

Curso EIR 2019/2020

Fun⁺

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

ESENCIALES A⁺





Esenciales Aulaplas
Fundamentos de enfermería
Curso EIR 2019/20

Aulaplas Formación, S. L.
www.aulaplasformacion.es
info@aulaplasformacion.es

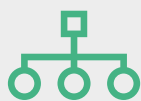
Diseño, maquetación e ilustraciones:
Aulaplas Formación, S. L.
Shutterstock, Flaticon

Impresión: www.aulaplasformacion.es

Sumario



Estadísticas



**Mapas
conceptuales**



**Líneas
de tendencia**



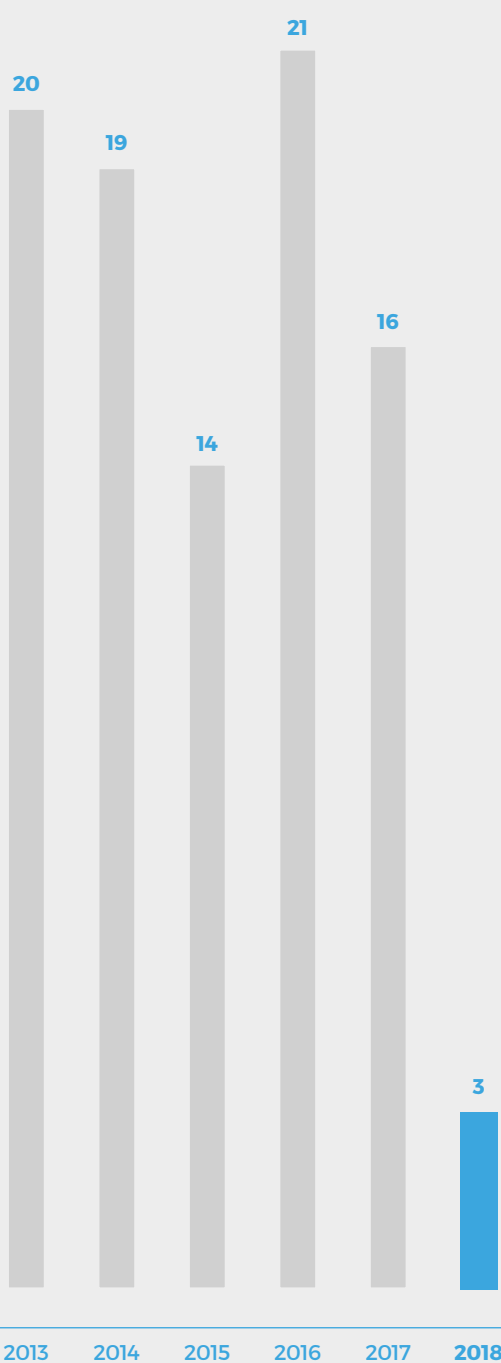
**Resumen
Esquemas**



Actualizaciones



Tendencia general (2013-2018)

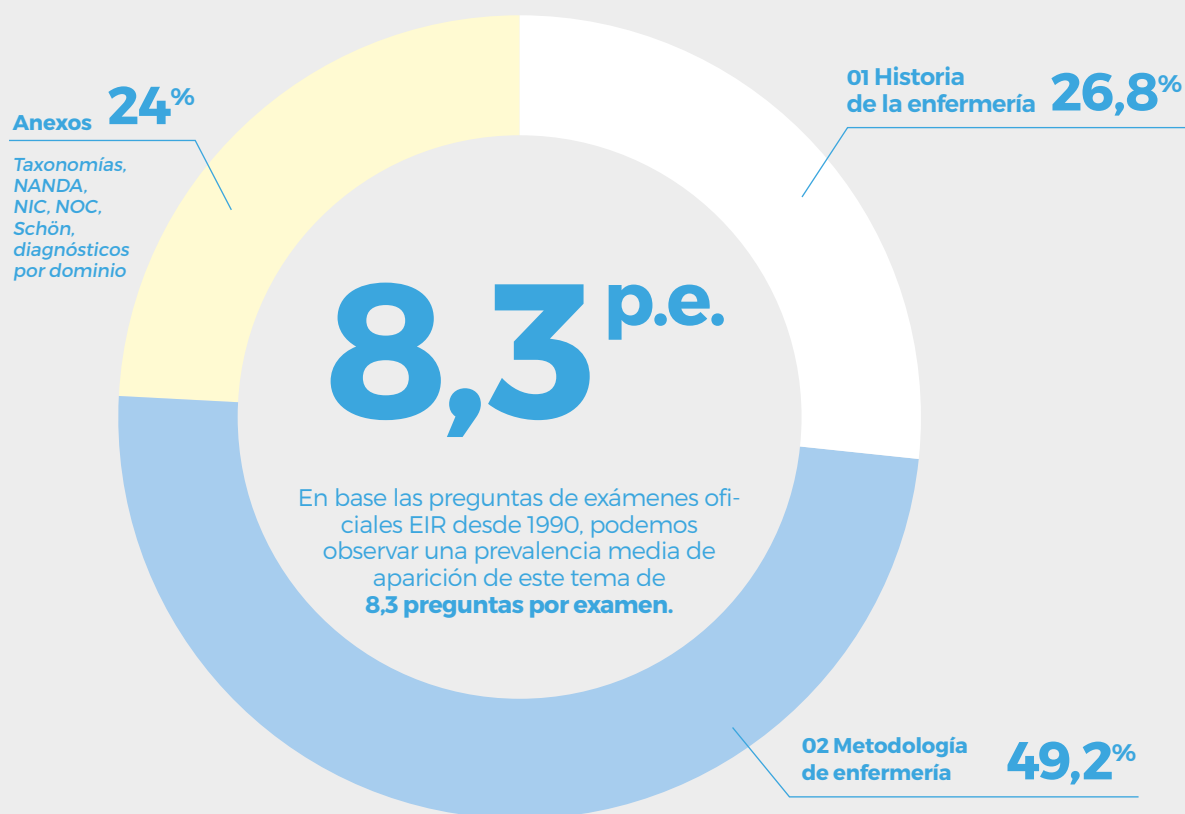


Importancia de la asignatura dentro del histórico de exámenes EIR

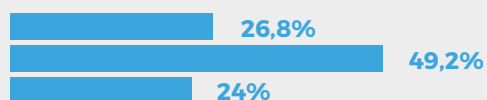
ASIGNATURA	N.º Preg.	%
Salud Pública y Comunitaria	246	6,8 %
FUNDAMENTOS	219	6,1 %
Maternal	202	5,6 %
Epidemiología	202	5,6 %
Respiratorio/equilibrio	202	5,6 %
Psicosocial	199	5,5 %
Neurología	178	4,9 %
Cardiología	172	4,8 %
Nutrición	164	4,6 %
Farmacología	163	4,6 %
Salud mental	157	4,4 %
Investigación	150	4,2 %
Gestión	136	3,7 %
Oncohematología	135	3,7 %
Infantil	121	3,3 %
Geriatría	120	3,3 %
Bioética	120	3,3 %
Digestivo	112	3,1 %
Traumatología	100	2,8 %
Endocrinología	94	2,7 %
Modelos	89	2,4 %
Nefrourología	85	2,3 %
Urgencias	82	2,3 %
Quirúrgico	76	2,1 %
Dermatología	73	2 %

Fundamentos de enfermería.

