez que se establecen límites claros (es decir, aportar pruebas sutiles pero firmes de la disfunción, mantener la atención en el consumo de sustancias o dependencia, e inspirar esperanza).
- 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).
- Informar al paciente de que el volumen y la frecuencia de consumo de sustancias causante de disfunción varía mucho entre las personas.
- Instruir a los pacientes sobre los efectos de la sustancia consumida (p. ej., físicos, psicológicos y sociales).
- Comentar las necesidades de tratamiento de las dificultades asociadas de tipo médico, psicológico, social, laboral, de vivienda y legales.
- Animar o alabar los esfuerzos del paciente para aceptar la responsabilidad de la disfunción y tratamiento relacionados con el consumo de sustancias.
- Proporcionar tratamiento de los síntomas durante el período de desintoxicación.
- Administrar medicamentos (p. ej., disulfiram, acamprosato, metadona, naltrexona, los parches o chicles de nicotina, o buprenorfina), según la indicación.
- Instruir a los pacientes o familiares acerca de los medicamentos utilizados para el tratamiento.
- Proporcionar terapia (p. ej., la terapia cognitiva, terapia motivacional, orientación, apoyo familiar, terapia familiar, o un enfoque de refuerzo comunitario para adolescentes), según esté indicado.

- Establecer programas multidisciplinarios (p. ej., terapia de hospitalización a corto plazo residencial, programa de desintoxicación o tratamiento residencial en una comunidad terapéutica), si procede.
- Animar a los pacientes a participar en el programa de apoyo de autoayuda durante y después del tratamiento (p. ej., programas de 12 pasos, Women for Sobriety, o Rational Recovery).
- Comentar la importancia de abstenerse del consumo de sustancias, identificando objetivo del tratamiento más adecuado (p. ej., abstinencia total, sobriedad día a día, o consumo moderado de la sustancia).
- Coordinar y facilitar la estrategia de confrontación de grupo para abordar el uso de mecanismos de defensa y el papel que desempeñan en el consumo de sustancias (p. ej., la negación).
- Instruir a los pacientes sobre las técnicas de manejo del estrés (p. ej., ejercicio, meditación y terapia de relajación).
- Ayudar a los pacientes a desarrollar mecanismos de afrontamiento eficaces saludables.
- Identificar y abordar los patrones de relación disfuncionales en las relaciones sociales, familiares o de otro tipo del paciente (p. ej., la codependencia y facilitadores).
- Ayudar a identificar y facilitar las conexiones con personas de apoyo.
- Ayudar en la resocialización, la reconstrucción de las relaciones y la disminución de egocentrismo.
- 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.
- Ayudar a los pacientes en el desarrollo de la autoestima, fomentando los esfuerzos positivos y la motivación.
- Animar al paciente a mantener un registro detallado del consumo de sustancias para evaluar el progreso.
- Ayudar al paciente a evaluar la cantidad de tiempo dedicado al consumo de sustancias y los patrones habituales a lo largo del día.
- Participar en esfuerzos para mantenerse al tanto de los programas disponibles, los recursos y la legislación destinada a la educación, la prevención y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias.
- Instruir al paciente sobre los síntomas o conductas que incrementan las posibilidades de recaída (p. ej., agotamiento, depresión, falta de honradez y complacencia).
- Desarrollar un plan para la prevención de la recaída (p. ej., contrato, identificación de recursos para diversas necesidades en situación de estrés, e identificar actividades de promoción de la salud que tengan en cuenta el consumo de sustancias).
- Enseñar a la familia sobre el trastorno por consumo de sustancias y la disfunción relacionada, además de incluirla en la planificación y las actividades de tratamiento.
- Animar a la familia a participar en los esfuerzos de recuperación.
- Derivar al paciente a los servicios necesarios.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Essau, C. A. (Ed.). (2008). *Adolescent addiction: Epidemiology, assessment, and treatment*. London: Academic Press.

Jacobson, S. A., Pies, R. W., & Katz, I. R. (2007). Treatment of substance-related disorders. In *Clinical manual of geriatric psychopharmacology* (pp. 403-475). Arlington, VA: American Psychiatric.

Lickteig, M. (2009). Substance use disorders. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric-mental health nursing: Evidence-based concepts, skills, and practices* (7th ed., pp. 607-650). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Trigoboff, E. (2009). Substance-related disorders. In C. R. Kneisl, & E. Trigoboff (Eds.), *Contemporary psychiatric-mental health nursing* (2nd ed., pp. 323-369). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva, Switzerland: Author.

Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas 4514

Definición: Cuidados de un paciente que pasa por un proceso de desintoxicación de drogas.

Actividades:

- Monitorizar los signos vitales.
- Monitorizar los sistemas respiratorio y cardíaco (p. ej., hipertensión, taquicardia y bradipnea).
- Monitorizar los cambios del nivel de consciencia.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Monitorizar la presencia de tendencias suicidas.
- Poner en práctica las precauciones para los pacientes en riesgo de suicidio.
- Monitorizar los síntomas de abstinencia (p. ej., fatiga, alteraciones sensoriales, irritabilidad, violencia, depresión, ataques de pánico, ansiedad por consumir, insomnio, agitación, dolor muscular, cambios de apetito, bostezos, debilidad, cefalea, rinorrea, midriasis, escalofríos, ansiedad, diaforesis, náuseas, vómitos, temblores, psicosis y ataxia).
- Proporcionar tratamiento sintomático.
- Administrar medicamentos (p. ej., benzodiazepinas, clorpromazina, diazepam, tratamiento sustitutivo de nicotina, fenobarbital, clonidina, trazodona, metadona, agonistas alfa-2 adrenérgicos y antipsicóticos), siendo conscientes de la tolerancia cruzada.
- Poner en práctica las precauciones para los pacientes con riesgo de crisis comiciales.
- Proporcionar una nutrición adecuada (p. ej., pequeñas cantidades de líquidos con frecuencia y alimentos ricos en calorías).
- Ayudar con las actividades de la vida diaria.
- Poner en práctica precauciones para los pacientes con riesgo de caerse.
- Mantener un entorno de baja estimulación (p. ej., hablar en voz baja y tranquila, ofrecer garantías sobre la seguridad y garantizar un entorno cómodo, oscuro, silencioso y no amenazante).
- Reorientar al paciente a la realidad.
- Animar a los pacientes a participar en apoyo de seguimiento (p. ej., terapia de grupo de compañeros, asesoramiento individual o familiar y programas educativos de recuperación de las drogas).
- Ofrecer asistencia de apoyo (p. ej., provisión de alimentos y acogida, psicoterapia estructurada).
- Derivar a los servicios necesarios.
- Facilitar el apoyo de la familia y los allegados.
- Brindar apoyo a la familia o allegados, según corresponda.

- Instruir al paciente y la familia sobre el proceso de consumo de drogas y la dependencia.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Lickteig, M. (2009). Substance use disorders. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric-mental health nursing: Evidence-based concepts, skills, and practices* (7th ed., pp. 607-650). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippi Williams & Wilkins.

Trigoboff, E. (2009). Substance-related disorders. In C. R. Kneisl, & E. Trig (Eds.), *Contemporary psychiatric-mental health nursing* (2nd ed., pp. 369). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

World Health Organization, Department of Mental Health and Subst Abuse. (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacolo treatment of opioid dependence*. Geneva, Switzerland: Author.

Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol 4

Definición: Cuidado de un paciente que experimenta una interrupción brusca del consumo de alcohol.

Actividades:

- Crear un ambiente de baja estimulación para la desintoxicación.
- Monitorizar los signos vitales durante el proceso de desintoxicación.
- Monitorizar la aparición de *delirium tremens*.
- Administrar anticomiciales o sedantes, según corresponda.
- Medicar para aliviar las molestias físicas, si es necesario.
- Enfocar la conducta abusiva del paciente de una forma neutral.
- Tratar las alucinaciones de una manera terapéutica.
- Mantener una ingesta nutritiva y de líquidos adecuada.
- Administrar vitaminas, si se considera oportuno.
- Observar si hay consumo de alcohol encubierto durante la desintoxicación.
- Escuchar las inquietudes del paciente acerca de la retirada del alcohol.
- Proporcionar apoyo emocional al paciente/familia, según se precise.
- Proporcionar tranquilidad verbal, según corresponda.
- Proporcionar orientación sobre la realidad, cuando se prec
- Tranquilizar al paciente alegando que es común que la depre y la fatiga se produzcan durante la retirada del alcohol.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Faltz, B. G., & Wing, R. V. (2005). Substance use disorders. In M. A. (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (3rd ed., pp. 524- Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Joyce, C. (1989). The woman alcoholic. *American Journal of Nursing*, 8 1314-1316.

Powell, A. H., & Minick, M. P. (1988). Alcohol withdrawal syndrome. *Am Journal of Nursing, 88*(3), 312-315.

Stuart, G. W., & Jefferson, L. V. (2005). Chemically mediated response substance-related disorders. In G. W. Stuart, & M. T. Laraia (Eds.), *Prin and practice of psychiatric nursing* (8th ed., pp. 473-516). St. Louis: M

Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: sobredosis 4

Definición: Cuidado de un paciente que presenta efectos tóxicos debido al consumo de una o más drogas.

Actividades:

- Crear o mantener una vía respiratoria permeable.
- Monitorizar el estado respiratorio, cardíaco, gastrointestinal renal y neurológico.
- Monitorizar los signos vitales.
- Colocar al paciente en la posición más adecuada (p. ej., posición de semi-Fowler si el paciente está despierto, decúbito lateral izquierdo, si el paciente no responde a estímulos).
- Proporcionar un entorno seguro (es decir, almohadillar las barandillas laterales, mantener la cama en la posición más baja, retirar los objetos peligrosos y colocar al guardia de seguridad cerca de la habitación del paciente).
- Establecer una relación de confianza con el paciente o la familia (es decir, utilizar un enfoque sin prejuicios, no reprender).
- Realizar la investigación toxicológica necesaria y las pruebas funcionales del sistema afectado (p. ej., cribado de drogas en orina y en suero, gasometría arterial, niveles de electrólitos, enzimas hepáticas, nitrógeno ureico sanguíneo y creatinina).
- Contactar con el centro de toxicología para ayudar a determinar el tratamiento definitivo.
- Establecer un acceso intravenoso, con administración de siones según lo prescrito.
- Monitorizar los síntomas específicos de la droga consu (p. ej., miosis, hipotensión y bradicardia por sobredos opiáceos; náuseas, vómitos, diaforesis y dolor en el hipocor derecho 48-72 horas después de la sobredosis de paraceta y midriasis, taquicardia, crisis comiciales y dolor torácico sobredosis de cocaína).
- Administrar agentes específicos de la sustancia consumid los síntomas del paciente (p. ej., antieméticos, naloxona, tia glucosa, flumazenil, calcio, vasopresores, antiarrítmicos, trópicos).
- Administrar agentes o realizar procedimientos para im la absorción del fármaco y aumentar la excreción de d (p. ej., ipecacuana, carbón activado, lavado gástrico, hemodi catárticos, exanguinotransfusión, modificación del pH de la y sérico, así como lavado intestinal completo).
- Comunicarse con el paciente, proporcionando tranqui abordando las alucinaciones o delirios y transmitiendo la prensión de los miedos u otros sentimientos.

T

- Monitorizar las entradas y salidas.
- Tratar la hipertermia (es decir, aplicar compresas de hielo para la fiebre causada por las anfetaminas o la intoxicación por cocaína).
- Proporcionar apoyo emocional a los pacientes y familiares.
- Monitorizar las tendencias suicidas.
- Informar sobre el uso adecuado de los medicamentos.
- Ayudar a los pacientes a identificar maneras de minimizar el potencial de sobredosis accidental (p. ej., almacenar los medicamentos en su envase original, tratar los problemas de confusión o de memoria y almacenar medicamentos fuera del alcance de los niños).
- Enseñar a la familia o al cuidador las necesidades del paciente de cuidados de seguimiento.
- Enseñar a la familia o cuidador la aspiración y las precauciones en caso de crisis comicial.
- Derivar al paciente según se precise (p. ej., organismo de salud a domicilio, trabajador social, psiquiatra, o programa de tratamiento del consumo de drogas).

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Johnson, J. M. (2008). Over-the-counter overdoses: A review of ibuprofen, acetaminophen, and aspirin toxicity in adults. *Advanced Emergency Nursing Journal, 30*(4), 369-378.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008). Emergency nursing. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (11th ed., pp. 2516-2557). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sturt, P. A. (2005). Toxicologic conditions. In J. Fultz, & P. A. Sturt (Eds.), *Mosby's emergency nursing reference* (3rd ed., pp. 643-681). St. Louis: Elsevier Mosby.

Triaje: catástrofe

6362

Definición: Establecer las prioridades de los pacientes que necesitan recibir tratamiento urgente asignando recursos escasos.

Actividades:

- Preparar una zona y el equipo para el triaje.
- Reunir información sobre la naturaleza del problema, emergencia, accidente o catástrofe.
- Considerar los recursos disponibles.
- Ponerse en contacto con el personal adecuado.
- Evaluar primero a los pacientes críticos del campo.
- Evaluar a los lesionados, según corresponda.
- Participar en la determinación de prioridades de los pacientes para el tratamiento.
- Observar y tratar las lesiones potencialmente mortales o las necesidades agudas.
- Identificar la afección principal del paciente.
- Obtener información acerca de los antecedentes personales del paciente.
- Comprobar la presencia de etiquetas de alerta médica, según corresponda.
- Realizar una primera evaluación de todos los sistemas corporales, según corresponda.
- Poner en marcha medidas de urgencia adecuadas, según se indique.
- Realizar un estudio posterior de los sistemas corporales, según corresponda.
- Llevar a cabo la identificación correspondiente, según el estado del paciente.
- Ayudar con la realización de las pruebas diagnósticas necesarias, según el estado del paciente.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Mezza, I. (1992). Triage: Setting priorities for health care. *Nursing Forum, 27*(2), 15-19.

Pepe, P. E. (1988). Whom to resuscitate. In J. M. Civetta, R. W. Taylor, & R. K. Kirby (Eds.), *Critical care*. Philadelphia: J. B. Lippincott.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Terrorism, mass casualty, and disaster nursing. In *Brunner Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 2183-2198). (Vol. 2). Philadelphia: Lippincott Williams, Wilkins.

Triaje: centro de urgencias

6364

Definición: Establecer prioridades e iniciar el tratamiento en pacientes en un centro de urgencias.

Actividades:

- Monitorizar la respiración y la circulación.
- Realizar intervenciones de crisis, según proceda.
- Disminuir la escalada de violencia, según proceda.
- Atender a los pacientes que requieren cuidados urgentes a la zona de tratamiento inmediatamente.
- Evaluar y trasladar a las madres que presenten trabajo de parto.
- Explicar el proceso de triaje a todos aquellos que requieran sus servicios.
- Monitorizar los signos vitales.
- Realizar una exploración física enfocada al motivo de consulta.
- Obtener el historial médico pertinente.
- Identificar los medicamentos actuales.
- Clasificar según la agudeza de su estado.
- Remitir a los pacientes no urgentes a clínicas, a otros profesionales de atención primaria o a departamentos sanitarios.
- Ponerse en contacto con el centro de toxicología e iniciar el tratamiento, según sea conveniente.
- Entablillar posibles extremidades fracturadas, según proceda.
- Realizar una primera cura de las quemaduras, según proceda.
- Controlar las hemorragias.
- Vendar las heridas.
- Guardar las partes amputadas.
- Iniciar los protocolos terapéuticos.

- Ordenar pruebas diagnósticas, según sea conveniente.
- Asignar los pacientes a médicos y/o equipos de tratamiento.
- Proporcionar información al cuidador que recibe al paciente.
- Controlar a los pacientes que esperan.
- Servir de enlace entre el equipo de asistencia sanitaria y las personas de la sala de espera.
- Contestar las preguntas de los pacientes y las familias.
- Tranquilizar a los pacientes y a las familias.
- Aconsejar sobre el proceso de duelo.
- Atender las llamadas telefónicas de las personas que pidan información.
- Controlar a los visitantes y pacientes.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Donatelli, N. S., Flaherty, L., Greenberg, L., Larson, L., & Newberry, L. (Ed (1995). *Standards of emergency nursing practice* (3rd ed.). St. Louis: Mos

Emergency Nurses Association. (1995). *Standards of emergency nursing pr tice*. St. Louis, MO: Mosby-Yearbook.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Emergency nursing. In *Brunne Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 2147-2182). (Vol. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Triaje: teléfono 63

Definición: Determinar el tipo y la urgencia del problema y dar instrucciones por teléfono del nivel de atención necesari

Actividades:

- Identificarse con nombre, credenciales y organización; hacer saber a quien llama si se está grabando la llamada (p. ej., para control de calidad).
- Mostrar buena disposición para ayudar (p. ej., «¿cómo puedo ayudarle?»).
- Obtener información acerca del propósito de la llamada (tipo de urgencia, síntomas, diagnóstico médico, antecedentes médicos y régimen terapéutico actual).
- Considerar posibles barreras culturales y socioeconómicas para lograr la respuesta del paciente.
- Identificar la preocupación del paciente acerca de su estado de salud.
- Hablar directamente con el paciente siempre que sea posible.
- Dirigir, facilitar y tranquilizar a la persona que llama dándole instrucciones de actuación sencillas, según sea necesario.
- Informarse sobre quejas/síntomas relacionados (de acuerdo con las normas estándar, si se dispone de ellas).
- Utilizar normas estandarizadas basadas en los síntomas para identificar y evaluar datos significativos y clasificar la urgencia de los síntomas, según se disponga de ellos.
- Priorizar los síntomas notificados, determinando el que tiene un mayor riesgo potencial en primer lugar.
- Obtener datos relacionados con la eficacia del tratamiento o tratamientos actuales, si se recibe alguno.
- Determinar si las preocupaciones requieren una evaluación posterior (utilizar normas estándar si se dispone de ellas).
- Proporcionar instrucciones de primeros auxilios o direcciones de urgencias para las crisis (instrucciones de RCP o parto) utilizando normas estándar.
- Mantener la línea abierta mientras se contacta con los servicios de urgencia, de acuerdo con el protocolo de la organización.
- Proporcionar instrucciones claras para el transporte hasta el hospital, según sea necesario.
- Aconsejar al paciente de las diferentes opciones de derivación y/o de actuación.
- Informar acerca del régimen terapéutico y de las responsabilidades resultantes de los autocuidados, según sea necesario, de acuerdo con la aplicación práctica y las normas establecidas.
- Confirmar que el paciente comprende los consejos o las dir trices a través de la verbalización.
- Determinar la necesidad y establecer intervalos de tiempo p posteriores valoraciones intermitentes.
- Registrar cualquier valoración, consejo, instrucciones u o tipo de información administrada al paciente de acuerdo las normas especificadas.
- Determinar cómo puede localizarse al paciente o a alg miembro de la familia para devolver la llamada, según conveniente.
- Registrar el permiso para devolver la llamada y las personas la pueden recibir.
- Realizar un seguimiento para determinar la disposición; do mentar la disposición y el objeto de la acción del paciente, se sea necesario.
- Mantener la confidencialidad, según esté indicado.
- Comentar y resolver llamadas problemáticas con ayuda coleg de un supervisor.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

American Academy of Ambulatory Care Nursing. (1997). *Telephone nu practice administration and practice standards*. Pitman, NJ: Antho Jannetti.

Janowski, M. (1995). Is telephone triage calling you? *American Journ Nursing*, 95(9), 59-62.

Katz, H. P. (1990). *Telephone medicine, triage and training: A handboo primary care health professionals*. Philadelphia: F.A. Davis.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Emergency nursing. In *Brunn Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (pp. 2147-2182). (Vo Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Stock, C. M. (1995). Standardization of telephone triage: Is it time? *Jour Nursing Law*, *2*(2), 19-25.

Wheeler, S., & Siebelt, B. (1997). Calling all nurses: How to perform telep triage. *Nursing 97*, *27*(7), 36-41.

T

Vestir 1630

Definición: Elegir, poner y quitar las ropas a una persona que no puede realizar tal actividad por sí misma.

Actividades:

- Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse.
- Observar la capacidad del paciente para vestirse.
- Vestir al paciente después de completar la higiene personal.
- Fomentar su participación en la elección de la vestimenta.
- Fomentar el uso de dispositivos para el autocuidado, según corresponda.
- Vestir la extremidad afectada primero, según corresponda.
- Vestir al paciente con ropas que no le aprieten.
- Vestir al paciente con ropas personales, si es posible.
- Cambiar la ropa del paciente al acostarse.
- Elegir los zapatos/zapatillas que faciliten un caminar o deambulación con seguridad.
- Ofrecerse a lavar la ropa, si es necesario.
- Proporcionar asistencia hasta que sea totalmente capaz de responsabilizarse y de vestirse por sí mismo.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Self-care and hygiene. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed., pp. 703-752). Philadelphia, PA: Lippincott Williams, & Wilkins.

Engleman, K. K., Mathews, R. M., & Altus, D. E. (2002). Restoring dressing independence in persons with Alzheimer's disease: A pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 17*(1), 37-43.

Sorensen, K., & Luckmann, J. (1986). *Basic nursing: A psychophysiologic approach* (2nd ed.). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Stryker, R. (1977). *Rehabilitative aspects of acute and chronic nursing care* (2nd ed.). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Vigilancia 6650

Definición: Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.

Actividades:

- Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda.
- Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales.
- Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud.
- Seleccionar los índices adecuados del paciente para la vigilancia continuada, en función de la condición del paciente.
- Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata (p. ej., alteraciones de los signos vitales, frecuencia cardíaca elevada o disminuida, presión arterial elevada o disminuida, disnea, baja saturación de oxígeno a pesar de aumentar su aporte, alteración del nivel de consciencia, crisis comiciales repetidas o prolongadas, dolor torácico, cambios agudos del estado mental, o sensación del personal de enfermería o del paciente de que «algo va mal»).
- Activar el equipo de respuesta rápida si está indicado por la presencia de elementos de alerta, según las normas del centro.
- Preguntar al paciente por sus signos, síntomas o problemas recientes.
- Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de los datos, según lo indique el estado del paciente.
- Monitorizar a los pacientes inestables o estables pero en estado crítico (p. ej., pacientes que requieren evaluación neurológica frecuente, pacientes con arritmias cardíacas, pacientes con infusión i.v. continua de fármacos como nitroglicerina o insulina).
- Facilitar la recopilación de pruebas diagnósticas, según se precise.
- Interpretar los resultados de las pruebas diagnósticas, según corresponda.
- Recuperar e interpretar los datos de laboratorio.
- Ponerse en contacto con el médico, según corresponda.
- Explicar los resultados de las pruebas diagnósticas al paciente y a la familia.
- Implicar al paciente y la familia en las actividades de monitorización, si es apropiado.
- Observar la capacidad del paciente para realizar las actividades de autocuidado.
- Comprobar el estado neurológico.
- Vigilar los patrones conductuales.
- Monitorizar la capacidad cognitiva.
- Controlar el estado emocional.
- Monitorizar los signos vitales, según corresponda.
- Colaborar con el médico para instaurar la monitorización hemodinámica invasiva, según proceda.
- Colaborar con el médico para instaurar la monitorización de la presión intracraneal, según corresponda.
- Comprobar el nivel de comodidad y tomar las acciones correspondientes.
- Observar estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente y la familia.
- Controlar los cambios de los patrones de sueño.
- Vigilar la oxigenación y poner en marcha las medidas que promuevan una oxigenación adecuada de los órganos vitales.
- Valorar periódicamente el estado de la piel en los pacientes de alto riesgo.
- Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio hidroelectrolítico.
- Comprobar la perfusión tisular, si es el caso.
- Observar si hay infección, según corresponda.
- Controlar el estado nutricional, según corresponda.
- Comprobar la función gastrointestinal, según corresponda.
- Vigilar el patrón de eliminación, según corresponda.
- Observar si hay tendencias hemorrágicas en los pacientes de alto riesgo.

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

- Anotar el tipo y la cantidad de drenaje de los tubos y orificios, y notificar al médico los cambios importantes.
- Solucionar los problemas de equipo y sistemas para mejorar la recogida de datos fiables del paciente.
- Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejorías y deterioros en el estado del paciente.
- Iniciar y/o cambiar el tratamiento médico para mantener los parámetros del paciente dentro de los límites ordenados por el médico mediante los protocolos establecidos.
- Facilitar la administración de servicios interdisciplinarios (servicios pastorales o audiología), según corresponda.
- Consultar con el médico cuando los datos del paciente indiquen una necesidad de cambio de terapia médica.
- Establecer el tratamiento adecuado, usando los protocolos vigentes.
- Establecer la prioridad de las acciones en función del estado del paciente.
- Analizar las órdenes médicas junto con el estado del paciente para garantizar su seguridad.
- Consultar con el profesional sanitario correspondiente para iniciar un nuevo tratamiento o cambiar los tratamientos existentes.
- Proporcionar un entorno adecuado para lograr los resultados deseados del paciente (p. ej., asignar una enfermera con una competencia adaptada a las necesidades del paciente, proporcionar la proporción enfermeras/paciente necesaria, proporcionar el personal auxiliar adecuado, garantizar la continuidad de los cuidados.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2013

Bibliografía:

Baird, S. K., & Turbin, L. B. (2011). Condition concern: An innovative response system for enhancing hospitalized patient care and safety. *Journal of Nursing Care Quality, 26*(3), 199-207.

Butner, S. C. (2011). Rapid response team effectiveness. *Dimensions of Critical Care Nursing, 30*(4), 201-205.

Kelly, L., & Vincent, D. (2011). The dimensions of nursing surveillance: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 67*(3), 652-661.

Kutney-Lee, A., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2009). Development of the hospital nurse surveillance capacity profile. *Research in Nursing & Health, 32*(2), 217-228.

Mailey, J., Digiovine, B., Baillod, D., Gnam, G., Jordan, J., & Rubinfeld, I. (2006). Reducing hospital standardized mortality rate with early interventions. *Journal of Trauma Nursing, 13*(4), 178-182.

Schmid, A., Hoffman, L., Happ, M. B., Wolf, G. A., & DeVita, M. (2007). Failure to rescue: A literature review. *Journal of Nursing Administration, 37*(4), 188-198.

Shever, L. L. (2011). The impact of nursing surveillance on failure to rescue. *Research & Theory for Nursing Practice, 25*(2), 107-126.

Shever, L. L., Titler, M. G., Kerr, P., Qin, R., Kim, T., & Picone, D. M. (2008). The effect of high nursing surveillance on hospital cost. *Journal of Nursing Scholarship, 40*(2), 161-169.

Vigilancia: al final del embarazo 6656

Definición: Recopilación, interpretación y síntesis objetivas y continuadas de los datos maternofetales para el tratamiento, observación e ingreso.