Distribución por temas en el histórico del EIR.
Total: **219 preguntas.**



01 Historia de la enfermería
02 Metodología de enfermería
Anexos





Líneas de tendencia

Fundamentos de enfermería

Total: **219 preguntas** de las cuales se distribuyen en líneas de tendencia las siguientes:

01 DESARROLLO HISTÓRICO DE LA ENFERMERÍA

58 p.

02 CONCEPTOS GENERALES DEL PAE Y PRIMERA FASE: VALORACIÓN

46 p.

03 FASE DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (PAE)

79 p.

01 DESARROLLO HISTÓRICO DE LA ENFERMERÍA

N.º Preguntas: **58**

Conceptos clave

Las preguntas en esta línea de tendencia se realizan desde el examen EIR de 1993, con una pregunta relacionada con las primeras escuelas de enfermería. Aunque tenemos 58 preguntas de esta línea de tendencia, es cierto que gran parte de las mismas se hicieron en los exámenes EIR del año 1993 al 2010, siendo cada vez su tendencia menor, a ser preguntado. Estas preguntas se han centrado en órdenes de distintos tipos vinculadas al cuidado, tendiendo en los **últimos exámenes EIR hacia regulaciones normativas de formación actual de grado, postgrado y especialidad en enfermería**.

La distribución de preguntas es: 9 preguntas relacionadas con civilizaciones antiguas, 9 preguntas con el cristianismo, 7 preguntas con la edad media (órdenes, sobre todo seglares), 11 preguntas centradas en la edad moderna (nuevas órdenes) y 22 preguntas en la tecnificación de la enfermería-actualidad (escuelas enfermería, regulaciones normativas de formación grado-postgrado).

Nivel complejidad

Estas preguntas han evolucionado siendo cada vez más concretas, de modo que **incrementa la complejidad** de las mismas. En relación a las preguntas realizadas sobre civilizaciones antiguas, cristianismo y edad media, observamos preguntas de perfil similar a la de los años 90. En cambio, en el periodo de tecnificación de la enfermería, las preguntas relacionadas con escuelas de enfermería, cada vez son más concretas y complejas; así como las relacionadas con los marcos normativos que regulan la formación de grado, postgrado y especialización enfermera.

Tendencia esperada:



La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Preguntas específicas sobre marcos normativos que regulan la formación enfermera, tanto planes de estudios, características de los mismos (créditos dedicados a cada materia), como ordenación de la actividad formativa (rotatorios, objetivos...).
2. Relacionadas con escuelas de enfermería, con perfiles de preguntas más concretas sobre las mismas.
3. De civilizaciones antiguas, cristianismo y edad media; esperamos menor proporción de preguntas, y en su caso, centradas en aspectos similares a los ya preguntados.

Conceptos clave

Las preguntas en esta línea de tendencia se realizan desde el examen EIR de 1993, con una pregunta muy sencilla relacionada con las fases del PAE (proceso de atención de enfermería), como con la estructura de organización de la información más extendida y preguntada, que es Virginia Henderson.

Las preguntas se han centrado en conceptos clave relacionados con: pensamiento crítico y características del PAE. Así como las preguntas relacionadas con la primera fase del PAE, valoración, se han centrado las sub fases que contiene, siendo la de organización de la información, la más preguntada: Virginia Henderson, Gordon y Dominios NANDA.

La distribución de preguntas ha sido: 23 preguntas relacionadas con conceptos generales PAE (desarrollo histórico, características, pensamiento crítico). Y 23 preguntas de la primera fase del PAE: valoración (características entrevista, sobre todo centradas en organización de la información: Henderson, Gordon y Dominios NANDA).

Nivel complejidad

El nivel de complejidad de las preguntas no es elevado y permanece constante en los últimos exámenes EIR. A pesar de ello, las preguntas relacionadas con la organización de la información, si ofrecen mayor nivel de complejidad, al proponer ordenar información del paciente en 3 propuestas que son muy parecidas, pero con alguna diferencia importante (Henderson, Gordon y NANDA), lo cual nos obliga a un dominio elevado de estos contenidos.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Clasificar correctamente una información dada, en necesidades de Henderson, patrones funcionales de Gordon y/o en dominios de NANDA.
2. Características del entrevistador, con perfil más concreto de preguntas relacionado con tipo de entrevistas (información relacionada con el apartado de Comunicación del tema de Enfermería Psicosocial).

03 FASE DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (PAE)

Conceptos clave

Desde el EIR de 1993 hemos tenido preguntas relacionadas con el diagnóstico de enfermería, concretamente con su definición. A partir de aquí las preguntas de diagnóstico de enfermería se han diferenciado en dos perfiles distintos: por un lado, las preguntas relacionadas con estructura, tipos, composición y formulación del diagnóstico de enfermería; y por otro, las preguntas relacionadas con la descripción de cada diagnóstico de enfermería, que nos obliga a manejar las características definitorias y factores relacionados de cada uno. Los diagnósticos de enfermería más preguntados pertenecen a los **dominios: 4, 6 y 9**.

Distribución de las preguntas: hay 79 preguntas de la fase de diagnóstico de enfermería: **34 de ellas relacionadas con estructura del diagnóstico (componentes), correcta formulación, conocimiento de la taxonomía** (dominios, clases y diagnósticos), así como de los ejes de cada diagnóstico. Y las otras **45 sobre diagnósticos de enfermería concretos, sobre todo de los dominios** (dominio 1 hay 4 preguntas, dominio 2 hay 3 preguntas; dominio 3 ninguna, dominio 4 hay 15 preguntas, dominio 5 hay 1 pregunta, del 6 hay 8 preguntas, del dominio 7 hay 3 preguntas, del 9 hay 6 preguntas, del 10 ninguna, del 11 hay 4 y del 12-13 ninguna).

Nivel complejidad

Las preguntas tienden a incrementar su nivel de complejidad, sobre todo aquellas relacionadas con la descripción de cada diagnóstico de enfermería, centrado en los 3 dominios más preguntados, y en los diagnósticos más similares, lo que dificulta discriminar entre ellos. Ejemplo: privación de sueño Vs trastorno del patrón del sueño.

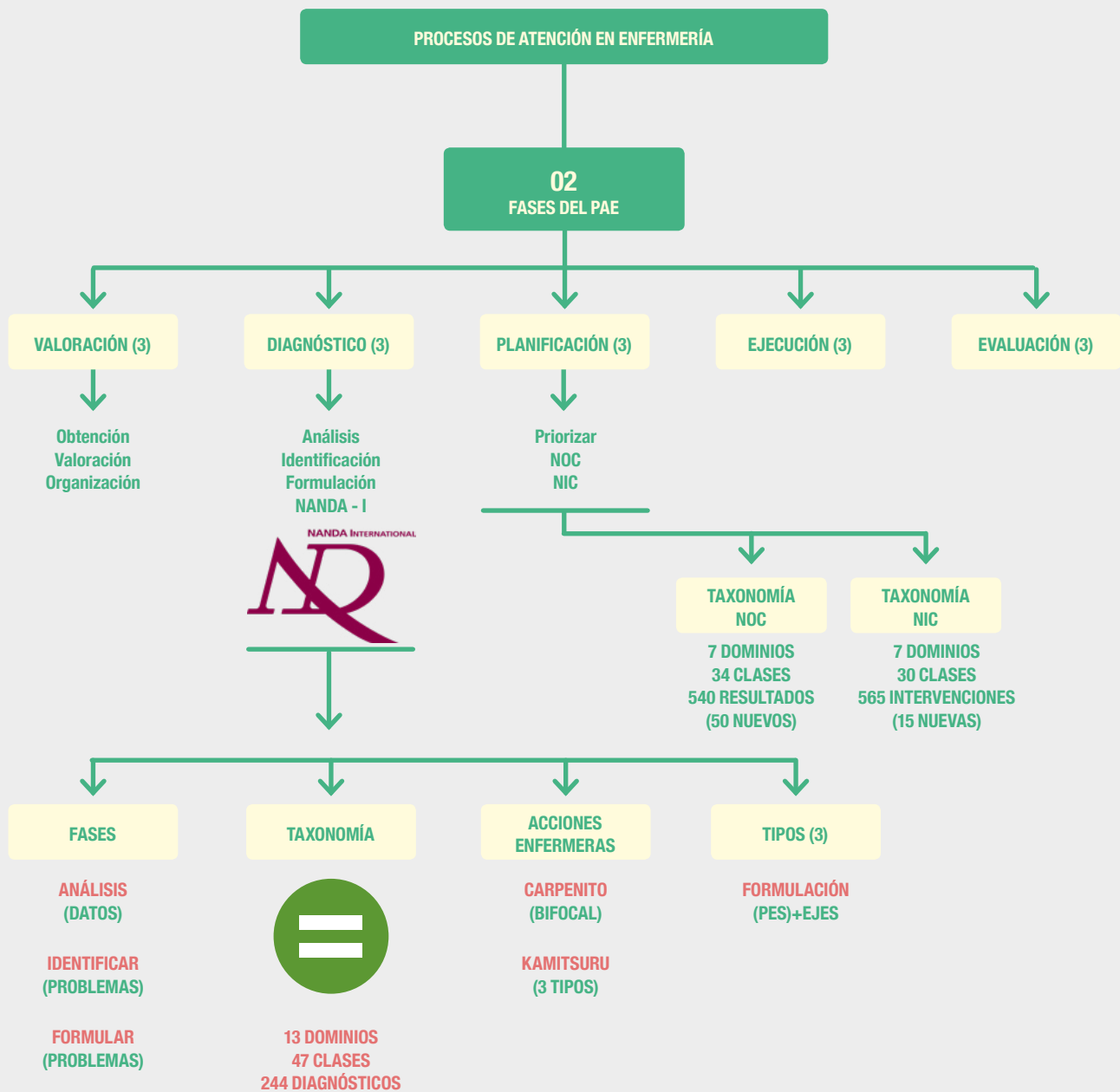
Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Preguntas orientadas hacia la definición del diagnóstico, a diferenciar las características definitorias y factores relacionados de diagnósticos de enfermería que tienen cierta similitud. Estas preguntas suelen ser presentadas como casos clínicos.
2. Preguntas concretas sobre taxonomía NANDA, centrando un diagnóstico de enfermería concreto, dentro de su clase y dominio.
3. Preguntas concretas sobre taxonomía NANDA, centradas en la composición general de cada dominio (número de diagnósticos por dominio, clases de taxonomía NANDA que no tienen dominios...). También, preguntas generales sobre NANDA (utilidad de la taxonomía).
4. Correcta formulación de diagnósticos de enfermería, en base a las actualizaciones introducidas por NANDA 2018-20.
5. Preguntas generales de cualquier de los otros 11 lenguajes, a parte, de NANDA aceptados por la ANA (asociación americana de enfermería). Atención a nuevos lenguajes que tienen cada vez más visibilidad como es el caso de ATIC.
6. De las taxonomías NOC-NIC tan solo tenemos 12 y 6 preguntas, otro perfil de pregunta esperado es perfil de preguntas realizadas en NANDA que se trasladen a estas taxonomías. Debemos manejar, al menos, el perfil de pregunta más básico (estructura de la taxonomía, correcta formulación de un NIC y NOC, composición, utilidad...)



Mapa conceptual





Anexo I Taxonomía NOC (6ª edición 2018)

En el desarrollo del PAE tenemos varios momentos clave en su generación y estado actual. Pesut y Herman denominan el momento actual como de "Construcción de conocimiento".

6 Generaciones del PAE. Producción del Proceso Enfermero (Pesut y Herman, 1999)	
1950 - 1970	Problemas en el proceso.
1970 - 1990	Diagnósticos y razonamiento.
1990 - 2010	Resultados específicos e investigación.
2010 - 2025	Construcción del conocimiento.
2025 - 2035	Modelos de paradigmas de cuidados.
2035 - 2050	Cuidados predictivos

NOC

Esta actualización contiene una introducción para recordar la definición de los resultados, medición y niveles de abstracción. Entre estas anotaciones conviene recordar las normas para la estandarización de los resultados sensibles a la práctica enfermera:

- Las etiquetas de resultados (ER) deben ser concisas
- Las ER deben exponerse en términos NO evaluativos
- Las ER deben utilizar términos de enfermería siempre que sea posible
- Las ER deben ser variables y cuantificables
- Las ER deben exponerse en **niveles medios de abstracción**
- Los resultados NO deben describir una conducta o intervención enfermera
- Los resultados NO deben exponerse como diagnósticos de enfermería
- Los resultados DEBEN describir un **estado, conducta o percepción**
- Los resultados pueden desarrollarse utilizando una o dos escalas
- Las definiciones de los resultados deben ser consistentes con la escala de medición
- La redacción de los indicadores debe ser estandarizada para resultados que utilizan la misma escala de medición
- Deben utilizarse dos puntos para hacer que las etiquetas que sean amplias, sean más específicas (p. ej.; Autocuidados: baño; Estado nutricional: ingestión de nutrientes)