Actividades:

- Revisar el historial obstétrico, según disponibilidad.
- Determinar los riesgos de salud de la madre y el feto por medio de una entrevista a la paciente.
- Establecer el tiempo de gestación revisando el historial o calculando la fecha probable de parto (FPP) a partir de la fecha de la última regla.
- Vigilar los signos vitales maternos y fetales.
- Observar la conducta de la paciente y de la persona de apoyo.
- Realizar la monitorización fetal electrónica, según corresponda.
- Observar la presencia y calidad de los movimientos fetales.
- Observar si hay signos de trabajo de parto prematuro (menos de 4 contracciones por hora, dolor de espalda, retortijones y presión pélvica desde las 20 a las 37 semanas de gestación), según corresponda.
- Observar si hay signos de hipertensión inducida por el embarazo (hipertensión, cefalea, visión borrosa, náuseas, vómitos, alteraciones visuales, hiperreflexia, edema y proteinuria).
- Comprobar los patrones de eliminación, según corresponda.
- Observar si hay signos de infección del tracto urinario, según corresponda.
- Facilitar la obtención de pruebas diagnósticas.
- Interpretar los resultados de las pruebas diagnósticas, según cada caso.
- 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.
- Iniciar las intervenciones de la terapia i.v., reposición de líquidos y administración de medicamentos, según órdenes.
- Proporcionar comodidad, si es necesario.
- Controlar el estado nutricional, según corresponda.
- Observar los cambios en el patrón del sueño, según corresponda.
- Obtener el historial de enfermedades de transmisión sexual y la frecuencia de las relaciones sexuales, según corresponda.
- Monitorizar la actividad uterina (frecuencia, duración e intensidad de las contracciones).
- Realizar la maniobra de Leopold para determinar la posición fetal.
- Anotar el tipo, cantidad y aparición de exudado vaginal.
- Realizar la exploración con espéculo para el diagnóstico de rotura espontánea de las membranas amnióticas, a menos que haya evidencia de hemorragia franca.
- Analizar el líquido amniótico (p. ej., nitrazina, cristalización en helecho y acumulación), según corresponda.
- Obtener muestras para los cultivos del cuello uterino, según corresponda (historial de infección por estreptococo beta-hemolítico, herpes o rotura prolongada de las membranas).
- Examinar el cuello uterino para ver la dilatación, borramiento, ablandamiento, posición y encajamiento.
- Realizar una ecografía para determinar la presentación fetal o la posición placentaria.
- Instaurar el tratamiento correspondiente, de acuerdo con los protocolos en vigor.
- Establecer la prioridad de las acciones en función del estado de la paciente (tratar, continuar observando, ingresar o dar el alta).

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:
American College of Nurse-Midwives. (2012). *Core competencies for basic midwifery practice*. Obtenido de http://www.midwife.org/ACNM/files/ACNMLibraryData/UPLOADFILENAME/000000000050/Core%20Competencies%20Dec%202012.pdf.
Berghella, V., Baxter, J. K., & Chau, S. P. (2009). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 199*(5), 445-454.
Davidson, M., London, M., & Ladewig, P. (2012). *Old's maternal-newborn nursing and women's health across the lifespan* (9th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Vigilancia: comunidad 6652

Definición: Adquisición, interpretación y síntesis objetiva y continua de datos para la toma de decisiones en la comunidad.

Actividades:
- 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 de 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.
- 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.
- Utilizar informes para reconocer la necesidad de recogida, análisis e interpretación de datos adicionales.

3.ª edición 2000

Bibliografía:
Bloch, A. B., Onorato, I. M., Ihle, W. W., Hadler, J. L., Hayden, C. H., & Snider, D. E., Jr. (1996). The need for epidemic intelligence. *Public Health Reports, 111*(1), 26-33.
Clemen-Stone, S., McGuire, S., & Elgisti, D. (1998). *Comprehensive community health nursing: Family, aggregate, and community practice* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
Harkness, G. (1995). *Epidemiology in nursing practice*. St. Louis: Mosby.
U.S. Department of Health & Human Services (1990). *Healthy people 2000: National health promotion and disease prevention objectives*. Washington, DC: U.S. Government Printing Service.
U.S. Department of Health & Human Services (1996). *Healthy people 2000: Midcourse review and 1995 revisions*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
Valanais, B. (1992). *Epidemiology in nursing and health care* (2nd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Vigilancia: electrónica por control remoto 6658

Definición: Adquisición intencionada y continua de datos del paciente a través de modalidades electrónicas (teléfono, videoconferencia, correo electrónico) desde lugares distantes, así como interpretación y síntesis de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas con individuos o poblaciones.

Actividades:
- Determinar que se está interaccionando con el paciente o, si hay alguien más, que se tiene el permiso del paciente para interactuar con ellos.
- Identificarse con nombre, credenciales, organización; hacer saber al usuario que si llama será grabado (p. ej., para control de calidad).
- Informar al paciente acerca del proceso de interacción y obtener su consentimiento.
- Determinar el riesgo o riesgos de salud del paciente, según sea conveniente.
- Obtener información acerca de la conducta y de las rutinas habituales del paciente.
- Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de datos, según lo indique el estado del paciente.
- Controlar la validez y fiabilidad de los datos que se recopilan.
- Interpretar los resultados de los indicadores diagnósticos como, por ejemplo, signos vitales, lecturas de glucosa, ECG.
- Colaborar/consultar recursos médicos, según sea necesario.
- Explicar los resultados de las pruebas y las intervenciones al paciente y a la familia.
- Controlar el nivel de comodidad y tomar las acciones adecuadas.
- Controlar las estrategias de afrontamiento y las acciones utilizadas por el paciente y la familia.
- Valorar la piel en pacientes de alto riesgo cuando se utilice monitorización mediante vídeo de alta resolución.
- Controlar posibles problemas según el estado actual (infección, equilibrio hidroelectrolítico, perfusión tisular, nutrición y eliminación).
- Solucionar los problemas de todo el equipo y los sistemas para aumentar la adquisición de datos fiables del paciente.
- Coordinar la colocación/reemplazamiento/organización del equipo/suministros.

- Comparar el estado actual con el anterior para detectar mejoras y/o deterioros en el estado del paciente.
- Iniciar y/o cambiar el tratamiento médico para mantener los parámetros del paciente dentro de los límites marcados por el médico utilizando las normas establecidas.
- Facilitar la adquisición de servicios interdisciplinarios (servicios pastorales), según sea conveniente.
- Priorizar las acciones según el estado del paciente.
- Analizar las órdenes médicas junto con el estado del paciente para garantizar su seguridad.
- Consultar con los profesionales sanitarios adecuados si hay que iniciar un nuevo tratamiento o realizar un cambio en el existente.
- Abogar por el bienestar del paciente, si es necesario.
- Mantener la confidencialidad, teniendo presentes las amenazas específicas a la confidencialidad implícitas en la modalidad electrónica utilizada.
- Determinar la necesidad y establecer los intervalos de tiempo para la valoración posterior intermitente.
- Documentar las valoraciones, consejos, instrucciones u otra información dada al paciente de acuerdo con las normas especificadas.
- Determinar cómo se va a localizar al paciente o a uno de l miembros de la familia para la vigilancia futura, si conviene.
- Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar la persona o personas que pueden recibir dicha llamada.
- Identificar o añadir los datos que tengan implicaciones en programa o en la población.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

American Academy of Ambulatory Care Nursing. (1997). *Telephone nursi practice administration and practice standards*. Pitman, NJ: Anthony Jannetti.

American Academy of Ambulatory Care Nursing & American Nurses A sociation. (1997). *Nursing in ambulatory care: The future is here*. Wa hington, DC: American Nurses.

Wheeler, S. Q., & Windt, J. H. (Eds.). (1993). *Telephone triage: Theory, practi and protocol development*. Albany, NY: Delmar.

Vigilancia de la piel 359

Definición: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas.

Actividades:

- 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).
- Vigilar el color y la temperatura de la piel.
- Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.
- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Observar si hay zonas de presión y fricción.
- Observar 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).
- Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida d integridad de la piel, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

McCance, K. L., & Huether, S. E. (2006). *Pathophysiology: The biologic basis f disease in adults and children* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed. St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Fundamentals of nursing* (6th ed. St. Louis: Mosby.

Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P., & Lynn, P. (2008). *Fundamentals of nursin The art and science of nursing care* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippinco Williams and Wilkins.

Titler, M., Pettit, D., Bulechek, G., McCloskey, J., Craft, M., Cohen, M., ..., Tripp-Reimer, T. (1991). Classification of nursing interventions for care o the integument. *Nursing Diagnosis*, *2*(2), 45-56.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nursin Diagnosis and management* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

V

Visitas domiciliarias de apoyo 5328

Definición: Escuchar de forma empática para comprender con sinceridad la situación del paciente y trabajar de forma colaborativa a lo largo de varias visitas domiciliarias para identificar y elaborar soluciones con el fin de reducir los síntomas depresivos.

Actividades:

- Evaluar el grado de depresión para establecer un nivel basal.
- Establecer el propósito y el número propuesto de visitas.
- Establecer un lugar agradable y tiempo para las visitas.
- Mostrar interés por el paciente.
- Mantener la confidencialidad e intimidad del paciente.
- Utilizar los puntos fuertes personales para establecer la relación con el paciente.
- Utilizar preguntas abiertas para alentar la expresión de pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Usar el silencio para fomentar la expresión de pensamientos sentimientos y preocupaciones.

- Evitar los obstáculos a la escucha activa (es decir, minimizar los sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y finalizar la visita de forma prematura).
- Centrarse completamente en la interacción suprimiendo los prejuicios, sesgos, suposiciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
- Utilizar la conducta no verbal para facilitar la comunicación (es decir, ser conscientes de la postura física para transmitir mensajes no verbales).
- Escuchar el mensaje y los sentimientos no expresados, además del contenido de la conversación.
- Estudiar la conducta, sentimientos y cognición del paciente sobre una situación.
- Ayudar al paciente a nombrar los sentimientos y emociones asociados con la situación.
- Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
- Identificar los temas predominantes.
- Ayudar al paciente a elaborar una lista completa de los problemas actuales.
- Ayudar al paciente a identificar el problema principal.
- Ayudar al paciente a elaborar una lista de soluciones.
- Ayudar al paciente a evaluar los inconvenientes y ventajas de la lista elaborada.
- Animar al paciente a elegir soluciones deseadas.
- Ayudar al paciente a desarrollar un plan para llevar a cabo la solución.
- Explorar el progreso hacia la resolución del problema en la visita posterior.
- Evaluar los síntomas de depresión a intervalos apropiados.
- Remitir al paciente a otros profesionales sanitarios, según sea necesario.

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry, 182*(5), 412-419.

Holden, J. M., Sagovsky, R., & Cox, J. L. (1989). Counselling in a general practice setting: Controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *British Medical Journal, 298*(6668), 223-226.

Morrell, C. J., Slade, P., Warner, R., Paley, G., Dixon, S., Walters, S. J., Brugha, T., Barkham, M., Parry, G., & Nicholl, J. (2009). Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: Pragmatic cluster randomised trial in primary care. *British Medical Journal, 338*, a3045 doi: 10.1136/bmj.a3045.

Segre, L. S. (2011). Postpartum depression. In M. C. Rosenberg, & S. R. Pehler (Eds.), *Encyclopedia of family health* (pp. 833-835). Thousand Oaks, CA: Sage.

Wickberg, B., & Hwang, C. P. (1996). Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders, 39*(3), 209-216



CUARTA PARTE

Intervenciones centrales según especialidades de enfermería



Intervenciones centrales según especialidades de enfermería

En este apartado hemos listado alfabéticamente las intervenciones centrales para 53 áreas de especialidad. Las intervenciones centrales se definen como un conjunto limitado de intervenciones que especifican la naturaleza de la especialidad. Cualquiera que lea la lista de intervenciones centrales será capaz de determinar el área de la práctica especializada. El grupo central de intervenciones *no* incluye todas las utilizadas por los profesionales de enfermería de la especialidad, sino aquellas utilizadas frecuentemente o de forma predominante por los profesionales de enfermería de la especialidad, o las que son fundamentales para el rol del profesional especializado.

Esta lista de intervenciones centrales según especialidades surgió de un estudio realizado a organizaciones especializadas. En la tercera edición de la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* se publicaron la investigación y una lista inicial de intervenciones centrales para 39 áreas de especialidad. En las siguientes ediciones se añadieron nuevas especialidades y se actualizaron con nuevas intervenciones.

Para esta edición cada especialidad ha sido revisada y actualizada con intervenciones básicas nuevas que faltaban, y se han añadido cuatro especialidades: Enfermería de campamentos recreativos, Enfermería de heridas y ostomías, Enfermería de pacientes quemados y Enfermería de violencia doméstica. Algunas de las especialidades fueron renombradas para reflejar de mejor forma los cambios en la práctica. Por ejemplo, Enfermería intravenosa ahora se llama Enfermería de infusión intravenosa y Enfermería de cuidados al final de la vida ahora se llama Enfermería de cuidados paliativos y de hospicio. La lista completa de las 53 especialidades para las que se han identificado las intervenciones centrales es la siguiente:

1. Enfermería ambulatoria
2. Enfermería comadrona
3. Enfermería de adicciones
4. Enfermería de anestesia
5. Enfermería de campamentos recreativos
6. Enfermería de cirugía plástica
7. Enfermería de comunidad de fe
8. Enfermería de control del dolor
9. Enfermería de cuidados críticos
10. Enfermería de cuidados paliativos y de hospicio
11. Enfermería de dermatología
12. Enfermería de diabetes
13. Enfermería de discapacidad en el desarrollo
14. Enfermería de heridas y ostomías
15. Enfermería de infusión intravenosa
16. Enfermería de instituciones penitenciarias
17. Enfermería de lesiones de la médula espinal
18. Enfermería de nefrología
19. Enfermería de neurociencias
20. Enfermería de oncología
21. Enfermería de oncología pediátrica
22. Enfermería de otorrinolaringología y cabeza/cuello
23. Enfermería de pacientes quemados
24. Enfermería de rehabilitación
25. Enfermería de salud de las mujeres
26. Enfermería de salud domiciliaria
27. Enfermería de salud escolar
28. Enfermería de salud laboral
29. Enfermería de salud mental/psiquiátrica
30. Enfermería de salud pública/comunidad
31. Enfermería de trasplantes
32. Enfermería de urgencias
33. Enfermería de violencia doméstica
34. Enfermería de vuelo
35. Enfermería en cuidados de pacientes con VIH
36. Enfermería epidemiológica y de control de infecciones
37. Enfermería escolar
38. Enfermería forense
39. Enfermería gastroenterológica
40. Enfermería genética
41. Enfermería gerontológica
42. Enfermería holística
43. Enfermería médico-quirúrgica
44. Enfermería neonatal
45. Enfermería obstétrica
46. Enfermería oftalmológica
47. Enfermería ortopédica
48. Enfermería pediátrica
49. Enfermería perioperatoria
50. Enfermería psiquiátrica de niños y adolescentes
51. Enfermería radiológica
52. Enfermería urológica
53. Enfermería vascular

La identificación de las intervenciones centrales por esp
lidad ayuda para comunicar la naturaleza de la enfermería en
tintas áreas prácticas. El listado de intervenciones centrales
áreas especializadas de práctica es muy útil para el desarroll
sistemas de información, programas de educación del pers
evaluación de competencia del personal, redes de derivac
exámenes de titulación, currículos educativos, investigaci

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los dere

elaboración de teorías en enfermería. Animamos a los miembros de organizaciones especializadas que estén interesados en construir bases de datos clínicos a utilizar las intervenciones contenidas en la NIC de manera que los profesionales de enfermería puedan conseguir los beneficios intrínsecos de un lenguaje normalizado. Agradecemos la presentación de nuevas intervenciones a medida que los usuarios vean la necesidad.

Enfermería ambulatoria

- Administración de medicación: intradérmica
- Administración de medicación: intramuscular (i.m.)
- Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- Administración de medicación: oral
- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento nutricional
- Ayuda en la exploración
- Colaboración con el médico
- Delegación
- Derivación
- Disminución de la ansiedad
- Documentación
- Documentación: reuniones
- Educación para la salud
- Enseñanza: dieta prescrita
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Entrenamiento en salud
- Examen de la vista
- Identificación de riesgos
- Manejo de la inmunización/vacunación
- Manejo de la medicación
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Mejorar el afrontamiento
- Modificación de la conducta
- Monitorización de los signos vitales
- Muestra de sangre capilar
- Orientación en el sistema sanitario
- Prescribir medicación
- Prescripción: pruebas diagnósticas
- Prescripción: tratamiento no farmacológico
- Pruebas diagnósticas en el punto de atención
- Seguimiento telefónico
- Supervisión del personal
- Transporte: entre instalaciones
- Triaje: centro de urgencias
- Triaje: teléfono

Enfermería comadrona

- Administración de medicación: intraespinal
- Amnioinfusión
- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo al procedimiento: bebé
- Apoyo emocional
- Apoyo en la protección contra abusos
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento antes de la concepción
- Asesoramiento en la lactancia
- Asesoramiento nutricional
- Asesoramiento sexual
- Colaboración con el médico
- Consulta por teléfono
- Cuidados de enfermería al ingreso
- Cuidados del embarazo de alto riesgo
- Cuidados del lactante: prematuro
- Cuidados del lactante: recién nacido
- Cuidados intraparto
- Cuidados posparto
- Delegación
- Derivación
- Documentación
- Educación para la salud
- Educación parental: lactante
- Enseñanza: individual
- Entrenamiento en salud
- Escucha activa
- Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido)
- Exploración mamaria
- Fomentar el apego
- Identificación de riesgos: familia con recién nacido
- Manejo ambiental
- Manejo de la medicación
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del síndrome premenstrual (SPM)
- Mejora de la autoconfianza
- Orientación anticipatoria
- Parto
- Planificación familiar: anticoncepción
- Planificación familiar: embarazo no deseado
- Planificación para el alta
- Preparación al parto
- Prescribir medicación
- Prescripción: pruebas diagnósticas
- Preservación de la fertilidad
- Supresión de la lactancia
- Sutura
- Terapia de sustitución hormonal
- Vigilancia: al final del embarazo

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Enfermería de adicciones

- Acuerdo con el paciente
- Administración de medicación
- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo espiritual
- Asesoramiento
- Ayuda para dejar de fumar
- Ayuda para el control del enfado
- Control de sustancias químicas
- Dar esperanza
- Derivación
- Educación para la salud
- Elogio
- Enseñanza: grupo
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Enseñanza: relaciones sexuales seguras
- Entrenamiento de la asertividad
- Entrenamiento en salud
- Entrenamiento para controlar los impulsos
- Escucha activa
- Establecer límites
- Facilitar el perdón
- Facilitar la autorresponsabilidad
- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa
- Grupo de apoyo
- Identificación de riesgos
- Llevar un diario
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo de la conducta
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo de los trastornos de la alimentación
- Manejo del delirio
- Manejo del dolor: crónico
- Mediación de conflictos
- Mejorar el afrontamiento
- Modificación de la conducta: habilidades sociales
- Monitorización de los signos vitales
- Muestra de sangre capilar
- Orientación anticipatoria
- Planificación para el alta
- Potenciación de la autoconciencia
- Potenciación de la autoestima
- Potenciación de la socialización
- Potenciación de las aptitudes para la vida diaria
- Precauciones contra fugas
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Terapia de entretenimiento
- Terapia de grupo
- Terapia familiar
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirad las drogas
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirad alcohol
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: sobred

Enfermería de anestesia

- Administración de analgésicos
- Administración de analgésicos: intraespinal
- Administración de anestesia
- Administración de hemoderivados
- Administración de medicación
- Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)
- Aspiración de las vías aéreas
- Autotransfusión
- Ayuda a la ventilación
- Cambio de posición: intraoperatorio
- Colaboración con el médico
- Comprobación de sustancias controladas
- Control de calidad
- Control de infecciones: intraoperatorio
- Coordinación preoperatoria
- Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico
- Cuidados de los ojos
- Cuidados del catéter central de inserción periférica (PICC)
- Cuidados en la emergencia
- Cuidados postanestesia
- Derivación
- Documentación
- Enseñanza: prequirúrgica
- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)
- Extubación endotraqueal
- Flebotomía: muestra de sangre arterial
- Flebotomía: muestra de sangre venosa
- Flebotomía: obtención de una unidad de sangre
- Flebotomía: vía canalizada
- Identificación del paciente
- Informe de incidencias
- Interpretación de datos de laboratorio
- Intubación y estabilización de la vía aérea
- Manejo de electrólitos
- Manejo de la anafilaxia
- Manejo de la arritmia
- Manejo de la hiperglucemia
- Manejo de la hipervolemia
- Manejo de la hipoglucemia
- Manejo de la hipovolemia
- Manejo de la medicación
- Manejo de la parada cardiorrespiratoria
- Manejo de la sedación
- Manejo de la tecnología
- Manejo de la ventilación mecánica: invasiva
- Manejo de la vía aérea
- Manejo de las náuseas
- Manejo de las vías aéreas artificiales
- Manejo de líquidos
- Manejo del desfibrilador: externo
- Manejo del desfibrilador: interno

- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del equilibrio acidobásico
- Manejo del marcapasos: permanente
- Manejo del marcapasos: temporal
- Manejo del shock
- Manejo del torniquete neumático
- Monitorización de electrólitos
- Monitorización de la presión intracraneal (PIC)
- Monitorización de líquidos
- Monitorización de los signos vitales
- Monitorización del equilibrio acidobásico
- Monitorización respiratoria
- Oxigenoterapia
- Precauciones con el láser
- Precauciones en la alergia al látex
- Precauciones en la hipertermia maligna
- Precauciones quirúrgicas
- Preparación quirúrgica
- Prescribir medicación
- Prescripción: pruebas diagnósticas
- Punción intravenosa (i.v.)
- Reanimación
- Reposición de líquidos
- Terapia de inducción de hipotermia
- Tratamiento de la hipotermia
- Triaje: centro de urgencias

Enfermería de campamentos recreativos

- Administración de medicación: oral
- Aplicación de calor o frío
- Apoyo emocional
- Asesoramiento
- Consulta por teléfono
- Control de infecciones
- Cuidados de las heridas
- Cuidados en la emergencia
- Derivación
- Disminución de la ansiedad
- Disminución de la hemorragia
- Documentación
- Establecer límites
- Humor
- Identificación de riesgos
- Manejo de la alergia
- Manejo de la medicación
- Manejo del dolor: agudo
- Mediación de conflictos
- Modificación de la conducta: habilidades sociales
- Monitorización de los signos vitales
- Potenciación de las aptitudes para la vida diaria
- Prevención de lesiones deportivas: jóvenes
- Prevención del suicidio
- Primeros auxilios
- Tratamiento de la fiebre
- Vigilancia de la piel

Enfermería de cirugía plástica

- Administración de analgésicos
- Administración de medicación
- Aplicación de calor o frío
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento
- Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)
- Autorización de seguros
- Ayuda con el autocuidado
- Clarificación de valores
- Control de infecciones
- Coordinación preoperatoria
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico
- Cuidados de la piel: zona del injerto
- Cuidados de la piel: zona donante
- Cuidados de las heridas
- Cuidados del sitio de incisión
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: prequirúrgica
- Identificación del paciente
- Imaginación simple dirigida
- Información preparatoria: sensorial
- Llevar un diario
- Manejo de la instrumentación quirúrgica
- Manejo de la sedación
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del prurito
- Mejora de la imagen corporal
- Mejorar el sueño
- Monitorización de los signos vitales
- Precauciones con el láser
- Prevención de hemorragias
- Protección contra las infecciones
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Vigilancia de la piel

Enfermería de comunidad de fe

- Apoyo a la familia
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo emocional
- Apoyo en la protección contra abusos
- Apoyo en la toma de decisiones
- Apoyo espiritual
- Apoyo para la consecución del sustento
- Ayuda con el autocuidado: AIVD
- Clarificación de valores
- Consulta por teléfono
- Contacto
- Dar esperanza
- Derivación
- Disminución del estrés por traslado
- Educación para la salud
- Enseñanza: grupo
- Enseñanza: individual
- Escucha activa
- Estimulación de la integridad familiar
- Facilitar el crecimiento espiritual
- Facilitar el duelo
- Facilitar el perdón
- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa
- Facilitar la práctica religiosa
- Humor
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Intermediación cultural
- Intervención en caso de crisis
- Manejo ambiental: comunidad
- Manejo de la medicación
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Mejorar el afrontamiento
- Orientación anticipatoria
- Orientación en el sistema sanitario
- Potenciación de la socialización
- Presencia
- Prevención de la adicción religiosa
- Vigilancia
- Visitas domiciliarias de apoyo

Enfermería de control del dolor

- Acuerdo con el paciente
- Administración de analgésicos
- Administración de analgésicos: intraespinal
- Administración de medicación
- Aplicación de calor o frío
- Apoyo en la toma de decisiones
- Apoyo espiritual
- Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)
- Asistencia quirúrgica
- Autorización de seguros
- Biorretroalimentación
- Colaboración con el médico
- Comprobación de sustancias controladas
- Contacto
- Control de calidad
- Control de infecciones
- Control de la medicación
- Cuidados en la agonía
- Derivación
- Distracción
- Educación para la salud
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Entrenamiento en salud
- Establecimiento de objetivos comunes
- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)
- Evaluación de productos
- Facilitar la meditación
- Fitoterapia
- Fomento del ejercicio
- Gestión de casos
- Grupo de apoyo
- Humor
- Imaginación simple dirigida
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Manejo ambiental: confort
- Manejo de la energía
- Manejo de la medicación
- Manejo de la sedación
- Manejo de un dispositivo de acceso venoso central
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Masaje
- Mejora de la autoconfianza
- Mejorar el afrontamiento
- Musicoterapia
- Planificación para el alta
- Potenciación de la autoestima
- Preparación quirúrgica
- Reiki
- Relajación muscular progresiva
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Seguimiento de la política sanitaria
- Tacto curativo
- Tacto terapéutico
- Terapia de relajación
- Vigilancia

Enfermería de cuidados críticos

- Administración de analgésicos
- Administración de medicación
- Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Aspiración de las vías aéreas
- Cambio de posición
- Colaboración con el médico
- Cuidados cardíacos: agudos
- Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico
- Delegación
- Destete de la ventilación mecánica
- Disminución de la ansiedad
- Documentación
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Facilitar la presencia de la familia
- Facilitar las visitas
- Fomentar la implicación familiar
- Manejo de electrólitos
- Manejo de la parada cardiorrespiratoria
- Manejo de la sedación
- Manejo de la tecnología
- Manejo de la terapia trombolítica
- Manejo de la ventilación mecánica: invasiva
- Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva
- Manejo de la ventilación mecánica: prevención de la neumonía
- Manejo de la vía aérea
- Manejo de las náuseas
- Manejo de las vías aéreas artificiales
- Manejo de líquidos
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo de un dispositivo de acceso venoso central
- Manejo del desfibrilador: externo
- Manejo del desfibrilador: interno
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del marcapasos: permanente
- Manejo del marcapasos: temporal
- Manejo del riesgo cardíaco
- Manejo del shock
- Manejo del vómito
- Monitorización de electrólitos
- Monitorización de la presión intracraneal (PIC)
- Monitorización de líquidos
- Monitorización de los signos vitales
- Monitorización del equilibrio acidobásico
- Monitorización hemodinámica invasiva
- Monitorización neurológica
- Monitorización respiratoria
- Oxigenoterapia
- Planificación para el alta
- Protección de los derechos del paciente
- Regulación de la temperatura
- Regulación hemodinámica
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Transporte: dentro de la instalación
- Transporte: entre instalaciones