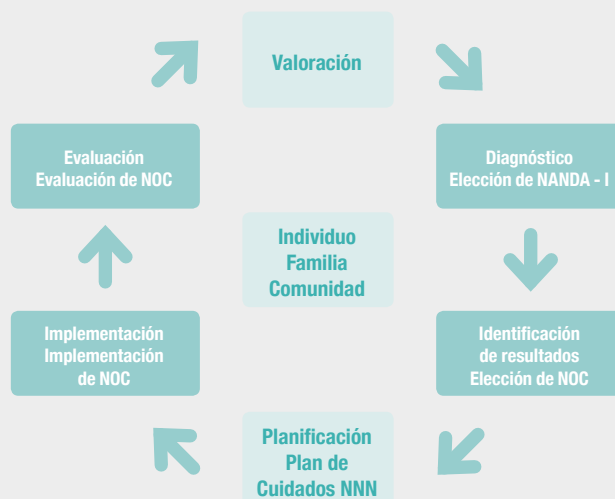
El nivel de abstracción que acabamos de describir se concreta en:

- Nivel **más abstracto** (dominios de resultados sensibles a la práctica enfermera)
- Nivel de abstracción **medio-alto** (clases de resultados sensibles a la práctica enfermera)

- Nivel de abstracción **medio** (resultados sensibles a la práctica enfermera)
- Nivel de abstracción **bajo** (indicadores)
- Nivel **empírico** (actividades de medición de los resultados)

Es interesante recordar que, en este último nivel, empírico, empleamos escalas de resultado, que como sabemos son escalas tipo likert, que puntúan de 1 a 5, siendo 1 la peor situación y 5 el mejor resultado esperado. Los resultados suelen emplear una escala para medirlos, pero pueden emplear más escalas. Tanto es así que hay **88 resultados que tienen dos escalas**. Las escalas combinadas permiten valorar mejor determinadas situaciones, siendo más fácil de usar para enfermería.

En esta publicación de la NOC (sexta edición, 2018), se hace referencia al uso de la NNN en seis fases del proceso enfermero.



La NOC actual contiene 540 criterios de resultado. Se estructura en 7 dominios, 34 clases y 540 etiquetas. Contiene, por tanto, dos nuevas clases y 50 resultados más, pasando de 490 a 540.

Edición	Año	Nº etiquetas de resultado	Incremento respecto al año anterior
1ª	1988	175 (Fase I) 197 (Fase II)	
2ª	2000	260	63
3ª	2004	330	70
4ª	2008	385	55
5ª	2013	490	105
6ª	2018	540	50

La nueva NOC presenta 13 escalas de medición, agrupamientos de NOC centrales organizados por especialidad, NOC-NIC relacionados con condiciones clínicas comunes. Además, algunos criterios de resultado han sido validados por grupos de pacientes y familiares que padecían el problema en cuestión.

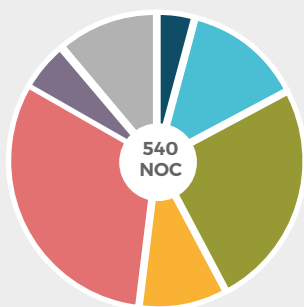
En esta 6ª edición, más de 50 resultados han sido revisados: 3 han sufrido cambios de etiqueta; 12, cambios en la definición; 2, en la escala; 57 contienen cambios en el nombre de la etiqueta, en la definición y en los indicadores; 30 incluyen actualizaciones en su bibliografía; y, finalmente, 2 han desaparecido con respecto a la edición anterior.

Entre los **nuevos criterios de resultado** tenemos: autocontrol: accidente cerebrovascular; autocontrol: cáncer; autocontrol: herida; autocontrol del pánico; autogestión de las actividades instrumentales de la vida diaria; comportamiento de alfabetización en salud; compromiso del paciente; conocimiento: manejo de heridas; conocimiento: procedimientos diagnósticos y terapéuticos; control del riesgo: caídas; control del riesgo: herida por presión; control del riesgo: obesidad; control del riesgo social: suicidio; funcionamiento de la familia: cuidados en la demencia; gravedad de la convulsión; nivel de pánico; normalización de la familia: demencia; quimioterapia: efectos físicos adversos, quimioterapia (efectos físicos adversos), severidad del linfedema...

A continuación, mostraremos los contenidos de la NOC, según dominios y clases. El **dominio con mayor cantidad de criterios de resultado es el IV, Conocimiento y Conducta de Salud**, y el que menos, el VII, Salud Comunitaria.

NOC Descripción 7 dominios

12%	Funcional
23%	Fisiológico
9%	Psicosocial
34%	Conocimiento y conducta de salud
10%	Salud percibida
9%	Salud familiar
4%	Salud comunitaria



Casi 7 de cada 10 resultados en salud están vinculados a los **dominios conocimiento-conducta, fisiológico y funcional**. Este fenómeno es normal, entendiendo que el paradigma de la salud se centra en el empoderamiento, autocuidado (dominio conductual) y que conozcan qué hacer para lograrlo (conocimiento) (34%). Además, las cuestiones fisiológicas y funcionales ocupan igualmente resultados que perseguimos las enfermeras en muchas ocasiones en nuestra labor práctica (35%).

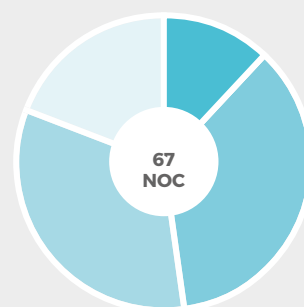
En cambio, los resultados a nivel de salud psicosocial y percibida (19%) continúan siendo áreas menos desarrolladas, así como los de nivel familiar y comunitario (13%). Hay ten-

dencia a los resultados que abordan los dominios biológicos pues.

Esto determina una práctica más orientada hacia intervenciones centradas en el fomento del auto cuidado, la educación para la salud, las actividades de vigilancia (fisiológicas) y la potenciación de las capacidades funcionales. Quedando en segundo plano (y limitando por ello el desarrollo de estas competencias) las intervenciones psicosociales, familiares y comunitarias.

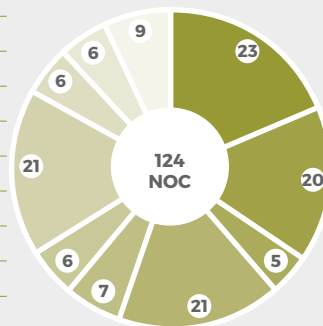
Dominio I Salud funcional - 4 clases

12%	Cardiopulmonar
36%	Digestión y Nutrición
33%	Eliminación
19%	Líquidos y electrolitos



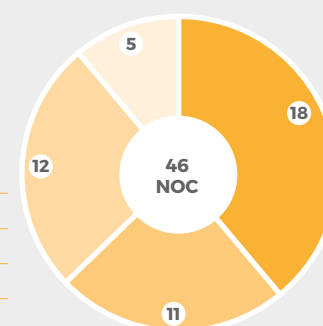
Dominio II Salud fisiológica - 10 clases

19%	Cardiopulmonar
16%	Digestión y Nutrición
4%	Eliminación
17%	Líquidos y electrolitos
6%	Respuesta inmune
5%	Regulación metabólica
17%	Neurocognitiva
5%	Función Sensitiva
5%	Respuesta terapéutica
7%	Integridad tisular