Enfermería de cuidados paliativos y de hospicio

- Administración de analgésicos
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Apoyo espiritual
- Aromaterapia
- Asistencia para los recursos financieros
- Aumentar los sistemas de apoyo
- Ayuda al autocuidado
- Cambio de posición
- Clarificación de valores
- Consulta por teléfono
- Contacto
- Control intestinal
- Cuidados del paciente encamado
- Cuidados en la agonía
- Cuidados por relevo
- Disminución de la ansiedad
- Escucha activa
- Estimulación de la integridad familiar
- Facilitar el duelo
- Facilitar el perdón
- Facilitar la práctica religiosa
- Facilitar las visitas
- Fitoterapia
- Fomentar la implicación familiar
- Gestión de casos
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Manejo ambiental
- Manejo de la eliminación urinaria
- Manejo de la energía
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo del delirio
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del estreñimiento/impactación fecal
- Mejorar el afrontamiento
- Mejorar el sueño
- Monitorización neurológica
- Monitorización respiratoria
- Orientación anticipatoria
- Orientación en el sistema sanitario
- Presencia
- Prevención de úlceras por presión
- Protección de los derechos del paciente
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Tacto curativo
- Terapia de reminiscencia
- Vigilancia de la piel

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Enfermería de dermatología

- Administración de medicación: tópica
- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asistencia quirúrgica
- Aumentar los sistemas de apoyo
- Ayuda en la exploración
- Colaboración con el médico
- Consulta por teléfono
- Control de infecciones
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico
- Cuidados de la piel: zona del injerto
- Cuidados de la piel: zona donante
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de las úlceras por presión
- Cuidados del sitio de incisión
- Documentación
- Educación para la salud
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Facilitar el aprendizaje
- Facilitar la autorresponsabilidad
- Irrigación de heridas
- Manejo ambiental: comunidad
- Manejo del prurito
- Mejora de la imagen corporal
- Mejorar el afrontamiento
- Modificación de la conducta
- Precauciones con el láser
- Vigilancia de la piel

Enfermería de diabetes

- Acuerdo con el paciente
- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento nutricional
- Asistencia para los recursos financieros
- Ayuda para dejar de fumar
- Ayuda para disminuir el peso
- Consulta por teléfono
- Control de infecciones
- Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización
- Cuidados de las úlceras por presión
- Cuidados de los pies
- Cuidados del paciente amputado
- Educación para la salud
- Enseñanza: cuidados de los pies
- Enseñanza: dieta prescrita
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Entrenamiento en salud
- Establecimiento de objetivos comunes
- Fomentar la implicación familiar
- Fomento del ejercicio
- Gestión de casos
- Grupo de apoyo
- Identificación de riesgos
- Manejo de la hiperglucemia
- Manejo de la hiperlipidemia
- Manejo de la hipertensión
- Manejo de la hipoglucemia
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo del peso
- Monitorización de las extremidades inferiores
- Monitorización nutricional
- Orientación en el sistema sanitario
- Prevención de úlceras por presión
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Seguimiento telefónico
- Vigilancia de la piel

Enfermería de discapacidad en el desarrollo

- Administración de medicación
- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo en la protección contra abusos
- Asistencia para los recursos financieros
- Ayuda con el autocuidado
- Ayuda con el autocuidado: AIVD
- Consulta por teléfono
- Control de infecciones
- Control intestinal
- Disminución de la ansiedad
- Disminución del estrés por traslado
- Documentación
- Educación para la salud
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: relaciones sexuales seguras
- Entrenamiento en salud
- Fomentar el desarrollo: adolescentes
- Fomentar el desarrollo: lactantes
- Fomentar el desarrollo: niños
- Fomentar la implicación familiar
- Fomentar la normalización familiar
- Gestión de casos
- Identificación de riesgos: genéticos
- Informe de incidencias

- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo de la conducta
- Manejo de la conducta: autolesión
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de las convulsiones
- Manejo del peso
- Mejora de la capacidad funcional
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Mejorar la comunicación: déficit auditivo
- Mejorar la comunicación: déficit del habla
- Mejorar la comunicación: déficit visual
- Modificación de la conducta: habilidades sociales
- Potenciación de las aptitudes para la vida diaria
- Precauciones contra las convulsiones
- Precauciones para evitar la aspiración
- Protección de los derechos del paciente
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Seguimiento telefónico
- Supervisión del personal

Enfermería de heridas y ostomías

- Administración de medicación: tópica
- Apoyo emocional
- Ayuda al autocuidado
- Control de infecciones
- Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial
- Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa
- Cuidados de la incontinencia intestinal
- Cuidados de la ostomía
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización
- Cuidados de las úlceras por presión
- Cuidados del sitio de incisión
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Fomentar la implicación familiar
- Manejo de electrólitos
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del equilibrio acidobásico
- Monitorización de las extremidades inferiores
- Prevención de úlceras por presión
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Vigilancia de la piel

Enfermería de infusión intravenosa

- Administración de analgésicos: intraespinal
- Administración de hemoderivados
- Administración de medicación: intraespinal
- Administración de medicación: intraósea
- Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- Administración de medicación: reservorio ventricular
- Administración de nutrición parenteral total (NPT)
- Apoyo al cuidador principal
- Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)
- Control de calidad
- Control de infecciones
- Cuidados del catéter central de inserción periférica (PICC)
- Cuidados del catéter de drenaje de ventriculostomía/lumbar
- Cuidados del catéter umbilical
- Educación para la salud
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Evaluación de productos
- Flebotomía: muestra de sangre arterial
- Flebotomía: muestra de sangre venosa
- Flebotomía: obtención de una unidad de sangre
- Flebotomía: vía canalizada
- Identificación de riesgos
- Informe de incidencias
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Interpretación de datos de laboratorio
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo de electrólitos
- Manejo de electrólitos: hipercalcemia
- Manejo de electrólitos: hiperfosfatemia
- Manejo de electrólitos: hipermagnesemia
- Manejo de electrólitos: hipernatremia
- Manejo de electrólitos: hiperpotasemia
- Manejo de electrólitos: hipocalcemia
- Manejo de electrólitos: hipofosfatemia
- Manejo de electrólitos: hipomagnesemia
- Manejo de electrólitos: hiponatremia
- Manejo de electrólitos: hipopotasemia
- Manejo de la alergia
- Manejo de la cadena de suministro
- Manejo de la hiperglucemia
- Manejo de la hipertensión
- Manejo de la hipervolemia
- Manejo de la hipotensión
- Manejo de la hipovolemia
- Manejo de la nutrición
- Manejo de la quimioterapia
- Manejo de la tecnología
- Manejo de la terapia trombolítica
- Manejo de líquidos
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo de un dispositivo de acceso venoso central
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del equilibrio acidobásico
- Manejo del equilibrio acidobásico: acidosis metabólica
- Manejo del equilibrio acidobásico: acidosis respiratoria
- Manejo del equilibrio acidobásico: alcalosis metabólica
- Manejo del equilibrio acidobásico: alcalosis respiratoria
- Mantenimiento del acceso para diálisis

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Monitorización de electrólitos
- Monitorización de líquidos
- Monitorización del equilibrio acidobásico
- Monitorización hemodinámica invasiva
- Monitorización nutricional
- Muestra de sangre capilar
- Protección contra las infecciones
- Punción intravenosa (i.v.)
- Terapia de diálisis peritoneal
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Terapia nutricional
- Tratamiento de la hipotermia

Enfermería de instituciones penitenciarias

- Acuerdo con el paciente
- Administración de medicación
- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo emocional
- Asesoramiento
- Ayuda para el control del enfado
- Cuidados de las heridas
- Cuidados en la emergencia
- Dar esperanza
- Derivación
- Desarrollo de un programa
- Elaboración de relaciones complejas
- Elogio
- Enseñanza: grupo
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: relaciones sexuales seguras
- Escucha activa
- Establecer límites
- Estimulación de la integridad familiar
- Facilitar el perdón
- Humor
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Intermediación cultural
- Manejo ambiental: prevención de la violencia
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Mejorar el afrontamiento
- Potenciación de las aptitudes para la vida diaria
- Presencia
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Prevención del suicidio
- Primeros auxilios
- Protección de riesgos ambientales
- Restricción de zonas de movimiento
- Seguimiento de la política sanitaria
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirad las drogas
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada alcohol
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: sobredc
- Vigilancia
- Vigilancia de la piel

Enfermería de lesiones de la médula espinal

- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo emocional
- Asistencia para los recursos financieros
- Aspiración de las vías aéreas
- Ayuda con el autocuidado: AIVD
- Ayuda con el autocuidado: alimentación
- Ayuda con el autocuidado: baño/higiene
- Ayuda con el autocuidado: micción/defecación
- Ayuda con el autocuidado: transferencia
- Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal
- Cambio de posición
- Cambio de posición: silla de ruedas
- Control intestinal
- Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización
- Cuidados de las úlceras por presión
- Cuidados de tracción/inmovilización
- Cuidados del catéter urinario
- Dar esperanza
- Disminución del estrés por traslado
- Enseñanza: grupo
- Enseñanza: habilidad psicomotora
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Entrenamiento de la vejiga urinaria
- Entrenamiento intestinal
- Escucha activa
- Establecimiento de objetivos comunes
- Facilitar permisos
- Fisioterapia torácica
- Fomentar la implicación familiar
- Gestión de casos
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Manejo de la conducta
- Manejo de la disreflexia
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de la sensibilidad periférica alterada
- Manejo de la ventilación mecánica: invasiva
- Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva
- Manejo de la ventilación mecánica: prevención de la neum
- Manejo de las vías aéreas artificiales
- Manejo de líquidos
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Mejora de la capacidad funcional
- Mejora de la imagen corporal
- Mejorar el afrontamiento

- Monitorización de las extremidades inferiores
- Planificación para el alta
- Precauciones circulatorias
- Prevención de úlceras por presión
- Protección contra las infecciones
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Sondaje vesical
- Sondaje vesical: intermitente
- Transferencia

Enfermería de nefrología

- Administración de medicación
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asistencia para los recursos financieros
- Clarificación de valores
- Colaboración con el médico
- Consulta por teléfono
- Control de infecciones
- Delegación
- Disminución de la hemorragia: heridas
- Enseñanza: dieta prescrita
- Enseñanza: habilidad psicomotora
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Flebotomía: vía canalizada
- Fomentar la implicación familiar
- Gestión de casos
- Intermediación cultural
- Interpretación de datos de laboratorio
- Manejo ambiental: confort
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo de electrólitos
- Manejo de la hiperglucemia
- Manejo de la hipertensión
- Manejo de la hipervolemia
- Manejo de la hipoglucemia
- Manejo de la hipotensión
- Manejo de la hipovolemia
- Manejo de la medicación
- Manejo de la tecnología
- Manejo de las náuseas
- Manejo de líquidos
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo de muestras
- Manejo del equilibrio acidobásico
- Manejo del estreñimiento/impactación fecal
- Manejo del prurito
- Manejo del vómito
- Mantenimiento del acceso para diálisis
- Mejora de la autoconfianza
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Monitorización de electrólitos
- Monitorización de líquidos
- Monitorización de los signos vitales
- Monitorización nutricional
- Muestra de sangre capilar
- Obtención de órganos
- Protección contra las infecciones
- Pruebas diagnósticas en el punto de atención
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Terapia de diálisis peritoneal
- Terapia de hemodiálisis

Enfermería de neurociencias

- Administración de medicación
- Cambio de posición: neurológico
- Contención farmacológica
- Control intestinal
- Cuidados del catéter de drenaje de ventriculostomía/lumbar
- Disminución de la ansiedad
- Estimulación cognitiva
- Fomentar la seguridad en el vehículo
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo de la conducta
- Manejo de la demencia
- Manejo de la demencia: deambulación errática
- Manejo de la desatención unilateral
- Manejo de la disreflexia
- Manejo de la eliminación urinaria
- Manejo de la energía
- Manejo de la medicación
- Manejo de la terapia trombolítica
- Manejo de la vía aérea
- Manejo de las convulsiones
- Manejo de las ideas delirantes
- Manejo del delirio
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Mejora de la autoconfianza
- Mejora de la capacidad funcional
- Mejora de la imagen corporal
- Mejora de la perfusión cerebral
- Mejorar el sueño
- Mejorar la comunicación: déficit del habla
- Mejorar la comunicación: déficit visual
- Monitorización de la presión intracraneal (PIC)
- Monitorización neurológica
- Precauciones con la hemorragia subaracnoidea
- Precauciones contra las convulsiones
- Prevención de caídas
- Regulación de la temperatura
- Sondaje vesical: intermitente
- Terapia de deglución
- Terapia de inducción de hipotermia
- Tratamiento del edema cerebral
- Vigilancia

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Enfermería de oncología

- Administración de analgésicos
- Administración de medicación
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo espiritual
- Asistencia para los recursos financieros
- Control de infecciones
- Control intestinal
- Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización
- Cuidados del catéter central de inserción periférica (PICC)
- Cuidados en la agonía
- Dar esperanza
- Disminución de la ansiedad
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Fitoterapia
- Flebotomía: vía canalizada
- Fomentar la implicación familiar
- Grupo de apoyo
- Información preparatoria: sensorial
- Infusión de células madre
- Interpretación de datos de laboratorio
- Manejo ambiental: confort
- Manejo de la eliminación urinaria
- Manejo de la energía
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de la quimioterapia
- Manejo de la radioterapia
- Manejo de la sensibilidad periférica alterada
- Manejo de las náuseas
- Manejo de líquidos
- Manejo de un dispositivo de acceso venoso central
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del vómito
- Masaje
- Mejora de la autoconfianza
- Mejorar el afrontamiento
- Monitorización nutricional
- Musicoterapia
- Prevención de hemorragias
- Protección contra las infecciones
- Punción intravenosa (i.v.)
- Reiki
- Seguimiento telefónico
- Tacto curativo
- Tacto terapéutico
- Terapia de baile
- Terapia de relajación
- Tratamiento de la fiebre

Enfermería de oncología pediátrica

- Administración de analgésicos
- Administración de hemoderivados
- Administración de medicación: intramuscular (i.m.)
- Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- Administración de medicación: oral
- Administración de nutrición parenteral total (NPT)
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo al procedimiento: bebé
- Apoyo de hermanos
- Apoyo en la toma de decisiones
- Consejo genético
- Cuidados en la agonía
- Dar esperanza
- Disminución de la ansiedad
- Educación parental: crianza familiar de los niños
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Escucha activa
- Estimulación de la integridad familiar
- Facilitar el duelo
- Facilitar la presencia de la familia
- Fomentar el desarrollo: niños
- Fomentar la implicación familiar
- Fomentar la normalización familiar
- Gestión de casos
- Infusión de células madre
- Manejo de la quimioterapia
- Manejo de la radioterapia
- Manejo de la sedación
- Manejo de las náuseas
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo de un dispositivo de acceso venoso central
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del vómito
- Mantenimiento de procesos familiares
- Mejorar el afrontamiento
- Movilización familiar
- Prevención de hemorragias
- Protección contra las infecciones
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Técnica de relajación
- Terapia con juegos
- Terapia del trauma: niño
- Tratamiento de la fiebre

Enfermería de otorrinolaringología y cabeza/cuello

- Administración de analgésicos
- Administración de medicación
- Administración de medicación: inhalatoria
- Administración de medicación: nasal
- Asistencia quirúrgica
- Aspiración de las vías aéreas
- Ayuda para dejar de fumar
- Cambio de posición: intraoperatorio
- Consulta por teléfono
- Control de infecciones: intraoperatorio
- Coordinación preoperatoria
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de los oídos
- Cuidados del drenaje
- Cuidados postanestesia
- Desarrollo de vías clínicas
- Disminución de la ansiedad
- Disminución de la hemorragia: epistaxis
- Enseñanza: dieta prescrita
- Enseñanza: ejercicio prescrito
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: prequirúrgica
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Fomentar la salud bucal
- Intubación y estabilización de la vía aérea
- Irrigación nasal
- Manejo de la alergia
- Manejo de la quimioterapia
- Manejo de la radioterapia
- Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva
- Manejo de la vía aérea
- Manejo de las vías aéreas artificiales
- Manejo del asma
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Mantenimiento de la salud bucal
- Mejora de la autoconfianza
- Mejora de la imagen corporal
- Mejorar la comunicación: déficit auditivo
- Mejorar la comunicación: déficit del habla
- Monitorización de la presión intracraneal (PIC)
- Planificación para el alta
- Precauciones para evitar la aspiración
- Precauciones quirúrgicas
- Preparación quirúrgica
- Restablecimiento de la salud bucal
- Terapia de deglución
- Terapia de ejercicios: equilibrio

Enfermería de pacientes quemados

- Administración de medicación
- Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- Administración de medicación: tópica
- Apoyo emocional
- Ayuda al autocuidado
- Baño
- Cambio de posición
- Control de infecciones
- Cuidados de la piel: zona del injerto
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de las heridas: quemaduras
- Cuidados del paciente encamado
- Dar esperanza
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Facilitar el duelo
- Fomentar la implicación familiar
- Manejo ambiental: confort
- Manejo de electrólitos
- Manejo de la medicación
- Manejo de líquidos
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Mejora de la imagen corporal
- Mejorar el afrontamiento
- Monitorización de líquidos
- Monitorización de los signos vitales
- Regulación de la temperatura
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Terapia nutricional
- Vigilancia de la piel

Enfermería de rehabilitación

- Apoyo a la familia
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asistencia para los recursos financieros
- Ayuda con el autocuidado
- Ayuda con el autocuidado: AIVD
- Cambio de posición
- Cambio de posición: silla de ruedas
- Control intestinal
- Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización
- Cuidados de las úlceras por presión
- Cuidados del paciente amputado
- Dar esperanza
- Disminución del estrés por traslado
- Educación para la salud
- Enseñanza: individual
- Entrenamiento de la memoria
- Entrenamiento en salud
- Establecimiento de objetivos comunes
- Facilitar el aprendizaje

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Facilitar la autorresponsabilidad
- Fomentar la implicación familiar
- Fomentar la mecánica corporal
- Fomentar la normalización familiar
- Fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza
- Gestión de casos
- Manejo ambiental: preparación del hogar
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo de la conducta
- Manejo de la desatención unilateral
- Manejo de la eliminación urinaria
- Manejo de la energía
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo del dolor: crónico
- Mejora de la autoconfianza
- Mejora de la capacidad funcional
- Mejora de la imagen corporal
- Mejorar el afrontamiento
- Mejorar la comunicación: déficit del habla
- Planificación para el alta
- Potenciación de la socialización
- Potenciación de las aptitudes para la vida diaria
- Precauciones en el embolismo
- Prevención de úlceras por presión
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Terapia de deglución
- Vestir

Enfermería de salud de las mujeres

- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo emocional
- Apoyo en la protección contra abusos
- Apoyo en la protección contra abusos: pareja
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento
- Asesoramiento antes de la concepción
- Asesoramiento nutricional
- Ayuda para disminuir el peso
- Consulta por teléfono
- Cuidados por interrupción del embarazo
- Educación para la salud
- Ejercicios del suelo pélvico
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Enseñanza: relaciones sexuales seguras
- Entrenamiento de la vejiga urinaria
- Entrenamiento en salud
- Exploración mamaria
- Fomento del ejercicio
- Identificación de riesgos
- Manejo de la medicación
- Manejo del pesario
- Manejo del peso
- Manejo del síndrome premenstrual (SPM)
- Mejora de la autoconfianza
- Mejora de la imagen corporal
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Mejorar el afrontamiento
- Modificación de la conducta
- Orientación anticipatoria
- Orientación en el sistema sanitario
- Planificación familiar: anticoncepción
- Planificación familiar: embarazo no deseado
- Planificación familiar: infertilidad
- Preservación de la fertilidad
- Terapia de sustitución hormonal
- Visitas domiciliarias de apoyo

Enfermería de salud domiciliaria

- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo de hermanos
- Apoyo emocional
- Asesoramiento en la lactancia
- Asistencia en el mantenimiento del hogar
- Ayuda con el autocuidado: AIVD
- Ayuda con el autocuidado: baño/higiene
- Ayuda con el autocuidado: micción/defecación
- Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal
- Ayuda para dejar de fumar
- Baño
- Control intestinal
- Cuidados de la ostomía
- Cuidados del cabello y del cuero cabelludo
- Cuidados del paciente encamado
- Cuidados en la agonía
- Derivación
- Educación para la salud
- Educación parental: crianza familiar de los niños
- Educación parental: lactante
- Enseñanza: dieta prescrita
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses)
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses)
- Fomentar el desarrollo: lactantes
- Fomentar el rol parental
- Fomentar la implicación familiar
- Identificación de riesgos
- Manejo ambiental: confort
- Manejo ambiental: preparación del hogar
- Manejo de la demencia: deambulación errática
- Manejo de la medicación

- Manejo del dolor: crónico
- Mejora de la capacidad funcional
- Monitorización de los signos vitales
- Prescripción: tratamiento no farmacológico
- Prevención de caídas
- Sondaje vesical
- Vestir
- Vigilancia: electrónica por control remoto

Enfermería de salud escolar

- Administración de medicación: subcutánea
- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento
- Asesoramiento sexual
- Ayuda para dejar de fumar
- Control de enfermedades transmisibles
- Derivación
- Disminución de la ansiedad
- Educación para la salud
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: relaciones sexuales seguras
- Enseñanza: sexualidad
- Entrenamiento en salud
- Escucha activa
- Examen de la vista
- Fomentar la seguridad en el vehículo
- Intervención en caso de crisis
- Manejo de la inmunización/vacunación
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de los trastornos de la alimentación
- Manejo del asma
- Manejo del peso
- Mejorar el afrontamiento
- Mejorar el sueño
- Orientación en el sistema sanitario
- Potenciación de la autoestima
- Prescribir medicación
- Prescripción: pruebas diagnósticas
- Prescripción: tratamiento no farmacológico
- Prevención de lesiones deportivas: jóvenes
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Prevención del suicidio
- Primeros auxilios
- Tratamiento del trauma de la violación

Enfermería de salud laboral

- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo a la familia
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento
- Asesoramiento nutricional
- Autorización de seguros
- Ayuda para dejar de fumar
- Ayuda para disminuir el peso
- Consulta por teléfono
- Control de enfermedades transmisibles
- Cuidados cardíacos: rehabilitación
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de los oídos
- Cuidados en la emergencia
- Cuidados prenatales
- Derivación
- Disminución de la ansiedad
- Educación para la salud
- Educación parental: adolescentes
- Educación parental: crianza familiar de los niños
- Enseñanza: grupo
- Enseñanza: individual
- Entrenamiento en salud
- Escucha activa
- Examen de la vista
- Fomentar la seguridad en el vehículo
- Fomento del ejercicio
- Gestión de casos
- Identificación de riesgos
- Intervención en caso de crisis
- Manejo ambiental: comunidad
- Manejo ambiental: prevención de la violencia
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo ambiental: seguridad del trabajador
- Manejo de la alergia
- Manejo de la inmunización/vacunación
- Manejo de la tecnología
- Manejo del asma
- Manejo del desfibrilador: externo
- Manejo del peso
- Marketing social
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Monitorización respiratoria
- Orientación anticipatoria
- Orientación en el sistema sanitario
- Preparación ante el bioterrorismo
- Prevención de caídas
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Protección contra las infecciones
- Protección de riesgos ambientales
- Seguimiento telefónico
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas
- Triaje: catástrofe

Enfermería de salud mental/psiquiátrica

- Administración de medicación
- Aislamiento
- Apoyo en la protección contra abusos
- Asesoramiento
- Ayuda con el autocuidado: AIVD
- Ayuda para el control del enfado
- Biblioterapia
- Consulta
- Contención farmacológica
- Control del estado de ánimo
- Disminución de la ansiedad
- Elaboración de relaciones complejas
- Entrenamiento de la asertividad
- Entrenamiento en salud
- Entrenamiento para controlar los impulsos
- Escucha activa
- Establecer límites
- Facilitar el duelo
- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa
- Facilitar permisos
- Fomentar la implicación familiar
- Fototerapia: regulación del biorritmo
- Gestión de casos
- Grupo de apoyo
- Intervención en caso de crisis
- Llevar un diario
- Manejo ambiental: prevención de la violencia
- Manejo de la conducta: autolesión
- Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención
- Manejo de la conducta: sexual
- Manejo de la demencia
- Manejo de la demencia: baño
- Manejo de la demencia: deambulación errática
- Manejo de la medicación
- Manejo de la terapia electroconvulsiva
- Manejo de las alucinaciones
- Manejo de las ideas delirantes
- Manejo de los trastornos de la alimentación
- Mejora de la imagen corporal
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Mejorar el afrontamiento
- Modificación de la conducta
- Modificación de la conducta: habilidades sociales
- Orientación de la realidad
- Potenciación de la autoconciencia
- Potenciación de la autoestima
- Potenciación de las aptitudes para la vida diaria
- Precauciones contra fugas
- Precauciones contra incendios provocados
- Prescribir medicación
- Prescripción: pruebas diagnósticas
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Prevención del suicidio
- Reestructuración cognitiva
- Restricción de zonas de movimiento
- Sujeción física
- Técnica de relajación
- Terapia con el entorno
- Terapia con juegos
- Terapia de baile
- Terapia de grupo
- Terapia de reminiscencia
- Terapia familiar
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada
  las drogas
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada
  alcohol
- Visitas domiciliarias de apoyo

Enfermería de salud pública/comunidad

- Administración de medicación: subcutánea
- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo en la protección contra abusos
- Apoyo para la consecución del sustento
- Asistencia en el mantenimiento del hogar
- Consulta
- Defensa de la salud de la comunidad
- Derivación
- Desarrollo de un programa
- Educación para la salud
- Enseñanza: grupo
- Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses)
- Enseñanza: nutrición del lactante (4-6 meses)
- Enseñanza: nutrición del lactante (7-9 meses)
- Enseñanza: nutrición del lactante (10-12 meses)
- Enseñanza: nutrición del niño (13-18 meses)
- Enseñanza: nutrición del niño (19-24 meses)
- Enseñanza: nutrición del niño (25-36 meses)
- Enseñanza: relaciones sexuales seguras
- Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses)
- Enseñanza: seguridad del lactante (4-6 meses)
- Enseñanza: seguridad del lactante (7-9 meses)
- Enseñanza: seguridad del lactante (10-12 meses)
- Enseñanza: seguridad del niño (13-18 meses)
- Enseñanza: seguridad del niño (19-24 meses)
- Enseñanza: seguridad del niño (25-36 meses)
- Fomentar el rol parental
- Fomentar la salud de la comunidad
- Fomentar la seguridad en el vehículo
- Gestión de casos
- Identificación de riesgos
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Intermediación cultural
- Manejo ambiental: comunidad
- Manejo ambiental: preparación del hogar
- Manejo ambiental: seguridad del trabajador
- Manejo de la inmunización/vacunación
- Manejo de los recursos económicos
- Marketing social
- Mejora de la colaboración

- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Orientación en el sistema sanitario
- Planificación familiar: anticoncepción
- Preparación ante el bioterrorismo
- Preparación para un desastre en la comunidad
- Protección de riesgos ambientales
- Seguimiento de la política sanitaria
- Vigilancia: comunidad

Enfermería de trasplantes

- Administración de medicación
- Apoyo a la familia
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento
- Asistencia para los recursos financieros
- Autorización de seguros
- Clarificación de valores
- Control de infecciones
- Control de la medicación
- Cuidados de las heridas
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Estimulación de la integridad familiar
- Fomentar la implicación familiar
- Gestión de casos
- Grupo de apoyo
- Identificación del paciente
- Infusión de células madre
- Interpretación de datos de laboratorio
- Manejo de electrólitos
- Manejo de la hiperglucemia
- Manejo de la hipertensión
- Manejo de la hipoglucemia
- Manejo de la hipotensión
- Manejo de la medicación
- Manejo de líquidos
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del equilibrio acidobásico
- Mejorar el afrontamiento
- Monitorización de electrólitos
- Monitorización de líquidos
- Monitorización de los signos vitales
- Obtención de órganos
- Protección contra las infecciones
- Protección de los derechos del paciente
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Vigilancia

Enfermería de urgencias

- Administración de hemoderivados
- Administración de medicación
- Apoyo en la protección contra abusos: niños
- Apoyo en la protección contra abusos: pareja
- Cuidados cardíacos: agudos
- Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial
- Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa
- Cuidados de las heridas
- Cuidados en la emergencia
- Documentación
- Enseñanza: individual
- Facilitar la presencia de la familia
- Flebotomía: muestra de sangre venosa
- Identificación del paciente
- Intervención en caso de crisis
- Manejo de electrólitos
- Manejo de la anafilaxia
- Manejo de la arritmia
- Manejo de la hipovolemia
- Manejo de la parada cardiorrespiratoria
- Manejo de la terapia trombolítica
- Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva
- Manejo de la vía aérea
- Manejo de las convulsiones
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo del desfibrilador: externo
- Manejo del desfibrilador: interno
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del marcapasos: temporal
- Manejo del shock
- Monitorización de los signos vitales
- Monitorización neurológica
- Monitorización respiratoria
- Oxigenoterapia
- Preparación ante el bioterrorismo
- Prescripción: pruebas diagnósticas
- Primeros auxilios
- Punción intravenosa (i.v.)
- Reanimación
- Recogida de datos forenses
- Reposición de líquidos
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Transporte: dentro de la instalación
- Transporte: entre instalaciones
- Tratamiento de la hipertermia
- Tratamiento del trauma de la violación
- Triaje: centro de urgencias
- Triaje: teléfono

Enfermería de violencia doméstica

- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo emocional
- Apoyo en la protección contra abusos: ancianos
- Apoyo en la protección contra abusos: niños
- Apoyo en la protección contra abusos: pareja
- Apoyo en la toma de decisiones
- Apoyo espiritual
- Asesoramiento
- Consulta
- Control de enfermedades transmisibles
- Cuidados en la emergencia
- Dar esperanza
- Declaración/testimonio
- Derivación
- Disminución de la ansiedad
- Documentación
- Enseñanza: individual
- Entrenamiento de la asertividad
- Escucha activa
- Estimulación de la integridad familiar
- Facilitar el duelo
- Grupo de apoyo
- Identificación de riesgos
- Identificación del paciente
- Informe de incidencias
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Intervención en caso de crisis
- Manejo ambiental: prevención de la violencia
- Mediación de conflictos
- Mejorar el afrontamiento
- Orientación en el sistema sanitario
- Potenciación de la autoestima
- Potenciación de las aptitudes para la vida diaria
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Primeros auxilios
- Recogida de datos forenses
- Técnica de relajación
- Terapia de grupo
- Terapia familiar
- Tratamiento del trauma de la violación
- Triaje: teléfono

Enfermería de vuelo

- Administración de hemoderivados
- Administración de medicación
- Apoyo al cuidador principal
- Ayuda a la ventilación
- Consulta por teléfono
- Cuidados cardíacos: agudos
- Cuidados de las heridas
- Cuidados del lactante: prematuro
- Cuidados en la emergencia
- Disminución de la hemorragia
- Facilitar la presencia de la familia
- Identificación del paciente
- Interpretación de datos de laboratorio
- Manejo de la anafilaxia
- Manejo de la hipovolemia
- Manejo de la parada cardiorrespiratoria
- Manejo de la sedación
- Manejo de la tecnología
- Manejo de la terapia trombolítica
- Manejo de la ventilación mecánica: invasiva
- Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva
- Manejo de las vías aéreas artificiales
- Manejo del desfibrilador: externo
- Manejo del desfibrilador: interno
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del shock
- Manejo del shock: cardíaco
- Manejo del shock: vasogénico
- Manejo del shock: volumen
- Monitorización de los signos vitales
- Monitorización hemodinámica invasiva
- Monitorización respiratoria
- Oxigenoterapia
- Prevención del shock
- Punción intravenosa (i.v.)
- Reanimación
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Transporte: entre instalaciones
- Triaje: catástrofe

Enfermería en cuidados de pacientes con VIH

- Administración de medicación
- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo a la familia
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento
- Asistencia para los recursos financieros
- Autorización de seguros
- Ayuda con el autocuidado
- Clarificación de valores
- Control de enfermedades transmisibles
- Control de infecciones
- Control de la medicación
- Control del estado de ánimo
- Cuidados de las heridas
- Cuidados del paciente encamado
- Cuidados en la agonía

- Disminución de la ansiedad
- Educación para la salud
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Entrenamiento de la memoria
- Estimulación de la integridad familiar
- Fomentar la implicación familiar
- Fomento del ejercicio
- Gestión de casos
- Manejo de electrólitos
- Manejo de la diarrea
- Manejo de la energía
- Manejo de la medicación
- Manejo de las náuseas
- Manejo de líquidos
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del equilibrio acidobásico
- Mejora de la capacidad funcional
- Mejorar el afrontamiento
- Monitorización de electrólitos
- Monitorización de líquidos
- Monitorización de los signos vitales
- Orientación en el sistema sanitario
- Protección contra las infecciones
- Protección de los derechos del paciente
- Reestructuración cognitiva
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Tratamiento de la fiebre

Enfermería epidemiológica y de control de infecciones

- Control de calidad
- Control de enfermedades transmisibles
- Control de infecciones
- Control de infecciones: intraoperatorio
- Defensa de la salud de la comunidad
- Desarrollo de un programa
- Documentación: reuniones
- Educación para la salud
- Enseñanza: relaciones sexuales seguras
- Evaluación de productos
- Facilitar el aprendizaje
- Identificación de riesgos
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo de la inmunización/vacunación
- Precauciones en la alergia al látex
- Preparación ante el bioterrorismo
- Protección contra las infecciones
- Protección de riesgos ambientales
- Recogida de datos para la investigación
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Seguimiento de la política sanitaria
- Vigilancia

Enfermería escolar

- Administración de analgésicos
- Administración de medicación: oral
- Análisis de la situación sanitaria
- Aplicación de calor o frío
- Apoyo a la familia
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo emocional
- Apoyo en la protección contra abusos: niños
- Apoyo en la toma de decisiones
- Apoyo espiritual
- Asesoramiento
- Asesoramiento nutricional
- Ayuda para el control del enfado
- Clarificación de valores
- Consulta por teléfono
- Contacto
- Control de infecciones
- Cuidado de las lentes de contacto
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de los ojos
- Cuidados en la emergencia
- Delegación
- Derivación
- Disminución de la ansiedad
- Disminución de la hemorragia
- Disminución de la hemorragia: heridas
- Documentación
- Educación para la salud
- Educación parental: adolescentes
- Educación parental: crianza familiar de los niños
- Elogio
- Enseñanza: individual
- Entrenamiento en salud
- Escucha activa
- Estimulación de la integridad familiar
- Examen de la vista
- Facilitar el aprendizaje
- Facilitar el duelo
- Fomentar la implicación familiar
- Fomentar la resiliencia
- Fomentar la seguridad en el vehículo
- Grupo de apoyo
- Humor
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Intervención en caso de crisis
- Manejo de la alergia
- Manejo de la medicación
- Manejo del asma

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Marketing social
- Mejora de la autoconfianza
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Mejorar el afrontamiento
- Monitorización de los signos vitales
- Orientación anticipatoria
- Orientación en el sistema sanitario
- Potenciación de la autoestima
- Potenciación de la disposición de aprendizaje
- Potenciación de la socialización
- Prevención de lesiones deportivas: jóvenes
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Prevención del suicidio
- Primeros auxilios
- Protección de los derechos del paciente
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Técnica de relajación
- Tratamiento de la fiebre
- Vigilancia de la piel

Enfermería forense

- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo emocional
- Apoyo en la protección contra abusos
- Asesoramiento
- Ayuda en la exploración
- Consulta
- Control de enfermedades transmisibles
- Cuidados en la emergencia
- Cuidados *post mortem*
- Declaración/testimonio
- Derivación
- Disminución de la ansiedad
- Documentación
- Documentación: reuniones
- Estimulación de la integridad familiar
- Facilitar el duelo
- Identificación de riesgos
- Identificación del paciente
- Informe de incidencias
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Interpretación de datos de laboratorio
- Intervención en caso de crisis
- Manejo ambiental: prevención de la violencia
- Manejo de muestras
- Orientación en el sistema sanitario
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Protección de los derechos del paciente
- Recogida de datos forenses
- Técnica de relajación
- Tratamiento del trauma de la violación

Enfermería gastroenterológica

- Administración de anestesia
- Administración de enema
- Administración de medicación: intramuscular (i.m.)
- Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- Administración de medicación: oral
- Administración de medicación: rectal
- Administración de nutrición parenteral total (NPT)
- Alimentación enteral por sonda
- Apoyo emocional
- Asesoramiento nutricional
- Aspiración de las vías aéreas
- Control de infecciones
- Control intestinal
- Cuidados de la incontinencia intestinal: encopresis
- Cuidados de la ostomía
- Cuidados de la sonda gastrointestinal
- Disminución de la flatulencia
- Distracción
- Etapas en la dieta: cirugía para la pérdida de peso
- Manejo de la diarrea
- Manejo de la sedación
- Manejo de la tecnología
- Manejo de la vía aérea
- Manejo de las náuseas
- Manejo de muestras
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del estreñimiento/impactación fecal
- Manejo del vómito
- Mejora de la autoconfianza
- Monitorización de los signos vitales
- Precauciones para evitar la aspiración
- Punción intravenosa (i.v.)
- Sondaje nasogástrico
- Técnica de relajación
- Terapia de deglución
- Vigilancia

Enfermería genética

- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo a la familia
- Apoyo emocional
- Asesoramiento
- Asesoramiento antes de la concepción
- Clarificación de valores
- Consejo genético
- Cuidados por interrupción del embarazo
- Derivación
- Disminución de la ansiedad
- Documentación
- Educación parental: crianza familiar de los niños
- Educación parental: lactante
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Entrenamiento en salud
- Escucha activa
- Estimulación de la integridad familiar
- Facilitar el duelo
- Fomentar la normalización familiar
- Grupo de apoyo
- Identificación de riesgos: genéticos
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Interpretación de datos de laboratorio
- Intervención en caso de crisis
- Manejo ambiental: comunidad
- Mejora de la autoconfianza
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Mejorar el afrontamiento
- Movilización familiar
- Orientación anticipatoria
- Protección de los derechos del paciente
- Protección de riesgos ambientales
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Seguimiento de la política sanitaria

Enfermería gerontológica

- Administración de enema
- Administración de medicación
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo emocional
- Apoyo en la protección contra abusos: ancianos
- Asistencia para los recursos financieros
- Autorización de seguros
- Ayuda con el autocuidado
- Ayuda con el autocuidado: AIVD
- Biblioterapia
- Cambio de posición
- Control de la medicación
- Cuidados de la incontinencia intestinal
- Cuidados de la incontinencia urinaria
- Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización
- Cuidados de los pies
- Cuidados del cabello y del cuero cabelludo
- Cuidados en la agonía
- Cuidados por relevo
- Disminución del estrés por traslado
- Entrenamiento del hábito urinario
- Entrenamiento intestinal
- Escucha activa
- Facilitar el duelo
- Fomentar la implicación familiar
- Fomento del ejercicio
- Gestión de casos
- Manejo ambiental: confort
- Manejo ambiental: preparación del hogar
- Manejo de la conducta
- Manejo de la demencia
- Manejo de la demencia: baño
- Manejo de la demencia: deambulación errática
- Manejo de la nutrición
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo del delirio
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del estreñimiento/impactación fecal
- Manejo del prolapso rectal
- Mejora de la autoconfianza
- Mejora de la capacidad funcional
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Mejorar el afrontamiento
- Mejorar la comunicación: déficit auditivo
- Mejorar la comunicación: déficit visual
- Micción estimulada
- Monitorización de las extremidades inferiores
- Prescribir medicación
- Prescripción: pruebas diagnósticas
- Prescripción: tratamiento no farmacológico
- Prevención de úlceras por presión
- Protección de los derechos del paciente
- Seguimiento telefónico
- Terapia de actividad
- Terapia de ejercicios: ambulación
- Terapia de reminiscencia
- Terapia de validación
- Vestir

Enfermería holística

- Acupresión
- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Apoyo espiritual
- Aromaterapia
- Arteterapia

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Asesoramiento
- Asesoramiento nutricional
- Ayuda en la modificación de sí mismo
- Biblioterapia
- Biorretroalimentación
- Clarificación de valores
- Contacto
- Dar esperanza
- Declarar la verdad al paciente
- Disminución de la ansiedad
- Educación para la salud
- Enseñanza: grupo
- Enseñanza: individual
- Entrenamiento autógeno
- Entrenamiento en salud
- Escucha activa
- Establecimiento de objetivos comunes
- Facilitar el crecimiento espiritual
- Facilitar la autorresponsabilidad
- Facilitar la meditación
- Fitoterapia
- Fomentar la implicación familiar
- Fomento del ejercicio
- Humor
- Imaginación simple dirigida
- Llevar un diario
- Manejo ambiental
- Manejo de la energía
- Masaje
- Mejora de la autoconfianza
- Mejora de la imagen corporal
- Mejorar el afrontamiento
- Musicoterapia
- Orientación anticipatoria
- Potenciación de la autoconciencia
- Potenciación de la autoestima
- Presencia
- Reestructuración cognitiva
- Reiki
- Relajación muscular progresiva
- Tacto curativo
- Tacto terapéutico
- Técnica de relajación
- Terapia asistida con animales
- Terapia de baile
- Terapia de relajación

Enfermería médico-quirúrgica

- Administración de enema
- Administración de hemoderivados
- Administración de medicación
- Administración de nutrición parenteral total (NPT)
- Alimentación enteral por sonda
- Apoyo emocional
- Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)
- Aspiración de las vías aéreas
- Ayuda con el autocuidado
- Contención farmacológica
- Control de calidad
- Control de infecciones
- Control de la medicación
- Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial
- Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa
- Cuidados de la incontinencia intestinal
- Cuidados de la incontinencia urinaria
- Cuidados de la ostomía
- Cuidados de la sonda gastrointestinal
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización
- Cuidados de las úlceras por presión
- Cuidados de tracción/inmovilización
- Cuidados del catéter urinario
- Cuidados del drenaje torácico
- Cuidados del paciente encamado
- Cuidados del sitio de incisión
- Cuidados *post mortem*
- Desarrollo de vías clínicas
- Disminución de la hemorragia: digestiva
- Documentación
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Entrenamiento intestinal
- Etapas en la dieta
- Facilitar la presencia de la familia
- Fomentar la implicación familiar
- Identificación del paciente
- Interpretación de datos de laboratorio
- Manejo de electrólitos
- Manejo de la eliminación urinaria
- Manejo de la hiperglucemia
- Manejo de la hiperlipidemia
- Manejo de la hipertensión
- Manejo de la hipoglucemia
- Manejo de la hipotensión
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de la parada cardiorrespiratoria
- Manejo de la quimioterapia
- Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva
- Manejo de las convulsiones
- Manejo de las náuseas
- Manejo de las vías aéreas artificiales
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo de un dispositivo de acceso venoso central
- Manejo del asma
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del equilibrio acidobásico
- Manejo del marcapasos: permanente
- Manejo del shock
- Manejo del vómito
- Mejora de la capacidad funcional
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Monitorización de los signos vitales

- Monitorización neurológica
- Monitorización respiratoria
- Muestra de sangre capilar
- Oxigenoterapia
- Planificación para el alta
- Precauciones contra las convulsiones
- Precauciones para evitar la aspiración
- Prevención de caídas
- Prevención de úlceras por presión
- Prevención del shock
- Protección de los derechos del paciente
- Punción intravenosa (i.v.)
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Sondaje nasogástrico
- Sujeción física
- Supervisión del personal
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Vigilancia de la piel

Enfermería neonatal

- Administración de analgésicos
- Administración de hemoderivados
- Administración de medicación
- Administración de medicación: enteral
- Administración de medicación: intramuscular (i.m.)
- Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- Administración de medicación: oftálmica
- Administración de medicación: oral
- Administración de nutrición parenteral total (NPT)
- Alimentación
- Alimentación con biberón
- Alimentación enteral por sonda
- Apoyo a la familia
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo al procedimiento: bebé
- Apoyo de hermanos
- Asesoramiento en la lactancia
- Aspiración de las vías aéreas
- Ayuda a la ventilación
- Cambio de posición
- Cuidados de canguro (del niño prematuro)
- Cuidados de la circuncisión
- Cuidados de la ostomía
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico
- Cuidados de la sonda gastrointestinal
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de los ojos
- Cuidados del catéter umbilical
- Cuidados del catéter urinario
- Cuidados del drenaje torácico
- Cuidados del lactante
- Cuidados del lactante: prematuro
- Cuidados del lactante: recién nacido
- Desarrollo de vías clínicas
- Destete de la ventilación mecánica
- Documentación
- Educación parental: lactante
- Extubación endotraqueal
- Facilitar las visitas
- Fomentar el apego
- Fomentar la implicación familiar
- Fototerapia: neonato
- Identificación del paciente
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Interpretación de datos de laboratorio
- Intubación y estabilización de la vía aérea
- Manejo ambiental
- Manejo ambiental: confort
- Manejo de electrólitos
- Manejo de electrólitos: hipercalcemia
- Manejo de electrólitos: hiperfosfatemia
- Manejo de electrólitos: hipermagnesemia
- Manejo de electrólitos: hipernatremia
- Manejo de electrólitos: hiperpotasemia
- Manejo de electrólitos: hipocalcemia
- Manejo de electrólitos: hipofosfatemia
- Manejo de electrólitos: hipomagnesemia
- Manejo de electrólitos: hiponatremia
- Manejo de electrólitos: hipopotasemia
- Manejo de la hipovolemia
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de la tecnología
- Manejo de la ventilación mecánica: invasiva
- Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva
- Manejo de la vía aérea
- Manejo de las vías aéreas artificiales
- Manejo de líquidos
- Manejo de un dispositivo de acceso venoso central
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del equilibrio acidobásico
- Manejo del shock: volumen
- Mejorar el sueño
- Monitorización de líquidos
- Monitorización de los signos vitales
- Monitorización nutricional
- Monitorización respiratoria
- Oxigenoterapia
- Planificación para el alta
- Protección contra las infecciones
- Punción intravenosa (i.v.)
- Reanimación
- Reanimación: neonato
- Regulación de la temperatura
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Sondaje vesical
- Sondaje vesical: intermitente
- Succión no nutritiva
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Terapia nutricional
- Transporte: dentro de la instalación
- Transporte: entre instalaciones
- Vigilancia
- Vigilancia de la piel

...fotocopiar sin autorización es un delito.

Enfermería obstétrica

- Administración de medicación
- Administración de medicación: intraespinal
- Alimentación con biberón
- Apoyo al procedimiento: bebé
- Asesoramiento en la lactancia
- Asistencia al parto por cesárea
- Cuidados de la circuncisión
- Cuidados del embarazo de alto riesgo
- Cuidados del lactante
- Cuidados del lactante: recién nacido
- Cuidados intraparto
- Cuidados intraparto: parto de alto riesgo
- Cuidados por interrupción del embarazo
- Cuidados posparto
- Cuidados prenatales
- Disminución de la hemorragia: útero anteparto
- Disminución de la hemorragia: útero posparto
- Educación parental: lactante
- Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido)
- Facilitar el duelo: muerte perinatal
- Fomentar el apego
- Fomentar el rol parental
- Identificación de riesgos: familia con recién nacido
- Inducción al parto: agudo
- Manejo de la hipertensión
- Manejo del dolor
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Monitorización fetal electrónica: antes del parto
- Monitorización fetal electrónica: durante el parto
- Monitorización hemodinámica invasiva
- Parto
- Planificación familiar: anticoncepción
- Preparación al parto
- Reanimación: feto
- Reanimación: neonato
- Supresión de las contracciones de parto
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas
- Vigilancia: al final del embarazo

Enfermería oftalmológica

- Administración de medicación
- Administración de medicación: intramuscular (i.m.)
- Administración de medicación: oftálmica
- Administración de medicación: oral
- Apoyo emocional
- Asistencia quirúrgica
- Ayuda con el autocuidado: AIVD
- Consulta
- Control de infecciones
- Control de infecciones: intraoperatorio
- Coordinación preoperatoria
- Cuidado de las lentes de contacto
- Cuidados de los ojos
- Cuidados del sitio de incisión
- Enseñanza: habilidad psicomotora
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: prequirúrgica
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Escucha activa
- Examen de la vista
- Fomentar la implicación familiar
- Manejo de la hipoglucemia
- Manejo de la sedación
- Manejo del dolor: agudo
- Mejorar la comunicación: déficit visual
- Monitorización de los signos vitales
- Planificación para el alta
- Precauciones con el láser
- Preparación quirúrgica
- Prevención de caídas
- Prevención de la sequedad ocular
- Punción intravenosa (i.v.)
- Seguimiento telefónico
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Vigilancia

Enfermería ortopédica

- Administración de analgésicos
- Administración de hemoderivados
- Administración de medicación
- Administración de medicación: intramuscular (i.m.)
- Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- Administración de medicación: oral
- Aplicación de calor o frío
- Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)
- Autotransfusión
- Ayuda con el autocuidado
- Ayuda con el autocuidado: AIVD
- Ayuda con el autocuidado: transferencia
- Baño
- Cambio de posición
- Cambio de posición: silla de ruedas
- Comprobación de sustancias controladas
- Control de infecciones
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico
- Cuidados de la retención urinaria
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de las heridas: drenaje cerrado
- Cuidados de tracción/inmovilización

- Cuidados del catéter urinario
- Cuidados del embolismo: periférico
- Cuidados del paciente amputado
- Cuidados del paciente encamado
- Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento
- Cuidados del paciente escayolado: yeso húmedo
- Cuidados del sitio de incisión
- Desarrollo de vías clínicas
- Enseñanza: ejercicio prescrito
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: prequirúrgica
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Fomento del ejercicio
- Información preparatoria: sensorial
- Inmovilización
- Manejo del delirio
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del estreñimiento/impactación fecal
- Mejora de la capacidad funcional
- Mejora de la tos
- Monitorización de las extremidades inferiores
- Planificación para el alta
- Prevención de caídas
- Prevención de úlceras por presión
- Punción intravenosa (i.v.)
- Sujeción física
- Terapia de ejercicios: ambulación
- Terapia de ejercicios: movilidad articular
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Vigilancia de la piel

Enfermería pediátrica

- Administración de medicación
- Administración de nutrición parenteral total (NPT)
- Alimentación
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo al procedimiento: bebé
- Apoyo emocional
- Apoyo en la protección contra abusos: niños
- Consejo genético
- Cuidados del lactante
- Cuidados del lactante: prematuro
- Cuidados del lactante: recién nacido
- Documentación
- Educación para la salud
- Educación parental: adolescentes
- Educación parental: crianza familiar de los niños
- Educación parental: lactante
- Enseñanza: entrenamiento del control de esfínteres
- Enseñanza: estimulación del lactante (0-4 meses)
- Enseñanza: estimulación del lactante (5-8 meses)
- Enseñanza: estimulación del lactante (9-12 meses)
- Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses)
- Enseñanza: nutrición del lactante (4-6 meses)
- Enseñanza: nutrición del lactante (7-9 meses)
- Enseñanza: nutrición del lactante (10-12 meses)
- Enseñanza: nutrición del niño (13-18 meses)
- Enseñanza: nutrición del niño (19-24 meses)
- Enseñanza: nutrición del niño (25-36 meses)
- Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses)
- Enseñanza: seguridad del lactante (4-6 meses)
- Enseñanza: seguridad del lactante (7-9 meses)
- Enseñanza: seguridad del lactante (10-12 meses)
- Enseñanza: seguridad del niño (13-18 meses)
- Enseñanza: seguridad del niño (19-24 meses)
- Enseñanza: seguridad del niño (25-36 meses)
- Facilitar la presencia de la familia
- Fomentar el desarrollo: lactantes
- Fomentar el desarrollo: niños
- Fomentar el rol parental
- Fomentar la implicación familiar
- Fomentar la normalización familiar
- Fomentar la seguridad en el vehículo
- Identificación de riesgos
- Identificación de riesgos: genéticos
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo de la inmunización/vacunación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de la tecnología
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo del asma
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Monitorización de los signos vitales
- Monitorización respiratoria
- Oxigenoterapia
- Planificación para el alta
- Prevención de lesiones deportivas: jóvenes
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Terapia con juegos
- Terapia del trauma: niño
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Tratamiento de la fiebre
- Vigilancia

Enfermería perioperatoria

- Administración de hemoderivados
- Apoyo emocional
- Asistencia quirúrgica
- Autotransfusión
- Ayuda con el autocuidado: transferencia
- Cambio de posición: intraoperatorio
- Colaboración con el médico
- Contacto
- Control de calidad
- Control de infecciones: intraoperatorio

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Coordinación preoperatoria
- Cuidados de la piel: zona del injerto
- Cuidados de la piel: zona donante
- Cuidados de las heridas
- Cuidados postanestesia
- Delegación
- Desarrollo de vías clínicas
- Disminución de la ansiedad
- Documentación
- Enseñanza: prequirúrgica
- Escucha activa
- Evaluación de productos
- Identificación del paciente
- Manejo ambiental: confort
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo ambiental: seguridad del trabajador
- Manejo de electrólitos
- Manejo de la anafilaxia
- Manejo de la cadena de suministro
- Manejo de la instrumentación quirúrgica
- Manejo de la sedación
- Manejo de la tecnología
- Manejo de muestras
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del shock
- Manejo del torniquete neumático
- Monitorización de líquidos
- Monitorización de los signos vitales
- Oxigenoterapia
- Planificación para el alta
- Precauciones con el láser
- Precauciones en la alergia al látex
- Precauciones en la hipertermia maligna
- Precauciones quirúrgicas
- Preceptor: empleado
- Preparación quirúrgica
- Presencia
- Prevención de úlceras por presión
- Protección de los derechos del paciente
- Regulación de la temperatura: perioperatoria
- Sutura
- Terapia de inducción de hipotermia
- Transporte: dentro de la instalación
- Vigilancia de la piel

Enfermería psiquiátrica de niños y adolescentes

- Apoyo en la protección contra abusos: niños
- Arteterapia
- Consulta por teléfono
- Control del estado de ánimo
- Cuidados de la incontinencia intestinal: encopresis
- Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis
- Educación para la salud
- Elaboración de relaciones complejas
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Entrenamiento para controlar los impulsos
- Fomentar el desarrollo: adolescentes
- Fomentar el desarrollo: niños
- Fomentar el rol parental
- Fomentar la implicación familiar
- Fomentar la normalización familiar
- Fomentar la resiliencia
- Gestión de casos
- Manejo ambiental: comunidad
- Manejo de la conducta: autolesión
- Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención
- Manejo de la conducta: sexual
- Manejo de la medicación
- Manejo de las ideas delirantes
- Mantenimiento de procesos familiares
- Mediación de conflictos
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Modificación de la conducta: habilidades sociales
- Movilización familiar
- Potenciación de las aptitudes para la vida diaria
- Precauciones contra fugas
- Prescribir medicación
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Supervisión del personal
- Terapia de actividad
- Terapia de baile
- Terapia del trauma: niño
- Terapia familiar

Enfermería radiológica

- Administración de analgésicos
- Administración de hemoderivados
- Administración de medicación
- Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo emocional
- Aspiración de las vías aéreas
- Ayuda a la ventilación
- Ayuda en la exploración
- Ayuda para dejar de fumar
- Consulta por teléfono
- Contacto
- Control de calidad
- Control de infecciones
- Cuidados de la sonda gastrointestinal
- Cuidados del catéter urinario
- Cuidados del drenaje
- Cuidados del drenaje torácico
- Cuidados del embolismo: periférico
- Cuidados del embolismo: pulmonar

- Cuidados en la emergencia
- Derivación
- Disminución de la ansiedad
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Información preparatoria: sensorial
- Informe de incidencias
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo de la alergia
- Manejo de la arritmia
- Manejo de la parada cardiorrespiratoria
- Manejo de la radioterapia
- Manejo de la sedación
- Manejo de la tecnología
- Manejo de la vía aérea
- Manejo de líquidos
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del marcapasos: permanente
- Manejo del riesgo cardíaco
- Mejora de la perfusión cerebral
- Monitorización de líquidos
- Monitorización de los signos vitales
- Monitorización neurológica
- Monitorización respiratoria
- Oxigenoterapia
- Planificación para el alta
- Precauciones circulatorias
- Precauciones con el láser
- Precauciones en el embolismo
- Precauciones en la alergia al látex
- Precauciones para evitar la aspiración
- Prevención de hemorragias
- Prevención del shock
- Protección contra las infecciones
- Punción intravenosa (i.v.)
- Reanimación
- Recogida de datos para la investigación
- Reposición de líquidos
- Sondaje vesical
- Supervisión del personal
- Técnica de relajación
- Terapia de relajación
- Terapia intravenosa (i.v.)