Dominio III Salud Psicosocial - 4 clases

39%	Bienestar psicosocial
24%	Adaptación psicosocial
26%	Autocontrol
11%	Interacción social



Anexo II Taxonomía NIC (7ª edición 2018)

La nueva clasificación internacional de intervenciones enfermeras (NIC) fue publicada en español a finales de noviembre de 2018. Contiene un total de **565 intervenciones**, de las cuales **15 son nuevas** y otras 95 han sido revisadas. Ha habido un cambio importante en la denominación de los campos, que ahora, al igual que en las clasificaciones de NANDA-I y de NOC, se llaman **dominios**.

zAdemás, se han **agrupado las intervenciones centrales según 53 especialidades** enfermeras en diferentes ámbitos de la práctica, por ejemplo: enfermería de anestesia, de diabetes, de heridas y ostomías, de oncología, de salud escolar, de salud laboral, gastroenterológica, neonatal, perioperatoria...

Al igual que en ediciones anteriores se ha calculado el tiempo estimado y el nivel de formación necesarios para realizar las intervenciones de la NIC, oscilando **entre 15 minutos o menos y más de 1 hora**.

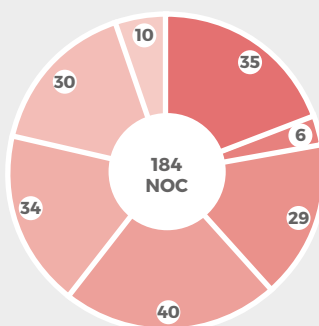
El crecimiento en cuanto a número de intervenciones fue notorio en los primeros años, no tanto en las últimas ediciones, aunque no por ello, son menos relevantes:

Edición	Año	Nº etiquetas de resultado	Incremento respecto al año anterior
1ª	1992	336	
2ª	1996	433	97
3ª	2000	486	53
4ª	2004	514	28
5ª	2008	542	28
6ª	2013	554	12
7ª	2018	565	11

El 66% de las etiquetas de intervención se encuentran en los **3 primeros dominios: fisiológico básico, fisiológico complejo y conductual**. Además, en cuanto a clases se refiere, estos mismos dominios son los más desarrollados como se puede apreciar en los siguientes gráficos. Este perfil predominante en la tipología de intervenciones enfermeras denota las características de las mismas, dirigidas básicamente al cuidado del cuerpo y a la educación de los pacientes y mejora de su afrontamiento. Incluso podemos apreciar como casi 300 intervenciones, más de la mitad del total, pertenecen a los 2 primeros dominios.

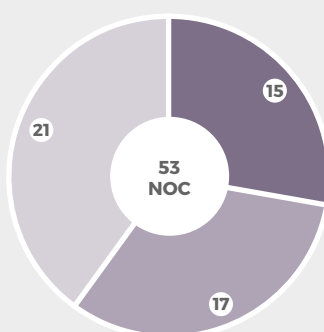
Dominio IV Conocimiento y conducta de salud - 7 clases

19%	Conducta de salud
3%	Creencias sobre salud
16%	Gestión de salud
22%	Conocimientos sobre su condición de salud
18%	Conocimientos sobre su promoción de la salud
16%	Control de riesgo
5%	Seguridad



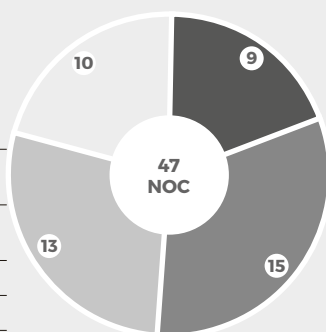
Dominio V Salud Percibida - 3 clases

28%	Salud y calidad de vida
32%	Satisfacción con los cuidados
40%	Sintomatología



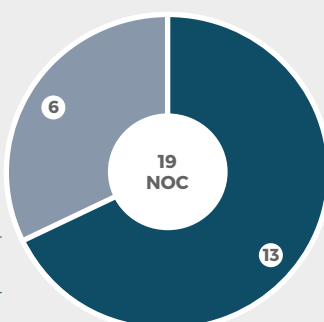
Dominio VI Salud familiar - 4 clases

19%	Desempeño del cuidador familiar
32%	Estado de salud de miembros de familia
28%	Bienestar familiar
21%	Ser padre



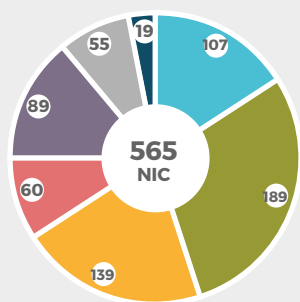
Dominio VII Salud comunitaria - 2 clases

68%	Protección de salud comunitaria
32%	Bienestar comunitario



NIC Descripción 7 dominios

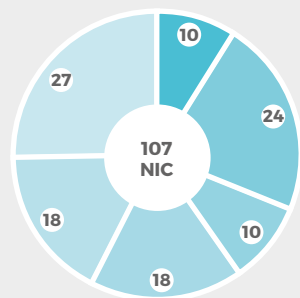
16%	Fisiológico básico
29%	Fisiológico complejo
21%	Conductual
9%	Seguridad
14%	Familia
8%	Sistema sanitario
3%	Comunidad



En el dominio 1, fisiológico básico, las clases con mayor número de intervenciones son Facilitación del autocuidado y Control de la evacuación. Le siguen las clases Fomento de la comodidad física y apoyo nutricional.

Dominio I Fisiológico Básico - 6 clases

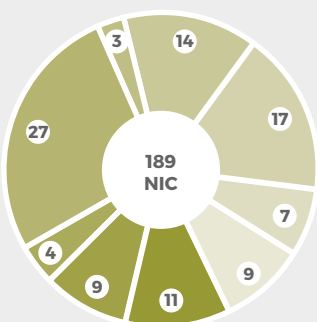
9%	Control de actividad y ejercicio
22%	Control de la evaluación
9%	Control de inmovilidad
17%	Apoyo nutricional
17%	Fomento de comodidad física
25%	Facilitación del autocuidado



El dominio 2, fisiológico complejo, es el que contiene más intervenciones, 189, y más clases, 8. Dentro de ellas, la que mayor porcentaje de etiquetas tiene es Control de perfusión tisular, con intervenciones muy técnicas como por ejemplo Cuidados cardíacos, Cuidados del embolismo pulmonar, Manejo de la arritmia, Manejo del shock, Precauciones en el embolismo o Regulación hemodinámica, entre otras. Esto determina la importancia de las intervenciones altamente tecnificadas en los cuidados que prestan las enfermeras por todo el mundo.