Enfermería urológica

- Administración de analgésicos
- Administración de medicación
- Apoyo al cuidador principal
- Asistencia quirúrgica
- Biorretroalimentación
- Cambio de posición: intraoperatorio
- Control de infecciones: intraoperatorio
- Coordinación preoperatoria
- Cuidados de la incontinencia urinaria
- Cuidados de la ostomía
- Cuidados de la retención urinaria
- Cuidados de las heridas
- Cuidados del catéter urinario
- Cuidados del drenaje
- Ejercicios del suelo pélvico
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: prequirúrgica
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Entrenamiento de la vejiga urinaria
- Entrenamiento del hábito urinario
- Escucha activa
- Gestión de casos
- Información preparatoria: sensorial
- Irrigación de la vejiga urinaria
- Manejo de la eliminación urinaria
- Manejo de la medicación
- Manejo de la quimioterapia
- Manejo de la radioterapia
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo de muestras
- Manejo del pesario
- Mantenimiento del acceso para diálisis
- Mejora de la imagen corporal
- Micción estimulada
- Modificación de la conducta
- Precauciones en la alergia al látex
- Precauciones quirúrgicas
- Preparación quirúrgica
- Regulación de la temperatura: perioperatoria
- Sondaje vesical
- Sondaje vesical: intermitente
- Terapia intravenosa (i.v.)

Enfermería vascular

- Análisis de la situación sanitaria
- Ayuda con el autocuidado
- Ayuda para dejar de fumar
- Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial
- Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico
- Cuidados de la piel: zona del injerto
- Cuidados de la piel: zona donante
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización
- Cuidados de las úlceras por presión
- Cuidados de las uñas

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Cuidados de los pies
- Cuidados del embolismo: periférico
- Cuidados del embolismo: pulmonar
- Cuidados del paciente amputado
- Cuidados del sitio de incisión
- Enseñanza: cuidados de los pies
- Enseñanza: ejercicio prescrito
- Enseñanza: individual
- Facilitar el duelo
- Fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza
- Identificación de riesgos
- Manejo de la desatención unilateral
- Manejo de la hipertensión
- Manejo de la hipotensión
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de la sensibilidad periférica alterada
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Monitorización de las extremidades inferiores
- Planificación para el alta
- Precauciones circulatorias
- Precauciones en el embolismo
- Prevención de úlceras por presión
- Protección contra las infecciones
- Terapia con sanguijuelas
- Terapia de ejercicios: ambulación
- Terapia de ejercicios: control muscular
- Terapia de ejercicios: movilidad articular



QUINTA PARTE

Tiempo estimado y nivel de formación necesarios para realizar intervenciones de la NIC



Tiempo estimado y nivel de formación necesarios para realizar intervenciones de la NIC

En este apartado se incluyen la estimación del tiempo de ejecución y el tipo de personal para la realización de cada una de las 565 intervenciones de esta edición de la Clasificación. Las estimaciones se han obtenido del siguiente modo:

Primer paso: las 433 intervenciones incluidas en la segunda edición de la NIC se valoraron en 1999 en respuesta a una petición realizada por un usuario que incorporaba la NIC en un manual de codificación/coste[1]. Pequeños grupos de miembros del equipo de investigación valoraron intervenciones escogidas en su área de experiencia respecto a: 1) la formación necesaria y 2) el tiempo necesario para cada intervención. Los miembros de los grupos de valoración hacían referencia a las definiciones y actividades de las intervenciones de la segunda edición de la NIC[4]. Cada grupo de evaluadores devolvió su trabajo a los investigadores principales, quienes, con otros dos miembros del equipo de investigación, revisaron todas las valoraciones de todas las intervenciones para determinar la congruencia global.

Segundo paso: en el otoño del año 2000 se realizaron valoraciones utilizando el mismo método para las 53 intervenciones nuevas de la tercera edición de la NIC publicada el año 2000[5]. Los cambios en las intervenciones de la segunda a la tercera edición también se examinaron para valorar su impacto. Después se revisaron juntas las valoraciones de las 486 intervenciones, y unas pocas se modificaron para ser congruentes con otras de la misma clase. Esta información se publicó en forma de una monografía titulada «Estimated Time and Educational Requirements to Perform 486 Nursing Interventions»[2], elaborada por el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness en el College of Nursing, University of Iowa. Partes de la monografía se publicaron en *Nursing Economic$* («Determining Cost of Nursing Interventions: A Beginning»)[3].

Tercer paso y posteriores: desde 2002 se han estimado el tiempo y la formación necesarios para cada una de las nuevas intervenciones de la clasificación utilizando los mismos criterios.

La *formación necesaria* se define como el nivel educativo mínimo preciso para realizar la intervención en la mayoría de casos en la mayoría de estados y se valora como: 1) ayudante de enfermería/auxiliar de enfermería/técnico, 2) licenciada en enfermería (formación básica, ya sea grado, grado asociado o diploma) o 3) licenciada en enfermería con formación o certificado de posgrado. La formación de posgrado se define como formación o práctica especializada además de la formación licenciada en enfermería, incluyendo un máster con o sin certi cado o un curso corto que conduce al certificado. Estas categori se seleccionaron después de una discusión minuciosa. Se escog ron por encima de otras posibilidades dado que se creyó que l categorías permitían que los evaluadores discriminaran ent ellas, aunque no eran tan sutiles como para que los evaluador no pudiesen ser consecuentes. Los tipos básicos de preparaci de enfermeras licenciadas se agruparon en una categoría porq reflejaba la realidad de la situación práctica, que generalmente diferencia entre responsabilidades laborales según la preparaci de los licenciados en enfermería.

El *tiempo necesario* se definió como el tiempo medio n cesario para realizar la intervención. Se trata de un promec de tiempo que se puede usar para determinar las tarifas de tribución (suficientemente largo para que pudiera realizarse intervención aunque no tan largo como para que el precio de la tervención sea exageradamente alto para que la compañía seguros o el paciente lo paguen). Las estimaciones tempora se agrupan en 5 categorías: 1) 15 minutos o menos, 2) 16-30 n nutos, 3) 31-45 minutos, 4) 46-60 minutos y 5) más de 1 hor

Se recalca que las estimaciones se basan en los juicios alizados por personas familiarizadas con la intervención y c el área de especialidad práctica. Las valoraciones que se incluy pueden diferir según el centro y el profesional. Las estimacion proporcionan un punto de inicio para calcular el tiempo ne sario, el nivel necesario de formación del profesional y el co de los cuidados de enfermería.

Bibliografía

1. Alternative Link, Inc.. (2001). *CAM and nursing coding mam* Las Cruces, NM: Author.
2. Center for Nursing Classification. (2001). *Estimated time a educational requirements to perform 486 nursing interventio* Iowa City, IA: Author.
3. Iowa Intervention Project. (2001). Determining cost of nurs interventions: A beginning. *Nursing Economic$, 19*(4), 146-1
4. McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (Eds.). (1996). *Nursing in ventions classification (NIC)* (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby.
5. McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (Eds.). (2000). *Nursing in ventions classification (NIC)* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby.

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derec

Tabla 1 TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 565 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Acuerdo con el paciente	4420	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Acupresión	1320	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Administración de analgésicos	2210	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Administración de analgésicos: intraespinal	2214	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Administración de anestesia	2840	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Administración de enema	0466	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Administración de hemoderivados	4030	Licenciada en enfermería	>1 hora
Administración de medicación	2300	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: enteral	2301	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: inhalatoria	2311	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: interpleural	2302	Licenciada en enfermería con posgrado	≤15 minutos
Administración de medicación: intradérmica	2312	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: intraespinal	2319	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: intramuscular (i.m.)	2313	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: intraósea	2303	Licenciada en enfermería con posgrado	≤15 minutos
Administración de medicación: intravenosa (i.v.)	2314	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: nasal	2320	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: oftálmica	2310	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: oral	2304	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: ótica	2308	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: rectal	2315	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: reservorio ventricular	2307	Licenciada en enfermería con posgrado	≤15 minutos
Administración de medicación: subcutánea	2317	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: tópica	2316	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: vaginal	2318	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Administración de nutrición parenteral total (NPT)	1200	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Aislamiento	6630	Licenciada en enfermería	>1 hora
Alimentación	1050	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Alimentación con biberón	1052	Ayudante de enfermería	31-45 minutos
Alimentación con taza: recién nacido	8240	Ayudante de enfermería	31-45 minutos
Alimentación enteral por sonda	1056	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Amnioinfusión	6700	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Análisis de la situación sanitaria	6520	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Aplicación de calor o frío	1380	Licenciada en enfermería	<15 minutos
Apoyo a la familia	7140	Licenciada en enfermería	>1 hora
Apoyo al cuidador principal	7040	Licenciada en enfermería	>1 hora
Apoyo al procedimiento: bebé	6965	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Apoyo de hermanos	7280	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Apoyo emocional	5270	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Apoyo en la protección contra abusos	6400	Licenciada en enfermería	>1 hora
Apoyo en la protección contra abusos: ancianos	6404	Licenciada en enfermería	>1 hora
Apoyo en la protección contra abusos: niños	6402	Licenciada en enfermería	>1 hora
Apoyo en la protección contra abusos: pareja	6403	Licenciada en enfermería	>1 hora
Apoyo en la protección contra abusos: religioso	6408	Licenciada en enfermería	>1 hora
Apoyo en la toma de decisiones	5250	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Apoyo espiritual	5420	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Apoyo para la consecución del sustento	7500	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Aromaterapia	1330	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Arteterapia	4330	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Asesoramiento	5240	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Asesoramiento antes de la concepción	5247	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Asesoramiento en la lactancia	5244	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Asesoramiento nutricional	5246	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Asesoramiento sexual	5248	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos

(Continúa)

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 1 TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 565 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO *(cont.)*

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Asistencia al parto por cesárea	6750	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Asistencia en el mantenimiento del hogar	7180	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)	2400	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Asistencia para los recursos financieros	7380	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Asistencia quirúrgica	2900	Licenciada en enfermería	>1 hora
Aspiración de las vías aéreas	3160	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Aumentar los sistemas de apoyo	5440	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Autorización de seguros	7410	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Autotransfusión	2860	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Ayuda a la ventilación	3390	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Ayuda con el autocuidado	1800	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Ayuda con el autocuidado: AIVD	1805	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Ayuda con el autocuidado: alimentación	1803	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Ayuda con el autocuidado: baño/higiene	1801	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Ayuda con el autocuidado: micción/defecación	1804	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Ayuda con el autocuidado: transferencia	1806	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal	1802	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Ayuda en la exploración	7680	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Ayuda en la modificación de sí mismo	4470	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Ayuda para dejar de fumar	4490	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Ayuda para disminuir el peso	1280	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Ayuda para el control del enfado	4640	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Ayuda para ganar peso	1240	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Baño	1610	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Biblioterapia	4680	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Biorretroalimentación	5860	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Cambio de posición	0840	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cambio de posición: intraoperatorio	0842	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cambio de posición: neurológico	0844	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cambio de posición: silla de ruedas	0846	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Clarificación de valores	5480	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Colaboración con el médico	7710	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Comprobación de sustancias controladas	7620	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Consejo genético	5242	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Consulta	7910	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Consulta por teléfono	8180	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Contacto	5460	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Contención de los costes	7630	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Contención farmacológica	6430	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Control de calidad	7800	Licenciada en enfermería	>1 hora
Control de enfermedades transmisibles	8820	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Control de infecciones	6540	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Control de infecciones: intraoperatorio	6545	Licenciada en enfermería	>1 hora
Control de la medicación	2395	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Control del estado de ánimo	5330	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Control intestinal	0430	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Coordinación preoperatoria	2880	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidado de las lentes de contacto	1620	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Cuidados cardíacos	4040	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados cardíacos: agudos	4044	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados cardíacos: rehabilitación	4046	Licenciada en enfermería	>1 hora
Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico	4064	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial	4062	Licenciada en enfermería	≤15 minutos

Tabla 1 TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 565 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO *(cont.)*

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa	4066	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Cuidados de canguro (del niño prematuro)	6840	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Cuidados de enfermería al ingreso	7310	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la circuncisión	3000	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Cuidados de la incontinencia intestinal	0410	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la incontinencia intestinal: encopresis	0412	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la incontinencia urinaria	0610	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis	0612	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la ostomía	0480	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Cuidados de la piel: tratamiento tópico	3584	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la piel: zona del injerto	3583	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la piel: zona donante	3582	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la retención urinaria	0620	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Cuidados de la sonda gastrointestinal	1874	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Cuidados de las heridas	3660	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización	3664	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados de las heridas: drenaje cerrado	3662	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados de las heridas: quemaduras	3661	Licenciada en enfermería	>1 hora
Cuidados de las úlceras por presión	3520	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cuidados de las uñas	1680	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cuidados de los oídos	1640	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de los ojos	1650	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Cuidados de los pies	1660	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de tracción/inmovilización	0940	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Cuidados del cabello y del cuero cabelludo	1670	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cuidados del catéter central de inserción periférica (PICC)	4220	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Cuidados del catéter de drenaje de ventriculostomía/lumbar	1878	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Cuidados del catéter umbilical	1875	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Cuidados del catéter urinario	1876	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Cuidados del drenaje	1870	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Cuidados del drenaje torácico	1872	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Cuidados del embarazo de alto riesgo	6800	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Cuidados del embolismo: periférico	4104	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados del embolismo: pulmonar	4106	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados del lactante	6820	Licenciada en enfermería	>1 hora
Cuidados del lactante: prematuro	6826	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Cuidados del lactante: recién nacido	6824	Licenciada en enfermería	>1 hora
Cuidados del paciente amputado	3420	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados del paciente encamado	0740	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento	0762	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Cuidados del paciente escayolado: yeso húmedo	0764	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados del sitio de incisión	3440	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados en la agonía	5260	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados en la emergencia	6200	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cuidados intraparto	6830	Licenciada en enfermería	>1 hora
Cuidados intraparto: parto de alto riesgo	6834	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Cuidados perineales	1750	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Cuidados por interrupción del embarazo	6950	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Cuidados por relevo	7260	Licenciada en enfermería	>1 hora
Cuidados posparto	6930	Licenciada en enfermería	>1 hora
Cuidados *post mortem*	1770	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cuidados postanestesia	2870	Licenciada en enfermería	46-60 minutos

(Continúa)

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 1 TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 565 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO *(cont.)*

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Cuidados prenatales	6960	Licenciada en enfermería	>1 hora
Dar esperanza	5310	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Declaración/testimonio	7930	Licenciada en enfermería	>1 hora
Declarar la verdad al paciente	5470	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Defensa de la salud de la comunidad	8510	Licenciada en enfermería	>1 hora
Delegación	7650	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Derivación	8100	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Desarrollo de un programa	8700	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Desarrollo de vías clínicas	7640	Licenciada en enfermería	>1 hora
Desarrollo del personal	7850	Licenciada en enfermería	>1 hora
Destete de la ventilación mecánica	3310	Licenciada en enfermería	>1 hora
Disminución de la ansiedad	5820	Ayudante de enfermería	31-45 minutos
Disminución de la flatulencia	0470	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Disminución de la hemorragia	4020	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Disminución de la hemorragia: digestiva	4022	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Disminución de la hemorragia: epistaxis	4024	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Disminución de la hemorragia: heridas	4028	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Disminución de la hemorragia: útero anteparto	4021	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Disminución de la hemorragia: útero posparto	4026	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Disminución del estrés por traslado	5350	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Distracción	5900	Ayudante de enfermería	31-45 minutos
Documentación	7920	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Documentación: reuniones	7926	Licenciada en enfermería	>1 hora
Ecografía: obstétrica y ginecológica	6982	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Educación para la salud	5510	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Educación parental: adolescentes	5562	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Educación parental: crianza familiar de los niños	5566	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Educación parental: lactante	5568	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Ejercicios del suelo pélvico	0560	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Elaboración de relaciones complejas	5000	Licenciada en enfermería	>1 hora
Elogio	4364	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Enseñanza: cuidados de los pies	5603	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: dieta prescrita	5614	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: ejercicio prescrito	5612	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: entrenamiento del control de esfínteres	5634	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: estimulación del lactante (0-4 meses)	5655	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: estimulación del lactante (5-8 meses)	5656	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: estimulación del lactante (9-12 meses)	5657	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: grupo	5604	Licenciada en enfermería	>1 hora
Enseñanza: habilidad psicomotora	5620	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: individual	5606	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Enseñanza: medicamentos prescritos	5616	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses)	5640	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del lactante (4-6 meses)	5641	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del lactante (7-9 meses)	5642	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del lactante (10-12 meses)	5643	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del niño (13-18 meses)	5660	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del niño (19-24 meses)	5661	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del niño (25-36 meses)	5662	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: prequirúrgica	5610	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: procedimiento/tratamiento	5618	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: proceso de enfermedad	5602	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: relaciones sexuales seguras	5622	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses)	5645	Licenciada en enfermería	16-30 minutos

Tabla 1 TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 565 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO *(cont.)*

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Enseñanza: seguridad del lactante (4-6 meses)	5646	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del lactante (7-9 meses)	5647	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del lactante (10-12 meses)	5648	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del niño (13-18 meses)	5665	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del niño (19-24 meses)	5666	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del niño (25-36 meses)	5667	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: sexualidad	5624	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Entrenamiento autógeno	5840	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Entrenamiento de la asertividad	4340	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Entrenamiento de la memoria	4760	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Entrenamiento de la vejiga urinaria	0570	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Entrenamiento del hábito urinario	0600	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Entrenamiento en salud	5305	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Entrenamiento intestinal	0440	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Entrenamiento para controlar los impulsos	4370	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Escucha activa	4920	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Establecer límites	4380	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Establecimiento de objetivos comunes	4410	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Estimulación cognitiva	4720	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Estimulación cutánea	1340	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Estimulación de la integridad familiar	7100	Licenciada en enfermería	>1 hora
Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido)	7104	Licenciada en enfermería	>1 hora
Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)	1540	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Etapas en la dieta	1020	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Etapas en la dieta: cirugía para la pérdida de peso	1024	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Evaluación de compañeros	7700	Licenciada en enfermería	>1 hora
Evaluación de productos	7760	Licenciada en enfermería	>1 hora
Examen de la vista	6675	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Exploración mamaria	6522	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Extubación endotraqueal	3270	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Facilitar el aprendizaje	5520	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Facilitar el crecimiento espiritual	5426	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Facilitar el duelo	5290	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Facilitar el duelo: muerte perinatal	5294	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Facilitar el perdón	5280	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Facilitar la autohipnosis	5922	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Facilitar la autorresponsabilidad	4480	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Facilitar la expresión del sentimiento de culpa	5300	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Facilitar la meditación	5960	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Facilitar la práctica religiosa	5424	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Facilitar la presencia de la familia	7170	Licenciada en enfermería	>1 hora
Facilitar las visitas	7560	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Facilitar permisos	7440	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Fisioterapia torácica	3230	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Fitoterapia	2420	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Flebotomía: muestra de sangre arterial	4232	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Flebotomía: muestra de sangre venosa	4238	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Flebotomía: obtención de una unidad de sangre	4234	Licenciada en enfermería	>1 hora
Flebotomía: vía canalizada	4235	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Fomentar el apego	6710	Licenciada en enfermería	>1 hora
Fomentar el desarrollo: adolescentes	8272	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Fomentar el desarrollo: lactantes	8278	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Fomentar el desarrollo: niños	8274	Licenciada en enfermería	46-60 minutos

(Continúa)

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 1 TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 565 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO *(cont.)*

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Fomentar el rol parental	8300	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Fomentar la implicación familiar	7110	Licenciada en enfermería	>1 hora
Fomentar la mecánica corporal	0140	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Fomentar la normalización familiar	7200	Licenciada en enfermería	>1 hora
Fomentar la resiliencia	8340	Licenciada en enfermería	>1 hora
Fomentar la salud bucal	1720	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Fomentar la salud de la comunidad	8500	Licenciada en enfermería	>1 hora
Fomentar la seguridad en el vehículo	9050	Licenciada en enfermería	>1 hora
Fomento del ejercicio	0200	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza	0201	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Fomento del ejercicio: estiramientos	0202	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Fototerapia: neonato	6924	Licenciada en enfermería	>1 hora
Fototerapia: regulación del biorritmo	6926	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Gestión de casos	7320	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Grupo de apoyo	5430	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Hipnosis	5920	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Humor	5320	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Identificación de riesgos	6610	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Identificación de riesgos: familia con recién nacido	6612	Licenciada en enfermería	>1 hora
Identificación de riesgos: genéticos	6614	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Identificación del paciente	6574	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Imaginación simple dirigida	6000	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Inducción al parto	6850	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Información preparatoria: sensorial	5580	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Informe de incidencias	7980	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Infusión de células madre	4266	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Inmovilización	0910	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Intercambio de información de cuidados de salud	7960	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Intermediación cultural	7330	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Interpretación de datos de laboratorio	7690	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Intervención en caso de crisis	6160	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Intubación y estabilización de la vía aérea	3120	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Irrigación de heridas	3680	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Irrigación de la vejiga urinaria	0550	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Irrigación nasal	3316	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Llevar un diario	4740	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Manejo ambiental	6480	Ayudante de enfermería	31-45 minutos
Manejo ambiental: comunidad	6484	Licenciada en enfermería	>1 hora
Manejo ambiental: confort	6482	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Manejo ambiental: preparación del hogar	6485	Licenciada en enfermería	>1 hora
Manejo ambiental: prevención de la violencia	6487	Ayudante de enfermería	>1 hora
Manejo ambiental: seguridad	6486	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo ambiental: seguridad del trabajador	6489	Licenciada en enfermería	>1 hora
Manejo de electrólitos	2000	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de electrólitos: hipercalcemia	2001	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrólitos: hiperfosfatemia	2005	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrólitos: hipermagnesemia	2003	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrólitos: hipernatremia	2004	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrólitos: hiperpotasemia	2002	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrólitos: hipocalcemia	2006	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrólitos: hipofosfatemia	2010	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrólitos: hipomagnesemia	2008	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrólitos: hiponatremia	2009	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrólitos: hipopotasemia	2007	Licenciada en enfermería	16-30 minutos

Tabla 1 TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 565 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO *(cont.)*

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Manejo de la alergia	6410	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la anafilaxia	6412	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Manejo de la arritmia	4090	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la cadena de suministro	7840	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Manejo de la conducta	4350	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Manejo de la conducta: autolesión	4354	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención	4352	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la conducta: sexual	4356	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la demencia	6460	Licenciada en enfermería	>1 hora
Manejo de la demencia: baño	6462	Ayudante de enfermería	31-45 minutos
Manejo de la demencia: deambulación errática	6466	Ayudante de enfermería	>1 hora
Manejo de la desatención unilateral	2760	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la diarrea	0460	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Manejo de la disreflexia	2560	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la eliminación urinaria	0590	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Manejo de la energía	0180	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la hiperglucemia	2120	Licenciada en enfermería	>1 hora
Manejo de la hiperlipidemia	2125	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Manejo de la hipertensión	4162	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la hipervolemia	4170	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la hipoglucemia	2130	Licenciada en enfermería	>1 hora
Manejo de la hipotensión	4175	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la hipovolemia	4180	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la inmunización/vacunación	6530	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la instrumentación quirúrgica	2910	Licenciada en enfermería	>1 hora
Manejo de la medicación	2380	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la nutrición	1100	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Manejo de la parada cardiorrespiratoria	6140	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la quimioterapia	2240	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Manejo de la radioterapia	6600	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Manejo de la sedación	2260	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Manejo de la sensibilidad periférica alterada	2660	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Manejo de la tecnología	7880	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Manejo de la tecnología reproductiva	7886	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Manejo de la terapia electroconvulsiva	2570	Licenciada en enfermería	>1 hora
Manejo de la terapia trombolítica	4270	Licenciada en enfermería	>1 hora
Manejo de la ventilación mecánica: invasiva	3300	Licenciada en enfermería	>1 hora
Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva	3302	Licenciada en enfermería	>1 hora
Manejo de la ventilación mecánica: prevención de la neumonía	3304	Licenciada en enfermería	>1 hora
Manejo de la vía aérea	3140	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de las alucinaciones	6510	Licenciada en enfermería	>1 hora
Manejo de las convulsiones	2680	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de las ideas delirantes	6450	Licenciada en enfermería	>1 hora
Manejo de las náuseas	1450	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de las vías aéreas artificiales	3180	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Manejo de líquidos	4120	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de líquidos/electrólitos	2080	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Manejo de los recursos económicos	8550	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Manejo de los trastornos de la alimentación	1030	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Manejo de muestras	7820	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Manejo de un dispositivo de acceso venoso central	4054	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Manejo del asma	3210	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del delirio	6440	Licenciada en enfermería	>1 hora

(Continúa)

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 1 TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 565 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO *(cont.)*

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Manejo del desfibrilador: externo	4095	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del desfibrilador: interno	4096	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del dolor: agudo	1410	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del dolor: crónico	1415	Licenciada en enfermería	>1 hora
Manejo del equilibrio acidobásico	1910	Licenciada en enfermería	>1 hora
Manejo del equilibrio acidobásico: acidosis metabólica	1911	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del equilibrio acidobásico: acidosis respiratoria	1913	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del equilibrio acidobásico: alcalosis metabólica	1912	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del equilibrio acidobásico: alcalosis respiratoria	1914	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del estreñimiento/impactación fecal	0450	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del marcapasos: permanente	4091	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del marcapasos: temporal	4092	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del pesario	0630	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del peso	1260	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del prolapso rectal	0490	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Manejo del prurito	3550	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del riesgo cardíaco	4050	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del shock	4250	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del shock: cardíaco	4254	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del shock: vasogénico	4256	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del shock: volumen	4258	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del síndrome premenstrual (SPM)	1440	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Manejo del torniquete neumático	2865	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Manejo del vómito	1570	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Mantenimiento de la salud bucal	1710	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Mantenimiento de procesos familiares	7130	Licenciada en enfermería	>1 hora
Mantenimiento del acceso para diálisis	4240	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Marketing social	8750	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Masaje	1480	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Mediación de conflictos	5020	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Mejora de la autoconfianza	5395	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Mejora de la capacidad funcional	1665	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Mejora de la colaboración	7615	Licenciada en enfermería	>1 hora
Mejora de la imagen corporal	5220	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Mejora de la perfusión cerebral	2550	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Mejora de la tos	3250	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Mejorar el acceso a la información sanitaria	5515	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Mejorar el afrontamiento	5230	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Mejorar el sueño	1850	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Mejorar la comunicación: déficit auditivo	4974	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Mejorar la comunicación: déficit del habla	4976	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Mejorar la comunicación: déficit visual	4978	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Micción estimulada	0640	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Modificación de la conducta	4360	Licenciada en enfermería	>1 hora
Modificación de la conducta: habilidades sociales	4362	Licenciada en enfermería	>1 hora
Monitorización de electrólitos	2020	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Monitorización de la presión intracraneal (PIC)	2590	Licenciada en enfermería	>1 hora
Monitorización de las extremidades inferiores	3480	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Monitorización de líquidos	4130	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Monitorización de los signos vitales	6680	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Monitorización del equilibrio acidobásico	1920	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Monitorización fetal electrónica: antes del parto	6771	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Monitorización fetal electrónica: durante el parto	6772	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Monitorización hemodinámica invasiva	4210	Licenciada en enfermería	46-60 minutos

Tabla 1 TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 565 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO *(cont.)*

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Monitorización neurológica	2620	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Monitorización nutricional	1160	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Monitorización respiratoria	3350	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Movilización familiar	7120	Licenciada en enfermería	>1 hora
Muestra de sangre capilar	4035	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Musicoterapia	4400	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Obtención de órganos	6260	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Orientación anticipatoria	5210	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Orientación de la realidad	4820	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Orientación en el sistema sanitario	7400	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Oxigenoterapia	3320	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Parto	6720	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Planificación familiar: anticoncepción	6784	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Planificación familiar: embarazo no deseado	6788	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Planificación familiar: infertilidad	6786	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Planificación para el alta	7370	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Potenciación de la autoconciencia	5390	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Potenciación de la autoestima	5400	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Potenciación de la disposición de aprendizaje	5540	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Potenciación de la socialización	5100	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Potenciación de las aptitudes para la vida diaria	5326	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Potenciación de roles	5370	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Precauciones circulatorias	4070	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Precauciones con el láser	6560	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Precauciones con la hemorragia subaracnoidea	2720	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Precauciones contra fugas	6470	Ayudante de enfermería	>1 hora
Precauciones contra incendios provocados	6500	Ayudante de enfermería	>1 hora
Precauciones contra las convulsiones	2690	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Precauciones en el embolismo	4110	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Precauciones en la alergia al látex	6570	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Precauciones en la hipertermia maligna	3840	Licenciada en enfermería	>1 hora
Precauciones para evitar la aspiración	3200	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Precauciones quirúrgicas	2920	Licenciada en enfermería	>1 hora
Preceptor: empleado	7722	Licenciada en enfermería	>1 hora
Preceptor: estudiante	7726	Licenciada en enfermería	>1 hora
Preparación al parto	6760	Licenciada en enfermería	>1 hora
Preparación ante el bioterrorismo	8810	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Preparación para un desastre en la comunidad	8840	Licenciada en enfermería	>1 hora
Preparación quirúrgica	2930	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Prescribir medicación	2390	Licenciada en enfermería con posgrado	≤15 minutos
Prescripción: pruebas diagnósticas	8080	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Prescripción: tratamiento no farmacológico	8086	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Presencia	5340	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Preservación de la fertilidad	7160	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Prevención de caídas	6490	Licenciada en enfermería	>1 hora
Prevención de hemorragias	4010	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Prevención de la adicción religiosa	5422	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Prevención de la sequedad ocular	1350	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Prevención de lesiones deportivas: jóvenes	6648	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Prevención de úlceras por presión	3540	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Prevención del consumo de sustancias nocivas	4500	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Prevención del shock	4260	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Prevención del suicidio	6340	Licenciada en enfermería	>1 hora
Primeros auxilios	6240	Ayudante de enfermería	16-30 minutos

(Continúa)

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 1 TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 565 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO *(cont.)*

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Protección contra las infecciones	6550	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Protección de los derechos del paciente	7460	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Protección de riesgos ambientales	8880	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Pruebas diagnósticas en el punto de atención	7610	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Punción intravenosa (i.v.)	4190	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Reanimación	6320	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Reanimación: feto	6972	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Reanimación: neonato	6974	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Recogida de datos forenses	7940	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Recogida de datos para la investigación	8120	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Reestructuración cognitiva	4700	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Regulación de la temperatura	3900	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Regulación de la temperatura: perioperatoria	3902	Licenciada en enfermería	>1 hora
Regulación hemodinámica	4150	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Reiki	1520	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Relajación muscular progresiva	1460	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Reposición de líquidos	4140	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Restablecimiento de la salud bucal	1730	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Restricción de zonas de movimiento	6420	Ayudante de enfermería	>1 hora
Reunión multidisciplinar sobre cuidados	8020	Licenciada en enfermería	>1 hora
Revisión del carro de emergencias	7660	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Seguimiento de la política sanitaria	7970	Licenciada en enfermería	>1 hora
Seguimiento telefónico	8190	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Sondaje nasogástrico	1080	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Sondaje vesical	0580	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Sondaje vesical: intermitente	0582	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Succión no nutritiva	6900	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Sujeción física	6580	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Supervisión del personal	7830	Licenciada en enfermería	>1 hora
Supresión de la lactancia	6870	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Supresión de las contracciones de parto	6860	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Sutura	3620	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Tacto curativo	1390	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Tacto terapéutico	5465	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Técnica de relajación	5880	Ayudante de enfermería	31-45 minutos
Terapia asistida con animales	4320	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Terapia con el entorno	4390	Licenciada en enfermería	>1 hora
Terapia con juegos	4430	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Terapia con sanguijuelas	3460	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Terapia de actividad	4310	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Terapia de baile	4367	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Terapia de deglución	1860	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Terapia de diálisis peritoneal	2150	Licenciada en enfermería	>1 hora
Terapia de ejercicios: ambulación	0221	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Terapia de ejercicios: control muscular	0226	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Terapia de ejercicios: equilibrio	0222	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Terapia de ejercicios: movilidad articular	0224	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Terapia de entretenimiento	5360	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Terapia de grupo	5450	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Terapia de hemodiálisis	2100	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Terapia de hemofiltración	2110	Licenciada en enfermería	>1 hora
Terapia de inducción de hipotermia	3790	Licenciada en enfermería	>1 hora
Terapia de relajación	6040	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Terapia de reminiscencia	4860	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos

Tabla 1 TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 565 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO *(cont.)*

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Terapia de sustitución hormonal	2280	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Terapia de validación	6670	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Terapia del trauma: niño	5410	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Terapia familiar	7150	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Terapia intravenosa (i.v.)	4200	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Terapia nutricional	1120	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Transcripción de órdenes	8060	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Transferencia	0970	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Transferencia de cuidados del paciente	8140	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Transporte: dentro de la instalación	7892	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Transporte: entre instalaciones	7890	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Tratamiento de la fiebre	3740	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Tratamiento de la hipertermia	3786	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Tratamiento de la hipotermia	3800	Licenciada en enfermería	>1 hora
Tratamiento del edema cerebral	2540	Licenciada en enfermería	>1 hora
Tratamiento del trauma de la violación	6300	Licenciada en enfermería	>1 hora
Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas	4510	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas	4514	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol	4512	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: sobredosis	4516	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Triaje: catástrofe	6362	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Triaje: centro de urgencias	6364	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Triaje: teléfono	6366	Licenciada en enfermería	≤15 minutos
Vestir	1630	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Vigilancia	6650	Licenciada en enfermería	>1 hora
Vigilancia: al final del embarazo	6656	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Vigilancia: comunidad	6652	Licenciada en enfermería	>1 hora
Vigilancia: electrónica por control remoto	6658	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Vigilancia de la piel	3590	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Visitas domiciliarias de apoyo	5328	Licenciada en enfermería	46-60 minutos

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.



SEXTA PARTE

Apéndices



APÉNDICE A

Intervenciones: nuevas, revisadas y suprimidas desde la sexta edición

INTERVENCIONES NUEVAS PARA LA SÉPTIMA EDICIÓN (*N* = 15)

Apoyo al procedimiento: bebé
Defensa de la salud de la comunidad
Documentación: reuniones
Entrenamiento en salud
Examen de la vista
Fitoterapia
Manejo de la hiperlipidemia
Manejo de la hipertensión
Manejo de la hipotensión
Manejo del dolor: agudo
Manejo del dolor: crónico
Manejo del torniquete neumático
Mejora de la capacidad funcional
Mejora de la colaboración
Terapia de baile

INTERVENCIONES REVISADAS PARA LA SÉPTIMA EDICIÓN

Cambios del nombre de las etiquetas (*n* = 5)

Ecografía: obstetricia y ginecología (anteriormente Ecografía: obstétrica)
Manejo de la cadena de suministro (anteriormente Manejo de los suministros)
Pruebas diagnósticas en el sitio de cuidados (anteriormente Análisis de laboratorio a la cabecera del paciente)
Sondaje nasogástrico (anteriormente Sondaje gastrointestinal)
Transferencia de cuidados del paciente (anteriormente Informe de turnos)

Cambios de intervenciones: principales (*n* = 30)

Las intervenciones de esta categoría presentan cambios principales en la definición o adiciones o revisiones de múltiples actividades que explican las acciones enfermeras asociadas con la intervención.

Acupresión
Administración de analgésicos
Administración de analgésicos: intraespinal
Apoyo a la familia
Cambio de posición: intraoperatorio
Control de calidad
Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis
Disminución de la flatulencia
Disminución de la hemorragia: útero anteparto
Ecografía: obstétrica y ginecológica
Entrenamiento del hábito urinario
Evaluación de productos
Extubación endotraqueal
Facilitar la meditación
Irrigación de la vejiga urinaria
Manejo de la cadena de suministro
Manejo de la conducta: autolesión
Mejora de la perfusión cerebral
Obtención de órganos
Planificación familiar: infertilidad
Precauciones con el láser
Preparación quirúrgica
Pruebas diagnósticas en el punto de atención
Relajación muscular progresiva
Reunión multidisciplinar sobre cuidados
Seguimiento de la política sanitaria
Sondaje nasogástrico
Terapia con el entorno
Terapia de entretenimiento
Transferencia de cuidados del paciente

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

Cambios de intervenciones: secundarios (*n* = 65)

Las intervenciones de esta categoría presentan adición o revisión de unas pocas actividades que mejoran la aplicación clínica de la intervención.

Administración de anestesia
Análisis de la situación sanitaria
Asesoramiento nutricional
Autorización de seguros
Autotransfusión
Ayuda en la exploración
Colaboración con el médico
Comprobación de sustancias controladas
Coordinación preoperatoria
Cuidados de la incontinencia intestinal: encopresis
Cuidados de la incontinencia urinaria
Cuidados de la retención urinaria
Cuidados de tracción/inmovilización
Cuidados del catéter umbilical
Cuidados del embarazo de alto riesgo
Cuidados intraparto
Cuidados intraparto: parto de alto riesgo
Cuidados por interrupción del embarazo
Cuidados postanestesia
Delegación
Desarrollo de vías clínicas
Disminución de la hemorragia: útero posparto
Enseñanza: sexualidad
Entrenamiento de la asertividad
Entrenamiento para controlar los impulsos
Evaluación de compañeros
Facilitar el duelo: muerte perinatal
Facilitar la autorresponsabilidad
Facilitar permisos
Flebotomía: muestra de sangre venosa
Fomentar la normalización familiar
Fomento del ejercicio: estiramientos
Inducción al parto
Informe de incidencias
Intercambio de información de cuidados de salud
Interpretación de datos de laboratorio
Manejo ambiental: seguridad del trabajador
Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención
Manejo de la conducta: sexual
Manejo de la desatención unilateral
Manejo de la tecnología reproductiva
Manejo de las alucinaciones
Manejo de las ideas delirantes
Manejo del prolapso rectal
Modificación de la conducta: habilidades sociales
Monitorización fetal electrónica: antes del parto
Monitorización fetal electrónica: después del parto
Monitorización neurológica
Parto
Planificación familiar: embarazo no deseado
Precauciones contra fugas
Precauciones contra incendios provocados
Preceptor: empleado
Preceptor: estudiante
Preservación de la fertilidad
Prevención de hemorragias
Reanimación: feto
Reanimación: neonato
Sujeción física
Supervisión del personal
Supresión de las contracciones de parto
Sutura
Terapia de grupo
Transcripción de órdenes
Vigilancia: al final del embarazo

INTERVENCIONES DE LA SEXTA EDICIÓN QUE SE HAN SUPRIMIDO EN ESTA EDICIÓN (*N* = 4)

Manejo de presiones (redundante con Prevención de úlceras por presión)
Manejo del dolor (reemplazado por Manejo del dolor: agudo y Manejo del dolor: crónico)
Potenciación de la seguridad (contenido cubierto en más intervenciones dirigidas)
Precauciones con los torniquetes neumáticos (reemplazado por Manejo del torniquete neumático)

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.



APÉNDICE B

Guías para la presentación de una intervención nueva o revisada de la NIC

Este apéndice contiene los materiales necesarios para ayudarle a preparar la presentación de una intervención para su revisión o sugerir el cambio para una intervención existente. Es importante que quien realiza la propuesta esté familiarizado con la NIC y con las guías de desarrollo de intervenciones y perfeccionamiento, tal y como se describe más adelante, antes de desarrollar o revisar una intervención.

Las nuevas intervenciones o aquellas que haya modificado deberán enviarse por correo electrónico: classification-center@uiowa.edu. Las presentaciones serán revisadas y la decisión final de incluirlas la harán los editores. El remitente recibirá una carta indicando el resultado del proceso de revisión. Si la decisión es su inclusión en la NIC el remitente será reconocido en la siguiente edición.

NUEVA INTERVENCIÓN

Toda presentación de **propuesta de una nueva intervención** deberá incluir una etiqueta, una definición, una lista de actividades por orden lógico, de 4 a 6 citas bibliográficas que apoyen la intervención y un razonamiento fundamentado de la inclusión. Todas las presentaciones deberán estar en inglés y en el mismo estilo de formato con el que aparece en la NIC. Aquellos materiales que sean de difícil lectura o estén incompletos serán devueltos a la persona que remita el material.

Primer paso. Hacer una búsqueda de lecturas relevantes y seleccionar **publicaciones.** Los planes de estudio, estándares de prácticas publicadas y guías basadas en la evidencia de grupos de expertos son las fuentes recomendadas para desarrollar una nueva intervención. También pueden incluirse como bibliografía, para apoyar la intervención y actividades, libros de texto (en las ediciones actuales), artículos de revistas, estudios publicados y revisiones sistemáticas (en la fecha más reciente posible). Asimismo pueden incluirse obras clásicas que sean relevantes. Las citas bibliográficas deben estar en formato APA. Si se utiliza una página web como fuente, por favor siga el formato apropiado dado por APA.

Segundo paso. Crear la **etiqueta de intervención** usando los **principios generales para las etiquetas de intervenciones.** Las etiquetas de las intervenciones son conceptos. Use los siguientes principios al escoger los nombres de los conceptos:

- Los títulos deben ser expresiones con sustantivos, evitando el uso de verbos.
- Deben constar preferiblemente de tres palabras o menos, no más de cinco.
- Cuando sea necesaria una etiqueta de dos partes deben utilizarse dos puntos para separar las palabras (p. ej., Disminución de la hemorragia: nasal). Evitar el uso de los dos puntos a menos que lo indique y aconseje la práctica clínica; utilizar los dos puntos para indicar un área de práctica más especializada solo cuando existan diferentes actividades que requieran una nueva intervención.
- En la edición en lengua inglesa cada palabra lleva su inicial en mayúsculas. En la edición española solo aparece en mayúscula la inicial de la primera palabra.
- Las etiquetas incluirán modificadores para representar las acciones del cuidador. Elija los modificadores que representen las acciones del cuidador (p. ej., Administración, Asistencia, Manejo, Fomento). El modificador deberá ser elegido en función de su significado, de cómo suena en relación a las demás palabras de la denominación y su aceptabilidad en la práctica general. Algunos de los posibles modificadores figuran a continuación:

  Administración: dirección del movimiento o la conducta de, hacerse cargo de; véase también Manejo.
  Asistencia: ayuda.
  Cuidados: prestar mucha atención, dar protección, preocuparse por.
  Disminución: reducción.
  Estimulación: agrandar, aumentar, incrementar; véase también Fomento.
  Fomento: avance; véase también Estimulación.
  Manejo: dirección del movimiento o conducta de, hacerse cargo de; véase también Administración.
  Mantenimiento: continuidad o guardar, apoyo.
  Monitorización: observación y comprobación.
  Precaución: cuidados anticipados contra un posible daño; véase también Protección.
  Protección: guardar contra lesiones; véase también Precaución.
  Restablecimiento: volver al estado normal o estado no deteriorado.
  Terapia: que tiene una naturaleza terapéutica, curativa.

  NOTA: algunos de estos términos tienen el mismo significado; la elección dependerá del que resulte más familiar dentro del contexto y esté más aceptado por la práctica.

Tercer paso. Crear una **definición.** La definición de una etiqueta es una frase que define el concepto. Se trata de un resumen de las características más distintivas. La definición, junto con las actividades definitorias, marca los límites de la conducta

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

del profesional de enfermería circunscrito por la etiqueta. Los siguientes **principios generales para la definición de intervenciones** ayudan en el desarrollo de definiciones de intervenciones:

- Utilice enunciados (no frases completas) que describan el comportamiento del cuidador y que puedan comprenderse sin ejemplos.
- Evite los términos paciente y enfermero/a, aunque cuando hayan de ser utilizados se preferirá *paciente* o *persona* a *cliente*.
- Para las frases que comiencen con una forma verbal, considere la situación y elija o bien la formación (p. ej., limitación) o bien la forma -ra (p. ej., limitador/a).
- Evite usar cualquiera de los términos de la etiqueta de intervención en la definición.

Cuarto paso. Crear **actividades** y ordenarlas de forma lógica. Las actividades son acciones realizadas por un profesional de enfermería para llevar a cabo la intervención. Para crear actividades use los **siguientes principios generales:**

- Comience cada actividad con un verbo. Los verbos posibles incluyen ayudar, administrar, explicar, evitar, inspeccionar, facilitar, monitorizar y utilizar. Utilice el verbo más activo que se adecue a la situación. Utilice el término *monitorizar* en lugar de *valorar*. La monitorización es un tipo de valoración pero que se realiza después de un diagnóstico como parte de una intervención más que como preparación para realizar un diagnóstico. Evítense términos como *observar* y *evaluar*.
- Mantenga las actividades lo más genéricas posible (p. ej., en vez de decir «Colocar en una cama circoeléctrica» dígase «Colocar en una cama terapéutica»). Elimínense nombres de marcas.
- Evite combinar dos ideas distintas en una actividad a menos que ilustren el mismo punto.
- Evite repetir una idea; cuando dos actividades dicen lo mismo, aunque sea con palabras diferentes, elimine una de ellas.
- Céntrese en las actividades críticas; no se preocupe en incluir todas las actividades de apoyo. El número de actividades dependerá de la intervención, pero, como media, disponga una lista de una página.
- Utilice las mismas palabras para actividades similares en actividades diferentes.
- Denomine las actividades de tal forma que resulten claras sin referirse al paciente ni al profesional de enfermería. Si debe referirse al paciente, utilice el término *paciente* o *persona* con preferencia al término *cliente* u otros términos. Utilice los términos *miembro(s) de la familia* o *allegado(s)* en vez de *esposo/a*.
- Añada las frases «si procede», «según sea necesario» o «según corresponda» al final de las actividades que sean importantes pero que se utilizan solo en algunas ocasiones.
- Compruebe la coherencia entre las actividades y la definición de la etiqueta.
- Disponga las actividades en el orden en que habitualmente se llevan a cabo, cuando corresponda.

Quinto paso. Describir un **razonamiento para la inclusión** de una nueva intervención e incluirlo en la presentación. La persona que remite la presentación debe *explicar en qué difiere la nueva intervención propuesta de otras intervenciones ya existentes*. Si una nueva intervención exige cambios en intervenciones existentes estos cambios también deben ser presentados.

REVISIÓN DE UNA INTERVENCIÓN

Toda presentación de una **revisión de una intervención** deberá incluir una etiqueta, una definición, una lista de actividades, lecturas relevantes y un razonamiento fundamentado de la revisión. Todas las presentaciones deberán estar en inglés y en el mismo estilo de formato con el que aparece en la NIC. Cada presentación de la revisión de una intervención deberá indicar cómo afectan los cambios propuestos a la intervención existente. Para realizar esto use una **herramienta de seguimiento de cambios** con un programa procesador de texto. Si se ha hecho una revisión importante reescriba los cambios identificándolos claramente y haciendo que su presentación sea fácil de entender. Aquellos materiales que sean de difícil lectura o estén incompletos serán devueltos a la persona que remita el material.

Primer paso. Actualizar la **bibliografía** con 4 o 6 referencias. Los planes de estudio, estándares de prácticas publicadas, y guías basadas en la evidencia de grupos de expertos son las fuentes preferibles. También pueden incluirse como bibliografía, para apoyar la intervención y actividades, libros de texto (en las ediciones actuales), artículos de revistas, estudios publicados y revisiones sistemáticas (en la fecha más reciente posible). Asimismo pueden incluirse obras clásicas que sean relevantes. Las citas bibliográficas deben estar en formato APA. Si se utiliza una página web como fuente, por favor, siga el formato apropiado dado por APA.

Segundo paso. Examinar la **etiqueta y definición.** El objetivo es hacer tan pocos cambios en las etiquetas y las definiciones como sea posible. Sin embargo, en la terminología deberán estar reflejados cambios aceptados en la práctica o estándares realizados por organismos oficiales. Al revisar las etiquetas y/o definiciones usar los **principios generales para las etiquetas de intervención y los principios generales para la definición de las intervenciones** descritos anteriormente.

Tercer paso. Actualizar las **actividades.** La mayor parte de los cambios estarán reflejados en esta sección. La actualización incluye eliminar actividades si ya no son relevantes, editar una actividad para adaptarla a la actualidad o aportar claridad y escribir una nueva actividad. Para actualizar actividades use los **siguientes principios generales:**

- Comience cada actividad con un verbo. Los verbos posibles incluyen ayudar, administrar, explicar, evitar, inspeccionar, facilitar, monitorizar y utilizar. Emplee el verbo más activo que se adecue a la situación. Utilice el término *monitorizar* en lugar de *valorar*. La monitorización es un tipo de valoración pero que se realiza después de un diagnóstico como parte de una intervención más que como preparación para realizar un diagnóstico. Evítense términos como observar y evaluar.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Mantenga las actividades lo más genéricas posible (p. ej., en vez de decir «Colocar en una cama circoeléctrica» dígase «Colocar en una cama terapéutica»). Elimínense nombres de marcas.
- Evite combinar dos ideas distintas en una actividad a menos que ilustren el mismo punto.
- Evite repetir una idea; cuando dos actividades dicen lo mismo, aunque sea con palabras diferentes, elimine una de ellas.
- Céntrese en las actividades críticas; no se preocupe en incluir todas las actividades de apoyo. El número de actividades dependerá de la intervención, pero, como media, disponga una lista de una página.
- Utilice las mismas palabras para actividades similares en actividades diferentes.
- Denomine las actividades de tal forma que resulten claras sin referirse al paciente ni al profesional de enfermería. Si debe referirse al paciente utilice el término *paciente* o *persona* con preferencia al término *cliente* u otros términos. Utilice los términos *miembro de la familia* o *ser querido* en vez de *esposo*.
- Añada las frases «si procede», «según sea necesario» o «según corresponda» al final de las actividades que sean importantes pero que se utilizan solo en algunas ocasiones.
- Compruebe la coherencia entre las actividades y la definición de la etiqueta.
- Disponga las actividades en el orden en que habitualmente se llevan a cabo, cuando corresponda.

Cuarto paso. Proporcionar un **razonamiento para las revisiones** presentadas. Cada presentación para una revisión debe indicar cómo los cambios propuestos se relacionan con la intervención existente. Se deben proporcionar unos **fundamentos convincentes** si algún cambio propuesto afecta a la definición o etiqueta.

Para la presentación, por favor incluya la siguiente información:
Nombre: _____
Cargo profesional: _____
Lugar de trabajo: _____
Dirección: _____
Ciudad, provincia, código postal, país: _____
Correo electrónico: _____

Rogamos que nos haga llegar este formulario por correo electrónico junto con la intervención o intervenciones nuevas o revisadas a:

Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness
NIC Review
The University of Iowa
College of Nursing 407 CNB
Iowa City, IA 52242-1121
Teléfono: (319) 335-7051
Fax: (319) 335-9990
Correo electrónico: classification-center@uiowa.edu

APÉNDICE C



Secuencia cronológica y momentos destacados de la NIC

1985

Nursing Interventions: Treatments for Nursing Diagnoses, editado por Bulechek y McCloskey y publicado por W. B. Saunders, es uno de los primeros dos libros para definir intervenciones de enfermería independientes.

1987

Joanne McCloskey y Gloria Bulechek forman el equipo de investigación de intervenciones en la University of Iowa.

1990

El Iowa Research Team, dirigido por Joanne McCloskey y Gloria Bulechek, está financiado por una subvención para investigación del National Institute of Nursing Research (NINR) (1990-1993).

La primera publicación sobre la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) aparece impresa en el *Journal of Professional Nursing.*

1991

La American Nurses Association (ANA) reconoce la NIC.