Dominio II Fisiológico complejo - 9 clases

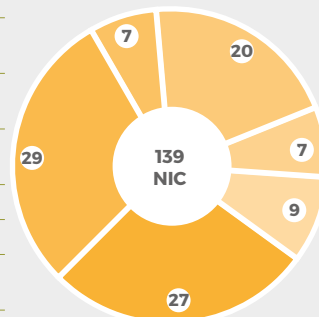
11%	Control respiratorio
9%	Control pie / heridas
4%	Termorregulación
27%	Control de perfusión tisular
3%	Respuesta terapéutica
14%	Control de electrolitos y acidobásico
17%	Control de fármacos
7%	Control neurológico
9%	Cuidados perioperatorios



Dentro del dominio conductual, un 56% de las intervenciones se encuentran en las clases Educación de los pacientes y Ayuda para el afrontamiento. Como sucede con la clasificación de NOC, e incluso con la de NANDA-I, vemos que estos dominios "menos biológicos" están menos desarrollados.

Dominio III Conductual - 6 clases

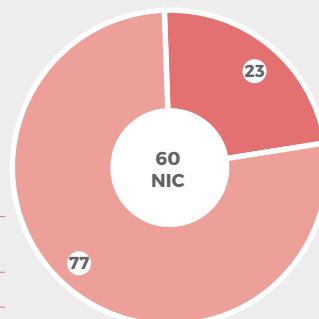
27%	Ayuda para el afrontamiento
29%	Educación de los pacientes
7%	Fomento de comodidad pedagógica
20%	Terapia conductual
7%	Terapia cognitiva
9%	Potenciación de la comunicación



Los cuatro dominios siguientes (seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad) tienen cada uno de ellos 2 o 3 clases únicamente, en comparación con los anteriores que tenían 6 u 8. Podríamos destacar cómo es que solo existen 60 intervenciones en un dominio tan importante de acción como es el de la seguridad del paciente, teniendo por ejemplo la clase Control de riesgos únicamente 46 intervenciones. Intuimos que este puede ser un área a desarrollar y potenciar en futuras ediciones.

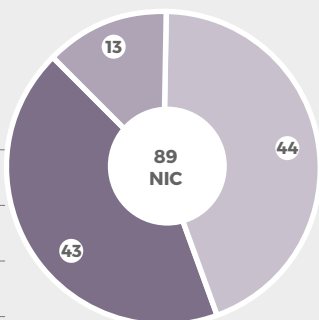
Dominio IV Seguridad - 2 clases

23%	Control en casos de crisis
77%	Control de riesgos



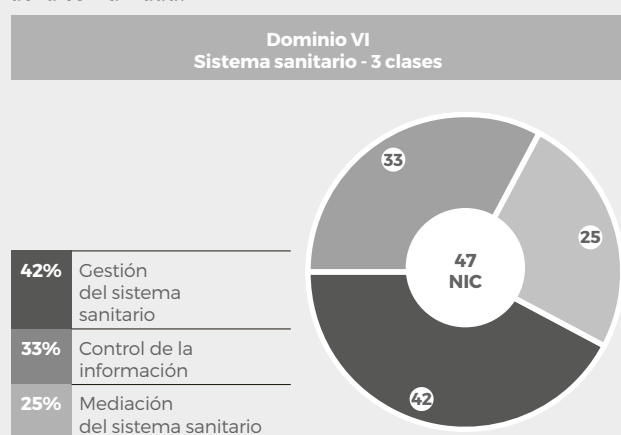
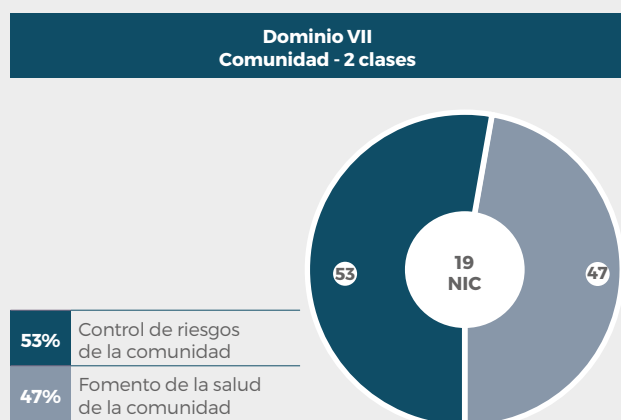
Dominio V Familia - 3 clases

43%	Cuidados de crianza de un nuevo bebé
13%	Cuidados durante la vida
44%	Cuidados de un nuevo bebé



En el dominio familia, tan importante por ejemplo en la enfermería de atención primaria, predominan intervenciones de orden familiar pero no como grupo familiar sino en relación sobre todo al cuidado de los hijos, bebés, lactantes, etc. Solo la clase Cuidados durante la vida alberga intervenciones familiares claramente relacionadas con la unidad familiar, tal y como se entiende desde la visión comunitaria.

Los dos últimos dominios son claramente los menos desarrollados, sobre todo el dominio 7 (19 intervenciones), comunidad, también relacionado con la especialidad de enfermería de atención primaria. Esto significa que, aunque existe la estructura, al contenido de estas áreas de intervención le queda aún muchísimo recorrido en cuanto a desarrollo y propuesta de nuevas y necesarias intervenciones en tan importantes clases como, por ejemplo, Control de la información, Gestión del sistema sanitario o Control de riesgos de la comunidad.



NOTA

Los nuevos 15 NIC son: 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 y terapia de baile.

Anexo III

Los 12 lenguajes estandarizados de enfermería reconocidos por ANA

La ANA reconoce 12 terminologías para la infraestructura de información de la práctica enfermera. Algunos son grupos de elementos de dato, algunas son terminologías de interrelación y otras son terminologías multidisciplinares.

1. NANDA International (NANDA-I)
2. Nursing Interventions Classification (NIC).
3. Nursing Outcomes Classification (NOC).
4. Clinical Care Classification (CCC) System.
5. The Omaha System.
6. Perioperative Nursing Data Set (PNDS).
7. International Classification for Nursing Practice (ICNP)
8. Systemized Nomenclature of Medicine Clinical Terms (SNOMED CT)
9. Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC).
10. Nursing Minimum Data Sets (NMDS).
11. Nursing Management Minimum Data Sets (NMMDS)
12. ABC Codes.

Anexo IV

Actualización NANDA 2018

1. Actualización nanda 2018-2020

La clasificación NANDA 2018-2020 contiene un total de 244 diagnósticos (frente a los 235 que teníamos en la edición 2015-2017). Se han añadido 17 diagnósticos, se han retirado 8 y se han revisado una cantidad importante de etiquetas diagnósticas.

Dominio 1 (Promoción de la salud):

- Readiness for enhanced health literacy (Disposición para mejorar la alfabetización en salud).

Dominio 2 (Nutrición):

- Ineffective adolescent eating dynamics (Dinámica de alimentación ineficaz del adolescente).
- Ineffective child eating dynamics (Dinámica de alimentación ineficaz del niño).
- Ineffective infant feeding dynamics (Dinámica de alimentación ineficaz del lactante).
- Risk of metabolic imbalance syndrome (Riesgo de síndrome de desequilibrio metabólico).

Dominio 4 (Actividad/reposo):

- Imbalanced energy field (Perturbación del campo de energía).
- Risk for unstable blood pressure (Riesgo de presión sanguínea inestable).

Dominio 9 (Afrontamiento/tolerancia al estrés):

- Risk for complicated immigration transition (Riesgo de transición inmigratoria complicada).
- Acute substance withdrawal syndrome (Síndrome agudo de retirada de sustancias).

- Risk for acute substance withdrawal syndrome (Riesgo de síndrome agudo de retirada de sustancias).
- Neonatal abstinence syndrome (Síndrome de abstinencia neonatal).

Dominio 11 (Seguridad/protección):

- Risk for surgical site infection (Riesgo de infección del sitio quirúrgico).

- Risk for dry mouth (Riesgo de sequedad de boca).
- Risk for venous thromboembolism (Riesgo de tromboembolismo venoso).
- Risk for female genital mutilation (Riesgo de mutilación genital femenina).
- Risk for occupational injury (Riesgo de lesión ocupacional).
- Risk for ineffective thermoregulation (Riesgo de termoregulación ineficaz).

Dominio		Nuevos diagnósticos aprobados	Autores
1	Promoción de la salud	Disposición para mejorar la alfabetización en salud	B. Flores
2	Nutrición	Dinámica de alimentación ineficaz del adolescente	S. Mlynarczyk, M. Dewys, G. Lyte
		Dinámica de alimentación ineficaz del niño	S. Mlynarczyk, M. Dewys, G. Lyte
		Dinámica de alimentación ineficaz del lactante	S. Mlynarczyk, M. Dewys, G. Lyte
		Riesgo de síndrome de desequilibrio metabólico	V.E. Fernández Ruíz, M.M. López Santos, D. Armero Barranco, J.M. Xandri Graupera, J.A. Paniagua Urban, M. Solé Agustí, M.D. Arrillo Izquierdo, A. Ruiz Sánchez
4	Actividad/Reposo	Perturbación del campo de energía	N. Frisch, H. Butcher, D. Shields
		Riesgo de presión sanguínea inestable	C. Amoin
9	Afrontamiento/Tolerancia al estrés	Riesgo de transición inmigratoria	R. Rifá
		Síndrome agudo de retirada de sustancias	L. Clapp, K. Mahler
		Riesgo de síndrome agudo de retirada de sustancias	L. Clapp, K. Mahler
		Síndrome de abstinencia neonatal	L.M. Cleveland
11	Seguridad/Protección	Riesgo de infección del sitio quirúrgico	F.F. Ercole, T.C.M. Chianca, C. Campos, T.G.R. Macieira, L.M.C. Franco
		Riesgo de sequedad de boca	I. Eser, N. Duruk
		Riesgo de tromboembolismo venoso	G. Meyer
		Riesgo de mutilación genital femenina	I.J. Ruíz
		Riesgo de lesión ocupacional	F. Sánchez Ayllon
		Riesgo de termo-regulación ineficaz	Comité de Desarrollo Diagnóstico

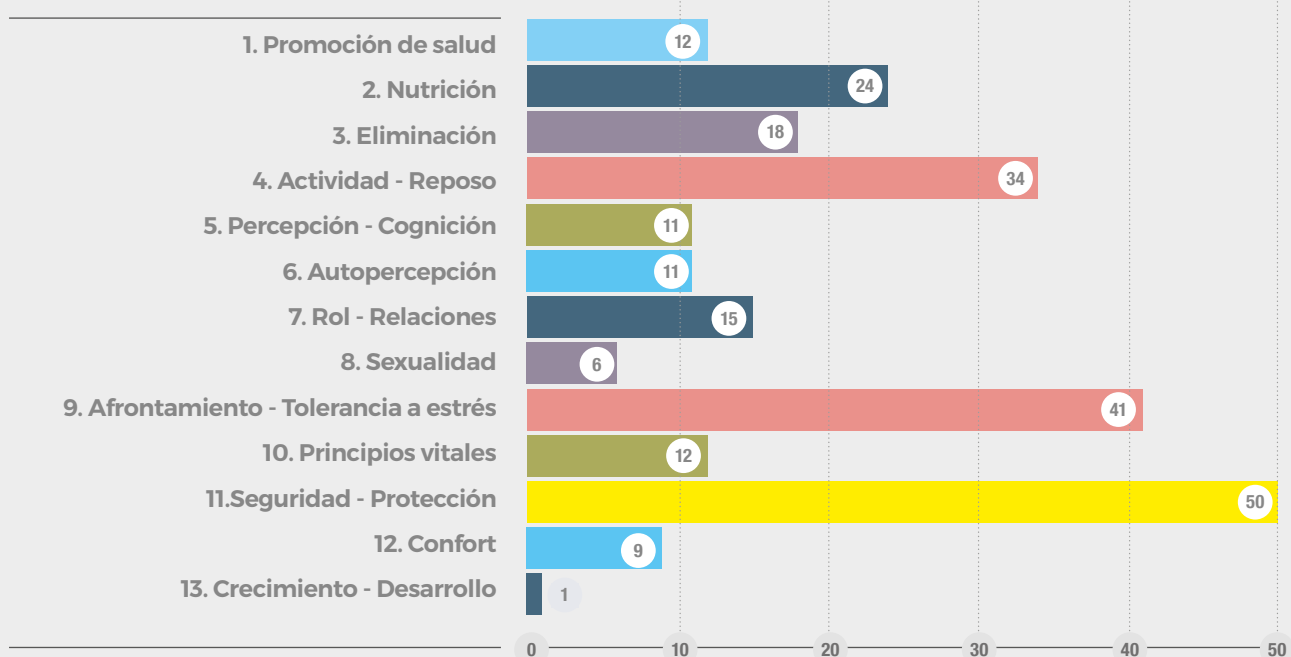
En cuanto a los diagnósticos retirados en esta edición serían los siguientes:

- Incumplimiento.
- Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos.
- Disposición para mejorar la eliminación urinaria.
- Riesgo de deterioro de la función cardiovascular.
- Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz.
- Riesgo de perfusión renal ineficaz.
- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.
- Riesgo de crecimiento desproporcionado.

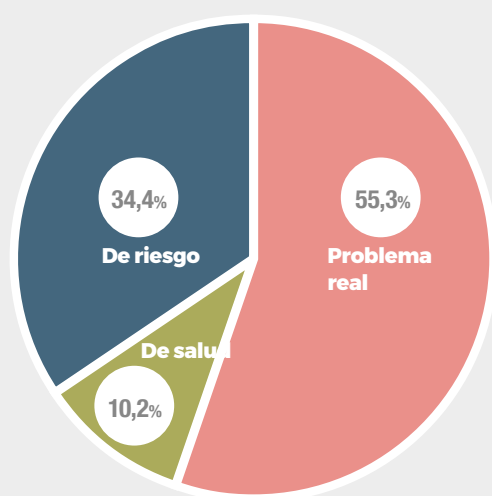
El mayor número de diagnósticos de enfermería se encuentran en los dominios 11. Seguridad Protección; 9. Afrontamiento y Tolerancia a estrés y 4. Actividad y Reposo. Entre estos tres dominios se agrupa el 51% de los diagnósticos de enfermería.