1992

Mosby publica la primera edición de la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).*

La Nursing Clinics of North America publica un volumen entero (Nursing Interventions, 27[2]. Philadelphia: W. B. Saunders) sobre la investigación inicial de las intervenciones en la primera edición de la NIC.

W. B. Saunders Company publica *Nursing Interventions: Essential Nursing Treatments,* editado por Bulechek y McCloskey.

1993

La NIC es incluida en el National Library of Medicine's Unified Medical Language System Metathesaurus.

La segunda subvención de las intervenciones de la NIC es concedida por el National Institute of Nursing Research (NINR) (junio de 1993-1997; ampliada hasta 1998), con Joanne McCloskey y Gloria Bulechek como coinvestigadoras principales.

La NIC es incluida en la International Council of Nurses (ICN) *International Classification for Nursing Practice* (Alpha Version).

Empieza la publicación de *The NIC Letter* en la University of Iowa.

1994

Cumulative Index to Nursing and Health Care Literature (CINAHL) y Silver Platter incluyen la NIC en sus índices.

La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) incluye la NIC como medio para satisfacer el estándar de recogida de datos uniformes.

La National League for Nursing (NLN) realiza un vídeo en el que se describen el desarrollo y la verificación de la NIC.

Se concede una subvención de eficacia institucional para preparar candidatos a PhD y estudiantes posdoctorales en la University of Iowa, con Joanne McCloskey y Meridean Maas como directoras.

Se establece la Nursing Classifications Fund en la University of Iowa para proporcionar apoyo financiero mantenido para el desarrollo continuo y el uso de la NIC y la NOC.

1995

El Center for Nursing Classification (el Center) en la University of Iowa es aprobado (13 de diciembre) por el Iowa Board of Regents (sin subvención) para facilitar la investigación continua y la implantación de la NIC y la NOC. Se crea un comité asesor para conseguir subvenciones para el Center y se nombran los miembros.

1996

Mosby publica la segunda edición de la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).*

Se celebra la primera reunión del consejo asesor para recaudación de fondos del Center.

El *Social Policy Statement* de la ANA incluye la definición de una intervención de la NIC.

El primer vendedor firma un acuerdo de licencia para la NIC y la NOC.

La NIC se relaciona con el sistema de clasificación Omaha y se distribuye en una monografía publicada por el Center.

1997

The NIC Letter se convierte en *The NIC/NOC Letter.*

Se celebra la primera reunión internacional de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), NIC, NOC Conference en St. Charles, Illinois.

1998

La NIC presenta información al American National Standards Institute Health Informatics Standards Board (ANSI HISB) para el Inventory of Clinical Information Standards.

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

Mosby-Year Book patrocina *The NIC/NOC Letter*.
Se realizan muchas traducciones de la NIC (alemán, chino, coreano, español, francés, holandés y japonés).
El Center for Nursing Classification recibe 3 años de apoyo del College of Nursing en la University of Iowa (1998-2001) y se le asigna un espacio en el cuarto piso del College of Nursing, y Joanne McCloskey es nombrada directora.
Las intervenciones de la NIC se relacionan con los resultados de la NOC en una monografía publicada por el Center.

1999

Se celebra el primer Institute on Informatics and Classification en la University of Iowa.
W. B. Saunders Company publica *Nursing Interventions: Effective Nursing Treatments*, editado por Bulechek y McCloskey.

2000

Mosby publica la tercera edición de la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*.
Se crea la NNN Alliance, con Dorothy Jones y Joanne Dochterman* como copresidentas.
La NIC y la NOC se relacionan con los Resident Assessment Protocols (RAP) y el Outcome and Assessment Information Set (OASIS).
Se celebra el segundo Institute on Informatics and Classification.

2001

Los principales investigadores de la NIC y de la NOC autorizan el libro que relaciona los tres lenguajes —*Nursing Diagnoses, Outcomes, Interventions: NANDA, NOC and NIC Linkages*— y Mosby lo publica.
La National Library of Medicine subvenciona una NNN Invitational Common Structure Conference (Joanne Dochterman y Dorothy Jones, investigadoras principales) y se celebra en Utica, Illinois, en agosto.
Se consigue una subvención (NINR y Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ]) para una gran investigación de bases de datos con el uso de la NIC (Marita Titler y Joanne Dochterman). Probablemente esta es la primera subvención de una investigación enfermera en la que se utiliza una base de datos clínica con un lenguaje enfermero estandarizado.
La NIC se registra en el Health Level Seven (HL7).
Se celebra el tercer Institute on Informatics and Classification.

2002

La NNN Alliance celebra una conferencia internacional sobre lenguaje, clasificación e informática enfermera en Chicago. Esto sustituye la conferencia bianual de la NANDA. A los participantes de la conferencia se les presenta un Libro Blanco sobre el desarrollo de una estructura común para la NANDA, la NIC y la NOC.
SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine) autoriza a la NIC para la inclusión en su base de datos.
El Center for Nursing Classification amplía su nombre a Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness; la dotación alcanza 600.000 dólares.
El Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness ofrece un curso de 4 horas por internet sobre lenguajes estandarizados (NANDA, NIC y NOC) en la University of Iowa.
NINR concede una segunda subvención de formación institucional en la University of Iowa para candidatos PhD y estudiantes de posdoctorado, con Joanne Dochterman y Martha Craft-Rosenberg como codirectoras.
Se crea la posición de Center Fellow (para ayudar al desarrollo continuado de la NIC y de la NOC) y se nombran alrededor de 30 personas para períodos de 3 años.

2003

La ANA publica la Common Taxonomy of Nursing Practice en una monografía, *Unifying Nursing Languages: The Harmonization of NANDA, NIC and NOC* (editada por Joanne Dochterman y Dorothy Jones).
La primera reunión de CNC Fellows se celebra el 11 de abril en el College of Nursing de la University of Iowa.
Mosby produce un programa informático en CD-ROM de la NANDA, la NIC y la NOC basado en el libro de relaciones *Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions: NANDA, NOC and NIC Linkages*.
El Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness recibe el Sigma Theta Tau International Award for Clinical Scholarship.
Se celebra el quinto Institute on Nursing Informatics & Classification.
Elizabeth Swanson y Howard Butcher se unen a la Junta Directiva del CNC.
El Center presenta una versión en español del curso en internet, *NIC y NOC 101: los principios básicos*, traducido por Patricia Levi.

2004

Mosby publica la cuarta edición de *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* y la tercera edición de *Clasificación de Resultados de Enfermería*.
La NNN Alliance celebra el segundo congreso internacional sobre lenguaje, clasificación e informática de enfermería en Chicago, Illinois.
Joanne Dochterman se jubila como directora del Center y Sue Moorhead es nombrada directora desde el 1 de julio de 2004.
El Center publica una monografía, *Guideline for Conducting Effectiveness Research in Nursing and Other Health Care Services*, escrita por Marita Titler, Joanne Dochterman y David Reed.
La dotación del Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness alcanza los 700.000 dólares.

*Joanne McCloskey cambió su nombre a Joanne Dochterman en 1999.

2005

La NIC y la NOC se incorporan en las guías de prácticas clínicas basadas en la evidencia de la Gerontological Nursing Interventions Research Center (GNIRC) de la University of Iowa.

Se celebra el sexto Institute on Nursing Informatics and Classification.

Los Center Fellows son redesignados para unos períodos de 3 años a partir del 1 de julio. Se nombran y asignan otros compañeros.

El Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness celebra su décimo aniversario en diciembre.

El segundo Annette Scheffel Fundraising Event se celebró el 2 de diciembre con una recepción y una subasta presencial silenciosa.

2006

Mosby publica la segunda edición de *NANDA, NOC, and NIC Linkages: Nursing Diagnoses, Outcomes, Interventions.*

La NNN Alliance celebra el tercer congreso internacional sobre lenguaje, clasificación e informática en enfermería en Filadelfia, Pensilvania.

Se nombran cinco Center Fellows nuevos en la reunión anual de abril.

Se renueva el reconocimiento de la NIC y la NOC por la American Nurses Association (ANA).

2007

Se celebra el séptimo Institute on Nursing Informatics and Classification del 11 al 13 de junio.

El Center ofrece la primera beca de investigación de 10.000 dólares.

2008

Mosby Elsevier publica la quinta edición de la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* y la cuarta edición de *Clasificación de Resultados de Enfermería.*

Joanne Dochterman se jubila de la Junta Directiva del CNC.

Se celebra el octavo Institute on Nursing Informatics & Classification del 9 al 11 de junio.

El Center se convierte en un miembro afiliado de la Alliance for Nursing Informatics (ANI).

2009

El CNC remite materiales a la ANA para el proceso de reconocimiento bianual.

El CNC ofrece el primer programa posdoctoral dotado con 10.000 dólares.

2010

El Center ofrece la primera teleconferencia a Ile Ife, Nigeria, del 14 al 19 de marzo.

Se celebra el noveno Institute on Nursing Informatics and Classification del 9 al 11 de junio.

Se completa una renovación considerable del Center con la actualización del equipo electrónico para facilitar el mantenimiento de las clasificaciones.

2011

Cheryl Wagner acepta su designación como editora de la NIC.

Elsevier crea la página de Facebook de la NIC/NOC y un boletín informativo trimestral.

2012

Elsevier Mosby publica la tercera edición de *NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions: Supporting Critical Reasoning and Quality Care.*

Se celebran el 20.° aniversario de la *Nursing Interventions Classification* y el 15.° aniversario de la *Nursing Outcomes Classification* junto con el 40.° aniversario de la *NANDA International* y la conferencia de la NANDA-I en Houston, Texas.

2013

Mosby Elsevier publica la sexta edición de *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* y la quinta edición de *Clasificación de Resultados de Enfermería.*

Se celebra el décimo Institute on Nursing Informatics and Classification del 13 al 14 de junio.

Sharon Sweeney, coordinadora administrativa, cumple 10 años de servicio en el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness.

2014

El *seminario online, Transforming Nursing Education, Research, and Practice using the Nursing Interventions Classification*, es patrocinado y producido por Elsevier.

Howard Butcher es nombrado editor supervisor, *Barbara and Richard Csomay Center for Gerontological Excellence Series on Evidenced-Based Practice Guidelines* en la University of Iowa College of Nursing.

NIC y NOC son integradas en las guías de reciente revisión y disponibles para ser descargadas en formato PDF desde http://www.iowanursingguidelines.com/.

2015

El Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness celebra 20 años como Iowa Board of Regents Center por facilitar investigaciones en curso y la implementación de la NIC y la NOC.

2016

Se encuentran disponibles múltiples traducciones de la NIC (alemán, chino, coreano, español, francés, holandés, indonesio, italiano, japonés, noruego y portugués). Elsevier Japan ha comenzado a otorgar licencias para el idioma japonés.

La Univesity of Iowa Csomay Center (anteriormente Gerontological Nursing Intervention Research Center) continúa incluyendo intervenciones NIC relevantes y resultados NOC para sus guías basadas en la evidencia.

2017

Elsevier amplía la concesión de licencias a otras oficinas internacionales.

2018

Elsevier publica la séptima edición del *Nursing Interventions Classifications* y la sexta edición del *Nursing Outcomes Classifications*.

Además de estos hechos mencionados, la NIC y la NOC presentado a lo largo de los años en numerosos congresos nales e internacionales en los siguientes países: Andorra, A Brasil, Canadá, Colombia, Corea, Dinamarca, Eslove paña, Francia, Inglaterra, Irlanda, Islandia, Italia, Japón, Nigeria, Países Bajos, Suiza y Turquía.

APÉNDICE D

Abreviaturas



$A\text{-}aDO_2$	Diferencia alvéolo-arterial de presión de oxígeno
ABO	Tipos de grupos sanguíneos A, B, O
ACLS	Soporte vital cardíaco avanzado
ADH	Hormona antidiurética
ADN	Ácido desoxirribonucleico
AINE	Antiinflamatorio no esteroideo
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
AST	Aspartato aminotransferasa
AV	Auriculoventricular
AVD	Actividades de la vida diaria
$avDO_2$	Diferencia arteriovenosa de oxígeno
BUN	Nitrógeno ureico sanguíneo
C	Centígrado
Ca	Calcio
CK	Creatincinasa
cm	Centímetro
cm^3	Centímetro cúbico
CO_2	Dióxido de carbono
CPAP	Presión positiva continua de la vía aérea
Cr	Creatinina
CVF	Capacidad vital forzada
DAVC	Dispositivo de acceso venoso central
DCAI	Desfibrilador-cardioversor automático implantable
DEA	Desfibrilador externo automático
DVY	Distensión venosa yugular
E y S	Entradas y salidas
EB	Exceso de base
ECG = EKG	Electrocardiograma
EEG	Electroencefalograma
EMG	Electromiograma
EP	Embolia pulmonar
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
EV	Extrasístole ventricular
FC	Frecuencia cardíaca
FEM	Flujo espiratorio máximo (peak-flow)
FG	Filtrado glomerular
FiO_2	Fracción de oxígeno inspiratorio
g	Gramo
GA	Gasometría arterial
Gammagrafía V/Q	Gammagrafía de ventilación-perfusión
GC	Gasto cardíaco
GEP	Gastrostomía endoscópica percutánea
GI	Gastrointestinal
Hb	Hemoglobina
HC	Hemograma completo
HCl	Ácido clorhídrico
HCO_3	Bicarbonato
HDL	Lipoproteínas de alta densidad (High-Density Lipoprotein)
Hg	Mercurio
Hto	Hematocrito
i.m.	Intramuscular
i.v.	Intravenoso
IC	Índice cardíaco
ITS	Infección de transmisión sexual
K	Potasio
l	Litro
LCR	Líquido cefalorraquídeo
LDH	Lactato deshidrogenasa
LDL	Lipoproteínas de baja densidad (Low-Density Lipoprotein)
Leu	Recuento de leucocitos
mA	Miliamperio
MAST	Pantalones militares antishock
MEO	Movimiento extraocular
mEq	Miliequivalente
mEq/h	Miliequivalente por hora
mEq/l	Miliequivalente por litro
mg	Miligramo
mg/dl	Miligramo por decilitro
min	Minuto
ml	Mililitro
ml/kg/h	Mililitro por kilo por hora
mm	Milímetros
mmHg	Milímetros de mercurio
mmol/l	Milimoles por litro
mOsm/l	Miliosmoles por litro
Na	Sodio
NG	Nasogástrico/a
NPT	Nutrición parenteral total
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
PA	Presión arterial
$PaCO_2$	Presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial
PAM	Presión arterial media
PaO_2	Presión parcial de oxígeno en sangre arterial
PAP	Presión arterial pulmonar
PCA	Analgesia controlada por el paciente
PCO_2	Presión parcial de dióxido de carbono
PEAP	Presión de enclavamiento de la arteria pulmonar
PECP	Presión de enclavamiento capilar pulmonar
PEEP	Presión positiva al final de la espiración
PFR	Pruebas funcionales respiratorias
pH	Concentración de ion hidrógeno

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

PIC	Presión intracraneal
PICC	Catéter central de inserción periférica
PO_4	Fosfato
PPC	Presión de perfusión cerebral
PVC	Presión venosa central
Q_{sp}/Q_t	Flujo sanguíneo fisiológico por minuto/gasto cardíaco por minuto
RCP	Reanimación cardiopulmonar
REM	Movimiento ocular rápido
Rh	Antígeno rhesus
RVS	Resistencia vascular sistémica
s.c.	Subcutáneo
S_3	Tercer ruido cardíaco
S_4	Cuarto ruido cardíaco
SaO_2	Saturación (arterial) de oxígeno
SDRA	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto
SG_5	Suero glucosado al 5%
SIADH	Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia humana
SNC	Sistema nervioso central
SpO_2	Saturación (periférica) de oxígeno
SvO_2	Saturación (venosa) de oxígeno
TE	Tubo endotraqueal
TEC	Terapia electroconvulsiva
TENS	Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea
TP	Tiempo de protrombina
TTP	Tiempo de tromboplastina parcial
TVP	Trombosis venosa profunda
UCI	Unidad de cuidados intensivos
v.o.	Vía oral
V_d/V_t	Espacio muerto fisiológico/volumen corriente
VEMS	Volumen espiratorio máximo en 1 segundo
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VVM	Ventilación voluntaria máxima

APÉNDICE E



Anteriores ediciones y traducciones

McCloskey, J. C. & Bulechek, G. M. (Eds.). (1992). *Nursing Interventions Classification (NIC).* San Luis, MO: Mosby. [336 intervenciones]

- Traducida al francés, 1996: Décarie Éditeur.

McCloskey, J. C. & Bulechek, G. M. (Eds.). (1996). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (2.ª ed.). San Luis, MO: Mosby. [433 intervenciones]

- Traducida al chino (tradicional), 1999: Farseeing.
- Traducida al coreano, 1998: Hyun Moon Sa.
- Traducida al español 1999: Editorial Síntesis.
- Traducida al francés 2000: Masson.
- Traducida al holandés, 1997: Tijdstroom.
- Traducida al japonés 2001: Nankodo.

McCloskey, J. C. & Bulechek, G. M. (Eds.). (2000). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (3.ª ed.). San Luis, MO: Mosby. [486 intervenciones]

- Traducida al español, 2001: Ediciones Harcourt.
- Traducida al holandés, 2002: Elsevier Gezondheidszorg.
- Traducida al japonés, 2002: Nankodo.
- Traducida al portugués, 2004: Artmed Editora.

Dochterman, J. M. & Bulechek, G. M. (Eds.). (2004). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (4.ª ed.). San Luis, MO: Mosby. [514 intervenciones]

- Traducida al español, 2005: Elsevier España.
- Traducida al italiano, 2007: Casa Editrice Ambrosiana.
- Traducida al japonés, 2006, Nankodo.
- Traducida al noruego, 2006, Akribe
- Traducida al portugués, 2008, Artmed Editora.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (Eds.). (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (5.ª ed.). San Luis, MO: Mosby/Elsevier. [542 intervenciones]

- Traducida al chino (simplificado), 2009: Peking University Medical Press/Elsevier (Singapore).
- Traducida al chino (tradicional), 2011: Elsevier Taiwan.
- Traducida al español, 2009, Elsevier España.
- Traducida al holandés, 2010: Elsevier Gezondheidszorg.
- Traducida al francés, 2010: Elservier Masson.
- Traducida al japonés, 2009, Nankodo.
- Traducida al portugués, 2010, Elsevier Editora.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C.M. (Eds.). (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (6.ª ed.). San Luis, MO: Elsevier Mosby. [554 intervenciones]

- Traducida al alemán, 2016: Hogrefe Verlag.
- Traducida al español, 2014: Elsevier España.
- Traducida al holandés, 2016: Bohn Stafleu van Loghum.
- Traducida al indonesio, 2016: CV. Mocomedia/Elsevier Singapore.
- Traducida al italiano, 2014: Casa Editrice Ambrosiana.
- Traducida al japonés, 2015: Elsevier Japan.
- Traducida al portugués, 2016: Elsevier Editora.

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

Índice alfabético



A

Abreviaturas, 493-494t
Aceptación por el paciente, 6
Acidosis
  metabólica, 308-309
  respiratoria, 310
ACP. *Véase* Analgesia controlada por el paciente (ACP), asistencia
Acuerdo con el paciente, 50
Acupresión, 51
Administración
  de analgésicos, 51-52
    intraespinal, 52-53
  de anestesia, 53-54
  de enema, 54
  de hemoderivados, 55
  de medicación, 55-56
    enteral, 56
    inhalatoria, 57
    interpleural, 57-58
    intradérmica, 58
    intraespinal, 58-59
    intramuscular (i.m.), 59
    intraósea, 60
    intravenosa (i.v.), 60-61
    nasal, 61
    oftálmica, 61
    oral, 62
    ótica, 62
    rectal, 63
    reservorio ventricular, 63
    subcutánea, 64
    tópica, 64
    vaginal, 65
  nutrición parenteral total (NPT), 65
Adolescente
  educación parental, 172-173
  enfermería psiquiátrica, 466c
  fomentar el desarrollo, 220-221
Agencia para la Investigación y Calidad en Cuidados de Salud (Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ), 5-6
Aislamiento, 66
AIVD, ayuda con el autocuidado, 93-94
Alcalosis
  metabólica, 311
  respiratoria, 312
Alergia
  acupresión, 51
  anestesia, administración de, 53-54
  aromaterapia, 81-82
  control de sustancias químicas, 115
  cuidados de enfermería al ingreso, 124
  cuidados postanestesia, 156
  fitoterapia, 216-217
  irrigación de heridas, 245-246
  látex, 366
  manejo, 262-263
    de la anafilaxia, 263
    de la inmunización/vacunación, 280
    de la nutrición, 282-283
  medicación, administración de, 55-56
  preparación quirúrgica, 372-373
  prevención del shock, 381-382
  sutura, 405
  terapia asistida con animales, 407-408
Alimentación, 66-67
  ayuda con el autocuidado, 94
  con biberón, 67
  con taza, recién nacido, 68
  enteral por sonda, 68-69
Ambulación, 413
  cuidados
    del embolismo, periférico, 142-143
    por relevo, 154
    posparto, 155
  manejo
    de la energía, 273
    del dolor, agudo, 306-307
  prevención de caídas, 376-377
  terapia de actividad, 410-411
Amnioinfusión, 69
Analgesia controlada por el paciente (ACP), asistencia, 88
Análisis de *Big Data*, NIC en, 21-22
Análisis de la situación sanitaria, 70
Análisis de Resultado del Estado Actual (AREA), modelo de, 14-16, 15f
Ancianos, apoyo en la protección contra abusos, 75-77
Ansiedad, disminución de, 163-164
Anticoncepción, 354-355
Aplicación
  de calor, 70-71
  de frío, 70-71
Apoyo
  a la familia, 71-72
  al cuidador principal, 72
  al procedimiento, bebé, 73
  de hermanos, 73-74
  emocional, 74
  en la protección contra abusos, 74-75
    ancianos, 75-77
    niños, 77-78
    pareja, 78-79
    religioso, 79
  en la toma de decisiones, 80
  espiritual, 80-81
    cuidados cardíacos, 119
    del lactante, 144-145
    en la agonía, 150

© 2019. Elsevier España, S.L.U. Reservados todos los derechos

Apoyo *(cont.)*
facilitar
la expresión del sentimiento de culpa, 212
la presencia de la familia, 214
para la consecución del sustento, 81
Aromaterapia, 81-82
Arreglo personal, ayuda con el autocuidado, 96
Arteterapia, 82
Asesoramiento, 83
antes de la concepción, 83-84
en la lactancia, 84-85
nutricional, 85-86
sexual, 86
Asistencia
al parto por cesárea, 87
en el mantenimiento del hogar, 87
en la analgesia controlada por el paciente (ACP), 88
para los recursos financieros, 88-89
quirúrgica, 89
Aspiración
de las vías aéreas, 90
precauciones para evitar la, 367
Aumentar los sistemas de apoyo, 90-91
Autolesión, 265-266
control del estado de ánimo, 115-116
manejo de las alucinaciones, 294-295
manejo de las ideas delirantes, 295-296
mejorar el afrontamiento, 331-332
prevención de la violencia, 251-252
prevención del suicidio, 382-383
Autorización de seguros, 91
Autotransfusión, 92
Ayuda
a la ventilación, 92-93
con el autocuidado, 93
AIVD, 93-94
alimentación, 94
baño/higiene, 95
micción/defecación, 95
transferencia, 96
vestirse/arreglo personal, 96
en la exploración, 97
en la modificación de sí mismo, 97-98
para dejar de fumar, 98-99
para el control del enfado, 100

B

Baño, 102
ayuda con el autocuidado, 95
manejo de la demencia, 269
Biblioterapia, 102
Biorretroalimentación, 103
administración de analgésicos, intraespinal, 52-53
ejercicios del suelo pélvico, 204
manejo
de las náuseas, 296-297
del dolor, crónico, 307
del vómito, 323

C

Cambio de posición, 104
intraoperatorio, 104-105
neurológico, 105-106
silla de ruedas, 106-107
Campamentos recreativos, enfermería de, 445c
Catástrofe, 433
Catéter central de inserción periférica (PICC), cuidados del, 137-138
Centro
asistencial, 6-9, 8c
de urgencias, 433-434
Centro de Clasificación de Enfermería y Efectividad Clínica (Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, CNC), 3-4
CINAHL. *Véase* Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)
Cirugía plástica, enfermería de, 445c
Clarificación de valores, 107
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 1-24
desarrollo, 4
descripción, 2-3
guías para la presentación de una intervención nueva o revisada, 486-488
secuencia cronológica y momentos destacados, 489-482
taxonomía, 25-48, 28-29t, 30-31t, 32-35t, 36-39t, 40-41t, 42-43t, 44-45t, 46-47t
tiempo estimado y nivel de formación necesarios para realizar intervenciones, 469-482, 471-481t
uso, 4
en la educación, 13-16, 14c
en la investigación, 16-22
en la práctica, 4-13
Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), resultados de los pacientes, 5
Clinical Reasoning and Care Coordination in Advanced Practice Nursing, 15
Colaboración con el médico, 107-108
Comprobación de sustancias controladas, 108
Comunidad, 250
de fe, enfermería de, 446c
Conducta, sexual, 267
Conflictos, mediación de, 326-327
Confort, 250
Consejo genético, 109
Consulta, 109
teléfono, 110
Consumo de sustancias nocivas
prevención, 380-381
tratamiento, 430-431
retirada de las drogas, 431-432
retirada del alcohol, 432
sobredosis, 432-433
Contacto, 111
Contención de los costes, 111-112
Control
de calidad, 112
de enfermedades transmisibles, 112-113
de infecciones, 113
intraoperatorio, 114
de la medicación, 114-115
de sustancias químicas, 115
del dolor, enfermería de, 446c
del estado de ánimo, 115-116
intestinal, 117
muscular, 414
Coordinación preoperatoria, 117-118
Crianza familiar de los niños, 173-174
Cuidado(s)
agonía, 150
al final de la vida, 442
al ingreso, 124

ayuda con el autocuidado, 93
AIVD, 93-94
alimentación, 94
baño/higiene, 95
micción/defecación, 95
transferencia, 96
vestirse/arreglo personal, 96
cardíacos, 119
agudos, 120
rehabilitación, 121
circulatorios
dispositivo de ayuda mecánico, 121
insuficiencia arterial, 122
insuficiencia venosa, 122
precauciones, 361
circuncisión, 124
críticos, enfermería de, 447c
de canguro (del niño prematuro), 123
de enfermería
al ingreso, 124
pacientes con VIH, 458-459c
paliativos y de hospicio, 447c
de la circuncisión, 124
de la incontinencia intestinal, 125
encopresis, 125-126
de la incontinencia urinaria, 126
enuresis, 127
de la ostomía, 127-128
de la piel
tratamiento tópico, 128
zona del injerto, 129
zona donante, 129
de la retención urinaria, 130
de la sonda gastrointestinal, 130
de las heridas, 131
ausencia de cicatrización, 131-132
drenaje cerrado, 132
irrigación, 245-246
quemaduras, 133
de las lentes de contacto, 118
de las úlceras por presión, 133-134
de las uñas, 134
de los oídos, 134-135
de los ojos, 135
de los pies, 135-136
enseñanza, 177
de pacientes con VIH, enfermería en, 458-459c
de tracción/inmovilización, 136
del cabello y del cuero cabelludo, 136-137
del catéter
central de inserción periférica (PICC), 137-138
de drenaje de ventriculostomía/lumbar, 138
umbilical, 138-139
urinario, 139
del drenaje, 139-140
torácico, 140-141
del embarazo
de alto riesgo, 141-142
interrupción, 154
del embolismo
periférico, 142-143
precauciones, 365
pulmonar, 143-144
del lactante, 144-145
prematuro, 145-146
recién nacido, 146-147
del paciente
amputado, 147-148
encamado, 148
escayolado
mantenimiento, 148-149
yeso húmedo, 149
del sitio de incisión, 149-150
en el parto por cesárea, 87
en el punto de atención, 385-386
en la agonía, 150
en la emergencia, 150-151
intraparto, 151-152
parto de alto riesgo, 152-153
paliativos y de hospicio, enfermería de, 447c
perineales, 153
por relevo, 154
posparto, 155
post mortem, 155-156
postanestesia, 156
prenatales, 157
Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), 4

D

Dar esperanza, 158
Deambulación errática, manejo de la demencia, 269-270
Declaración/testimonio, 158-159
Declarar la verdad al paciente, 159
Defensa de la salud de la comunidad, 160
Déficit
auditivo, 333-334
del habla, 334-335
visual, 335
Dejar de fumar
asesoramiento antes de la concepción, 83-84
cuidados
cardíacos, rehabilitación, 121
del embarazo de alto riesgo, 141-142
enseñanza, prequirúrgica, 187-188
precauciones
circulatorias, 361
en el embolismo, 365
seguridad del trabajador, 252-253
útero anteparto, disminución de la hemorragia, 167
Delegación, 160
Derivación, 161
Dermatología, enfermería de, 448c
Desarrollo
de un programa, 161
de vías clínicas, 162
del personal, 162
Destete de la ventilación mecánica, 163
Diabetes, enfermería de, 448c
Diagnóstico de enfermería, características, 5
Diálisis peritoneal, 412-413
Diarrea, manejo de la, 271
Dieta
etapas, 203
cirugía para la pérdida de peso, 203-204
prescrita, enseñanza, 178
Discapacidad en el desarrollo, enfermería de, 448-449c

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Disminución
de la ansiedad, 163-164
de la flatulencia, 164
de la hemorragia digestiva, 165-166
Dispositivo
de acceso venoso central, manejo de, 301-302
de ayuda mecánico, 121
Distracción, 169
Documentación, 169-170
reuniones, 170

E

Ecografía, 171
Ediciones y traducciones previas, 495-496
Educación
NIC en, 13-16, 14c
para la salud, 171-172
parental
adolescentes, 172-173
crianza familiar de los niños, 173-174
lactante, 174-175
Ejercicios del suelo pélvico, 175
Elaboración de relaciones complejas, 175-176
Electrólitos. *Véase también* Líquidos
manejo, 253, 298-299
monitorización, 338
Eliminación urinaria, manejo de la, 272
Elogio, 176
Embarazo
cuidados por interrupción, 154
no deseado, 355
vigilancia, al final, 436-437
Encopresis, 125-126
Enfermería
ambulatoria, 443c
comadrona, 443c
de adicciones, 444c
de anestesia, 444-445c
de campamentos recreativos, 445c
de cirugía plástica, 445c
de comunidad de fe, 446c
de control del dolor, 446c
de cuidados críticos, 447c
de cuidados paliativos y de hospicio, 447c
de dermatología, 448c
de diabetes, 448c
de discapacidad en el desarrollo, 448-449c
de heridas y ostomias, 449c
de infusión intravenosa, 449-450c
de instituciones penitenciarias, 450c
de lesiones de la médula espinal, 450-451c
de nefrología, 451c
de neurociencias, 451c
de oncología, 452c
pediátrica, 452c
de otorrinolaringología y cabeza/cuello, 453c
de pacientes quemados, 453c
de rehabilitación, 453-454c
de salud
de las mujeres, 454c
domiciliaria, 454-455c
escolar, 455c
laboral, 455
mental/psiquiátrica, 456c
pública/comunidad, 456-457c
de trasplantes, 457c
de urgencias, 457c
de violencia doméstica, 458c
de vuelo, 458c
en cuidados de pacientes con VIH, 458-459c
epidemiológica y de control de infecciones, 459c
escolar, 459-460c
forense, 460c
gastroenterológica, 460c
genética, 461c
gerontológica, 461c
holística, 461-462c
médico-quirúrgica, 462-463c
neonatal, 463c
obstétrica, 464c
oftalmológica, 464c
ortopédica, 464-465c
pediátrica, 465c
perioperatoria, 465-466c
psiquiátrica de niños y adolescentes, 466c
radiológica, 466-467c
urológica, 467c
vascular, 467-468c
Enseñanza
ejercicio prescrito, 178-179
grupo, 181-182
individual, 183
prequirúrgica, 187-188
Entrenamiento
asertividad, 194-195
autógeno, 194
de fuerza, 229-230
de la memoria, 195
de la vejiga urinaria, 195-196
del control de esfínteres, 179
del hábito urinario, 196
intestinal, 197
para controlar los impulsos, 198
Enuresis, 127
Equilibrio, 415
Escala de gravedad del paciente, 12c
Escucha activa, 198
Establecer límites, 199
Establecimiento de objetivos comunes, 199-200
Estimulación
cognitiva, 200
cutánea, 201
de la integridad familiar, 201
familia con niño (recién nacido), 202
nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), 202-203
Estiramientos, 230
Estreñimiento/impactación fecal, manejo del, 313
Estrés por traslado, disminución, 168-169
Evaluación
de compañeros, 204
de productos, 205
Examen de la vista, 205-206
Exploración mamaria, 206-207
Extubación endotraqueal, 207

F

Facilitar
aprendizaje, 208
autohipnosis, 211

autorresponsabilidad, 211-212
crecimiento espiritual, 208-209
duelo, 209
muerte perinatal, 210
expresión del sentimiento de culpa, 212
meditación, 213
perdón, 210-211
permisos, 215-216
práctica religiosa, 213
presencia de la familia, 214
visitas, 214-215
Factibilidad para realizar la intervención, 6
Falta de atención, 266-267
Familia con niño (recién nacido)
estimulación de la integridad familiar, 202
identificación de riesgos, 236-237
Fisioterapia torácica, 216
Fitoterapia, 216-217
Flatulencia, disminución de, 164
Flebotomía
muestra de sangre
arterial, 217
venosa, 217-218
obtención de una unidad de sangre, 218
vía canalizada, 219
omentar
el apego, 219-220
el desarrollo
adolescentes, 220-221
lactantes, 221
niños, 222
la normalización familiar, 225
la resiliencia, 226
la salud
bucal, 226-227
de la comunidad, 227
la seguridad en el vehículo, 228
mento del ejercicio, 228-229
entrenamiento de fuerza, 229-230
estiramientos, 230
toterapia
neonato, 231
regulación del biorritmo, 231

stión de casos, 232
ucemia
hiperglucemia, manejo, 274
hipoglucemia, manejo, 234
upo de apoyo, 233

bilidad(es)
psicomotora, 182
sociales, 337
modiálisis, 417-418
morragia(s)
disminución de, 165
digestiva, 165-166
epistaxis, 166
heridas, 166-167
útero anteparto, 167
útero posparto, 168
prevención, 377

Heridas
disminución de la hemorragia, 166-167
y ostomías, enfermería de, 449c
Higiene, ayuda con el autocuidado, 95
Hiperactividad/falta de atención, 266-267
Hipercalcemia, 254
Hiperfosfatemia, 255
Hipermagnesemia, 255-256
Hipernatremia, 256-257
Hiperpotasemia, 257
Hipertermia
maligna, precauciones, 366-367
tratamiento, 428
Hipnosis, 234
cuidados intraparto, 151-152
facilitar la autohipnosis, 211
manejo
de las náuseas, 296-297
del dolor, crónico, 307
del vómito, 323
Hipocalcemia, 258
Hipofosfatemia, 259
Hipomagnesemia, 260
Hiponatremia, 260-261
Hipopotasemia, 261-262
Humor, 234-235

I

Identificación
de riesgos, 236
genéticos, 237
familia con recién nacido, 236-237
del paciente, 238
IEC. *Véase* Investigación, sobre efectividad comparativa (IEC)
Imagen corporal, mejora de la, 328-329
Imaginación simple dirigida, 238-239
administración de analgésicos, intraespinal, 52-53
apoyo espiritual, 80-81
distracción, 169
hipnosis, 234
manejo
de las náuseas, 296-297
del dolor, crónico, 307
del vómito, 323
Implicación familiar, fomentar la, 224
Inducción al parto, 239-240
Infertilidad, 355-356
Información preparatoria, sensorial, 240
Informe de incidencias, 240-241
Infusión
de células madre, 241
intravenosa, enfermería en, 449-450c
Inhalación, administración de medicación, 57
Inmovilización, 242
Inmunización, manejo, 280
Instituciones penitenciarias, enfermería de, 450c
Instituto de Medicina (Institute of Medicine, IOM), 5-6
Insuficiencia
arterial, 122
venosa, 122
Interacción social
alimentación, ayuda con el autocuidado, 94
control del estado de ánimo, 115-116
estimulación cognitiva, 200
habilidades sociales, 337

Intercambio de información de cuidados de salud, 242
Intermediación cultural, 243
Interpretación de datos de laboratorio, 243-244
Intervenciones, 484-485
  cambios
    principales, 484
    secundarios, 485
  centrales según especialidades de enfermería, 441-468
  definición, 2
  en caso de crisis, 244
  factibilidad, 6
  investigación, 5-6
  NIC, 486-488
    nuevas, 486-487
    revisión, 487-488
  retiradas, de la sexta edición, 485
  séptima edición, 484
    revisadas, 484-485
Intubación y estabilización de la vía aérea, 245
Investigación
  descriptiva, NIC en, 16
  sobre efectividad comparativa (IEC), 21
  uso de la NIC, 16-22
    análisis de *Big Data*, 21-22
    descriptiva, 16
    pruebas de intervención, 17-18
    sobre la efectividad de la intervención, 18-21, 19-20c
Irrigación
  de heridas, 245-246
  de la vejiga urinaria, 246
  nasal, 247

L

Lactante
  educación parental, 174-175
  estimulación
    0-4 meses, 180
    5-8 meses, 180-181
    9-12 meses, 181
  fomentar el desarrollo, 221
  nutrición
    0-3 meses, 184
    4-6 meses, 185
    7-9 meses, 185
    10-12 meses, 185-186
  seguridad
    0-3 meses, 190
    4-6 meses, 190-191
    7-9 meses, 191
    10-12 meses, 191
Látex, precauciones en la alergia al, 366
Líquidos. *Véase también* Electrólitos
  manejo, 298-299
  monitorización, 340-341
Llevar un diario, 248
Lumbar, cuidados del drenaje, 138

M

Manejo de
  alergia, 262-263
  alucinaciones, 294-295
  ambiental, 249
    comunidad, 250
    confort, 250
    preparación del hogar, 251
    prevención de la violencia, 251-252
    seguridad, 252
      del trabajador, 252-253
  anafilaxia, 263
  arritmia, 263-264
  asma, 303
  cadena de suministro, 264
  casos, 232
  conducta, 265
    autolesión, 265-266
    hiperactividad/falta de atención, 266-267
    sexual, 267
  convulsiones, 295
  delirio, 303-304
  demencia, 268
    baño, 269
    deambulación errática, 269-270
  desatención unilateral, 270-271
  desfibrilador
    externo, 304-305
    interno, 305-306
  diarrea, 271
  dispositivo de acceso venoso central, 301-302
  disreflexia, 272
  dolor
    agudo, 306-307
    crónico, 307
    enfermería de, 446c
  edema cerebral, 429-430
  electrólitos, 253, 298-299
  eliminación urinaria, 272
  energía, 273
  equilibrio acidobásico, 308
    acidosis metabólica, 308-309
    acidosis respiratoria, 310
    alcalosis metabólica, 311
    alcalosis respiratoria, 312
  estreñimiento, 313
  hipercalcemia, 254
  hiperfosfatemia, 255
  hiperglucemia, 274
  hiperlipidemia, 274-275
  hipermagnesemia, 255-256
  hipernatremia, 256-257
  hiperpotasemia, 257
  hipertensión, 275-276
  hipervolemia, 276-277
  hipocalcemia, 258
  hipofosfatemia, 259
  hipoglucemia, 277-278
  hipomagnesemia, 260
  hiponatremia, 260-261
  hipopotasemia, 261-262
  hipotensión, 278
  hipovolemia, 279
  ideas delirantes, 295-296
  impactación fecal, 313
  inmunización, 280
  instrumentación quirúrgica, 280-281
  líquidos, 298
  líquidos/electrólitos, 298-299
  marcapasos
    permanente, 313-314
    temporal, 315-316

medicación, 281-282
muestras, 301
náuseas, 296-297
nutrición, 282-283
parada cardiorrespiratoria, 283
pesario, 316
peso, 317
prolapso rectal, 317
prurito, 318
quimioterapia, 284
radioterapia, 285-286
recursos económicos, 299-300
riesgo cardíaco, 318-319
sedación, 286
sensibilidad periférica alterada, 286-287
shock, 319-320
cardíaco, 320
vasogénico, 320-321
volumen, 321
síndrome premenstrual (SPM), 322
tecnología, 287-288
reproductiva, 288
terapia
electroconvulsiva, 289-290
trombolítica, 290
trastornos de la alimentación, 300-301
vacunación, 280
ventilación mecánica
invasiva, 290-291
no invasiva, 292
prevención de la neumonia, 293
vía aérea, 294
artificial, 297
vómito, 323
Mantenimiento
de la salud bucal, 324
de procesos familiares, 324-325
del acceso para diálisis, 325
Marketing social, 325-326
Masaje, 326
Mecánica corporal, fomentar la, 224-225
Mediación de conflictos, 326-327
Mejora de
acceso a la información sanitaria, 330-331
afrontamiento, 331-332
autoconfianza, 327
capacidad funcional, 327-328
colaboración, 328
comunicación, déficit
auditivo, 333-334
del habla, 334-335
visual, 335
imagen corporal, 328-329
sueño, 333
tos, 330
Micción estimulada, 336
Micción/defecación, ayuda con el autocuidado, 95
Modelo de lenguaje estandarizado, uso, 9-12, 10f
Modelos de razonamiento clínico, uso de la NIC, 14-16, 15f
Modificación de la conducta, 336-337
habilidades sociales, 337
Monitorización
de electrólitos, 338
de la presión intracraneal (PIC), 339
de las extremidades inferiores, 339-340
de los signos vitales, 341
administración
de analgésicos, 52-53
de anestesia, 53-54
de hemoderivados, 55
de medicación, 55-56
de nutrición parenteral total (NPT), 65
asistencia al parto por cesárea, 87
control de sustancias químicas, 115
cuidados
cardíacos, 119
de la circuncisión, 124
en la emergencia, 150-151
intraparto, 151-152
por interrupción del embarazo, 154
posparto, 155
postanestesia, 156
disminución de la hemorragia
epistaxis, 166
heridas, 166-167
útero anteparto, 167
útero posparto, 168
extubación endotraqueal, 207
fisioterapia torácica, 216
fototerapia, neonato, 231
hipertermia, 428
infusión de células madre, 241
manejo
de la anafilaxia, 263
de la hipertensión, 275-276
de la sedación, 286
de la terapia electroconvulsiva, 289-290
de la terapia trombolítica, 289-290
de las convulsiones, 295
de líquidos, 298
de los trastornos de la alimentación, 300-301
del shock, 319-320
obtención de órganos, 350
parto
inducción, 239-240
supresión, 404-405
precauciones en la hipertermia maligna, 366-367
primeros auxilios, 383
reanimación, feto, 388-389
regulación de la temperatura, perioperatoria, 393
retirada
de las drogas, 431-432
del alcohol, 432
sobredosis, 432-433
terapia
de inducción de hipotermia, 419
intravenosa (i.v.), 423
tratamiento
de la fiebre, 427
del edema cerebral, 429-430
triaje, centro de urgencias, 433-434
vigilancia, 435-436
del equilibrio acidobásico, 342
fetal electrónica
antes del parto, 343
durante el parto, 343-344
hemodinámica invasiva, 344-345
neurológica, 345-346
nutricional, 346
respiratoria, 347

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Movilidad articular, 415-416
Movilización familiar, 347-348
Muerte perinatal, 210
Muestra de sangre
  arterial, 217
  capilar, 348
  venosa, 217-218
Musicoterapia, 349

N

NANDA-I, 3
Nefrología, enfermería de, 451c
Neonato
  enfermería, 463c
  fototerapia, 231
  reanimación, 389-390
Neurociencias, enfermería de, 451c
NIC. *Véase* Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)
Niños
  apoyo en la protección contra abusos, 77-78
  fomentar el desarrollo, 222
  terapia del trauma, 422
  y adolescentes, enfermería psiquiátrica, 466c
Nutrición
  lactante
    0-3 meses, 184
    4-6 meses, 185
    7-9 meses, 185
    10-12 meses, 185-186
  niño
    13-18 meses, 186
    19-24 meses, 186-187
    25-36 meses, 187
  parenteral total (NPT), administración, 65

O

Obtención
  de órganos, 350
  de una unidad de sangre, 218
Oídos, administración de medicación, 62
Ojos
  administración de medicación, 61
  sequedad ocular, prevención, 378
Oncología, enfermería de, 452c
  pediátrica, 452c
Orientación
  anticipatoria, 350-351
  de la realidad, 351-352
  en el sistema sanitario, 352
Oxigenoterapia, 353

P

Pareja, apoyo en la protección contra abusos, 78-79
Parental
  educación
    adolescentes, 172-173
    crianza familiar de los niños, 173-174
    lactante, 174-175
  fomentar el rol, 223
Parto, 354
Peso
  ayuda para disminuir el, 99-100
  ayuda para ganar, 101
  cirugía para la pérdida de, etapas en la dieta, 203-204
  manejo del, 317
PIC. *Véase* Monitorización, de la presión intracraneal (PIC)
PICC. *Véase* Catéter central de inserción periférica (PICC), cuidados del
Piel, vigilancia, 438
Planificación
  familiar
    anticoncepción, 354-355
    embarazo no deseado, 355
    infertilidad, 355-356
  para el alta, 356
Potenciación de
  aptitudes para la vida diaria, 359-360
  autoconciencia, 357
  autoestima, 357-358
  disposición de aprendizaje, 358
  roles, 360-361
  socialización, 359
Práctica religiosa, facilitar la, 213
Precauciones
  circulatorias, 361
  con el láser, 362
  con la hemorragia subaracnoidea, 363
  contra fugas, 363-364
  contra incendios provocados, 364
  contra las convulsiones, 364
  en el embolismo, 365
  en la alergia al látex, 366
  en la hipertermia maligna, 366-367
  quirúrgicas, 368
Preceptor
  empleado, 369
  estudiante, 369-370
Preparación
  al parto, 370-371
  ante el bioterrorismo, 371
  del hogar, 251
  para un desastre en la comunidad, 371-372
  quirúrgica, 372-373
Prescripción. *Véase también* Medicación
  dieta, 178
  ejercicio, 178-179
  medicación, 183-184
  pruebas diagnósticas, 374
  tratamiento no farmacológico, 374
Presencia, 375
Preservación de la fertilidad, 375-376
Prevención
  adicción religiosa, 378
  caídas, 376-377
  consumo de sustancias nocivas, 380-381
  lesiones deportivas, jóvenes, 379
  neumonía, 293
  sequedad ocular, 378
  shock, 381-382
  suicidio, 382-383
  úlceras por presión, 380
  violencia, 251-252
Primeros auxilios, 383
Proceso de enfermedad, enseñanza, 189
Profesional de enfermería, capacidad, 6
Protección
  contra abusos, 74-75
    ancianos, 75-77

niños, 77-78
pareja, 78-79
religioso, 79
derechos del paciente, 384-385
infecciones, 384
riesgos ambientales, 385
Proveedores de sistemas informáticos para el ámbito sanitario, 6, 7c
Pruebas
de intervención, NIC en, 17-18
diagnósticas
en el punto de atención, 385-386
prescripción, 374
Punción intravenosa (i.v.), 386-387

Q

Quemaduras
cuidados de las heridas, 133
enfermería de pacientes quemados, 453c

R

Radioterapia, manejo, 285-286
Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Estudios de casos y análisis de enfermería, 13
Reanimación, 388
feto, 388-389
neonato, 389-390
Recién nacido
alimentación con taza, 68
cuidados del lactante, 146-147
Recogida de datos
forenses, 390-391
para la investigación, 391
Recursos financieros, asistencia, 88-89
Reestructuración cognitiva, 392
Regulación
biorritmo, 231
hemodinámica, 393-394
temperatura, 392-393
perioperatoria, 393
Rehabilitación
cuidados cardíacos, 121
enfermería de, 453-454c
Reiki, 394-395
Relaciones sexuales seguras, 189-190
Relajación muscular progresiva, 395
Reposición de líquidos, 396
Reservorio ventricular, administración de medicación, 63
Restablecimiento de la salud bucal, 396
Restricción de zonas de movimiento, 397
Resultados de los pacientes, NOC, 5
Retirada
alcohol, tratamiento por el consumo de sustancias nocivas, 432
drogas, tratamiento por el consumo de sustancias nocivas, 431-432
Reunión multidisciplinar sobre cuidados, 397-398
Revisión del carro de emergencias, 398

S

Salud
de la comunidad, fomentar la, 227
de las mujeres, enfermería de, 454c
domiciliaria, enfermería de, 454-455c
educación para la, 171-172
entrenamiento en, 196-197
escolar, enfermería de, 455c
laboral, enfermería de, 455c
mental/psiquiátrica, enfermería de, 456c
pública/comunidad, enfermería de, 456-457c
Seguimiento
de la política sanitaria, 399
telefónico, 399-400
Seguridad
lactante
0-3 meses, 190
4-6 meses, 190-191
7-9 meses, 191
10-12 meses, 191
manejo ambiental, 252
niño
13-18 meses, 192
19-24 meses, 192
25-36 meses, 193
trabajador, 252-253
vehículo, 228
Sexualidad, 193-194
Silla de ruedas, cambio de posición, 106-107
Síndrome premenstrual (SPM), manejo del, 322
Sistemas de apoyo, aumentar los, 90-91
Sobredosis, tratamiento por el consumo de sustancias nocivas, 432-433
Sonda gastrointestinal, cuidados de la, 130
Sondaje
nasogástrico, 400
vesical, 400-401
intermitente, 401
Succión no nutritiva, 402
Sueño
biorritmo, regulación, 231
mejorar, 333
Sujeción física, 402-403
Supervisión del personal, 403
Supresión
de la lactancia, 404
de las contracciones de parto, 404-405
Sutura, 405

T

Tacto
curativo, 406
terapéutico, 406-407
Taxonomía, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), introducción, 25-48, 28-29t, 30-31t, 32-35t, 36-39t, 40-41t, 42-43t, 44-45t, 46-47t
Técnica de relajación, 407
Tecnología reproductiva, manejo, 288
Teléfono, triaje, 434
TENS. *Véase* Estimulación, nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)
Terapia
actividad, 410-411
aromaterapia, 81-82
arteterapia, 82
asistida con animales, 407-408
biblioterapia, 102
con el entorno, 408-409
con juegos, 409
con sanguijuelas, 409-410
de baile, 411
de grupo, 417
deglución, 412

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Terapia *(cont.)*
diálisis peritoneal, 412-413
ejercicios
ambulación, 413
control muscular, 414
equilibrio, 415
movilidad articular, 415-416
electroconvulsiva, manejo, 289-290
entretenimiento, 416
familiar, 422-423
fisioterapia torácica, 216
fitoterapia, 216-217
fototerapia
neonato, 231
regulación del biorritmo, 231
hemodiálisis, 417-418
hemofiltración, 418
inducción de hipotermia, 419
intravenosa (i.v.), 423
musicoterapia, 349
nutrición, 423-424
oxigenoterapia, 353
quimioterapia, 284
radioterapia, 285-286
relajación, 419-420
administración de analgésicos, intraespinal, 52-53
cuidados cardiacos, 119
agudos, 120
manejo de la terapia electroconvulsiva, 289-290
manejo del riesgo cardíaco, 318-319
supresión de las contracciones de parto, 404-405
tratamiento por el consumo de sustancias nocivas, 430-431
reminiscencia, 420
sustitución hormonal, 421
trauma, niño, 422
trombolítica, 290
validación, 421
Testimonio, 158-159
Torniquete neumático, manejo del, 322-323
Tracción, 136
Transcripción de órdenes, 424
Transferencia, 425
ayuda con el autocuidado, 96
de cuidados del paciente, 425-426
Transporte
dentro de la instalación, 426
entre instalaciones, 426-427
Trasplantes, enfermería de, 457c
Tratamiento
de la fiebre, 427
de la hipertermia, 428
de la hipotermia, 428-429
del edema cerebral, 429-430
tópico, cuidados de la piel, 128
Trauma de la violación, tratamiento, 430
Triaje
catástrofe, 433
centro de urgencias, 433-434
teléfono, 434

U

Urgencias, enfermería de, 457c
Útero, disminución de la hemorragia
anteparto, 167
posparto, 168

V

Vacunación, manejo, 280
Ventriculostomía, cuidados del drenaje, 138
Vestir, 435
ayuda con el autocuidado, 96
Vía(s)
aéreas artificiales, manejo, 297
canalizada, 219
clínicas, desarrollo de, 162
Vigilancia, 435-436
al final del embarazo, 436-437
comunidad, 437
electrónica por control remoto, 437-438
piel, 438
Violencia doméstica, enfermería de, 458c
Visitas domiciliarias de apoyo, 438-439
Volumen, manejo del shock, 321
Vuelo, enfermería de, 458c

Y

Yeso húmedo, cuidados, 149

Z

Zona
del injerto, cuidados de la piel, 129
donante, cuidados de la piel, 129

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

Séptima edición

La séptima edición de la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (NIC) estandariza y define la base de conocimientos para la práctica, la docencia y la investigación en Enfermería. La NIC expresa la naturaleza de la Enfermería y facilita una apropiada selección y documentación de las intervenciones en Enfermería adaptadas a la era digital. Esta séptima edición incluye:

- **565 etiquetas de intervenciones de enfermería basadas en la investigación** que cubren un amplio rango y alcance (fisiológica y psicosocial; tratamiento y prevención; promoción de la salud; individual, grupal, familiar y comunitaria; atención directa o indirecta, e intervenciones independientes y colaborativas). Cada intervención incluye una definición, una lista de actividades, un historial de publicación y referencias bibliográficas.
- 15 nuevas intervenciones.
- Contenido revisado en 95 intervenciones.
- Un capítulo completamente revisado sobre la aplicación de la NIC en la docencia, la práctica y la investigación en Enfermería.
- Actualización de intervenciones básicas de 53 especialidades.
- Una lista actualizada del tiempo estimado y el nivel de formación necesario para la correcta aplicación de cada intervención de la NIC.

ISBN 978-84-9113-404-6

9 788491 134046

ELSEVIER www.elsevier.es