De toda la clasificación. En función de su contenido, podemos decir que los problemas potenciales, y sus correspondientes diagnósticos de riesgo que conllevan acciones de vigilancia enfermera, son de primer orden dentro de NANDA-I (dominio de Seguridad Protección). Seguidamente, los problemas de afrontamiento y adaptación a situaciones estresantes (dominio 9) y aquellos relacionados con la funcionalidad para la vida diaria (dominio de Actividad y Reposo).

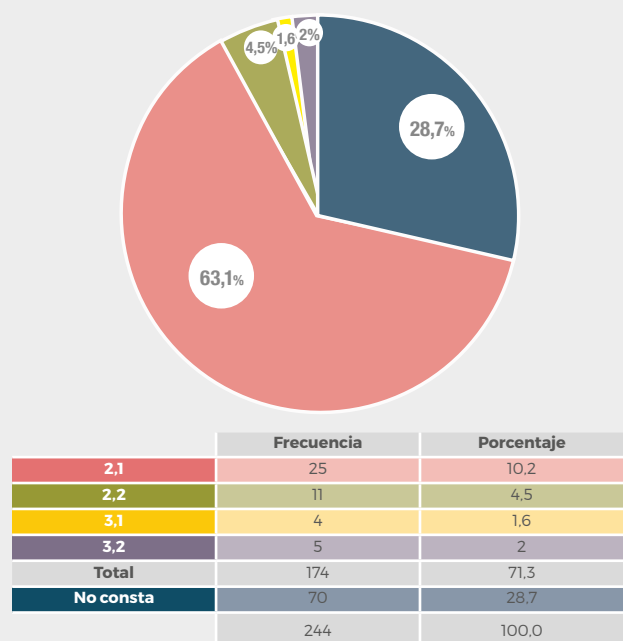
Número de diagnósticos según dominios



Tipos de diagnósticos NANDA-I 2018-2020



Porcentaje de diagnósticos según su nivel de evidencia



Anexo V NANDA 2018-20

Dominios	Clases	Dominios	Clases
1. Promoción de la salud	Conciencia salud, gestión salud	7. Rol-relaciones	Rol cuidador, relaciones familiares, desempeño de rol
2. Nutrición	Ingestión, digestión, absorción, metabolismo, hidratación	8. Sexualidad	Identidad sexual, función sexual, reproducción
3. Eliminación	Función urinaria, gastrointestinal, tegumentaria, respiratoria	9. Afrontamiento-tolerancia al estrés	Respuestas postraumáticas, respuestas de afrontamiento, estrés neurocomportamental
4. Actividad-descanso	Sueño, actividad, equilibrio energía, espuestas cardiovasculares, pulmonares, autocuidado	10. Principios vitales	Valores, creencias, congruencia
5. Percepción-cognición	Atención, orientación, percepción, cognición, comunicación	11. Seguridad; protección	Infección, lesión, violencia, peligros, entorno, procesos defensivos, TERMORREGULACIÓN
6. Autopercepción	Autoconcepto, autoestima, imagen corporal	12. Confort	C. físico, C. entorno, C. social
		13. Crecimiento-desarrollo	Crecimiento, desarrollo

Dominio 1. Promoción de la salud		
Gestión ineficaz de la salud	D: patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que no es adecuado para alcanzar objetivos.	CD: Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud, fracaso al emprender acciones para reducir el riesgo, fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria
Gestión ineficaz de la salud familiar	D: patrón de regulación e integración en los procesos familiares de un programa para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que no es adecuado para alcanzar objetivos.	
Incumplimiento	D: conducta de una persona o cuidador que no coincide con el plan terapéutico acordado entre el profesional y la persona. Se expresa por falta de adherencia total o parcial y puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente eficaces.	CD: fracaso al intentar conseguir resultados, faltar a las citas, exacerbación de síntomas, falta de adherencia al tratamiento, exacerbación de los síntomas
Mantenimiento ineficaz de la salud	D: incapacidad para identificar y gestionar los problemas de salud y/o buscar ayuda para mantener la salud	
Síndrome de fragilidad del anciano	D: estado sinónimo de equilibrio inestable que afectar anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud, que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en salud.	FR: vivir solo, sarcolema, sedentarismo, malnutrición, enfermedad crónica, antecedentes de caídas...
Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano	D: Vulnerable a padecer un estado dinámico de equilibrio inestable que afecta la anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.	FC: Aislamiento social, nivel educativo bajo, sedentarismo, sexo femenino, tristeza, sarcopenia, vivir solo.

Dominio 2. Nutrición		
Interrupción de la lactancia materna	CD: lactancia materna no exclusiva	FR: separación madre-niño (causas varias).
Lactancia materna ineficaz	CD: llanto del niño tras toma o al inicio, arqueamiento del niño, pérdida de peso, succión no mantenida, vaciado insuficiente, resistencia del niño al coger el pecho.	FR: alimentación suplementaria, prematuridad, obesidad materna, dolor materno, fatiga materna, uso de chupete...
Leche materna insuficiente	D: baja producción de leche.	CD: madre (alteración mama o producción) niño (duración, búsqueda, llanto, micción con patrones alterados).
Patrón de alimentación ineficaz del lactante	D: deterioro de la capacidad del niño para succionar, dando lugar a nutrición inadecuada.	CD: incapacidad para mantener succión eficaz.
Obesidad	CD: IMC > 30Kg/m ² , en niños < 2 años no usado, y en niños de 2-18 años IMC > 30 o percentil > 95.	
Sobrepeso	CD: IMC > 24 Kg/m ² , en niños < 2 años (altura) > percentil 95 y en niños de 2-18 años > percentil 85	
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	D: vulnerable a una disminución, aumento, o cambio rápido de un espacio a otro del líquido, pudiendo comprometer la salud.	FR: aféresis, ascitis, obstrucción intestinal, pancreatitis, quemaduras, sepsis, medicamentos, traumatismos...
Exceso de volumen de líquidos	D: Aumento de volumen de líquidos isotónicos.	CD: Ingurgitación yugular, aportes superiores a las pérdidas, congestión pulmonar, edema, alteración del patrón respiratorio. FR: Ingesta excesiva de líquidos o/y sodio.
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	D: Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas	CD: peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal.
Sobrepeso	CD: IMC > 24 Kg/m ² , en niños < 2 años (altura) > percentil 95 y en niños de 2-18 años > percentil 85	
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	D: vulnerable a una disminución, aumento, o cambio rápido de un espacio a otro del líquido, pudiendo comprometer la salud.	FR: aféresis, ascitis, obstrucción intestinal, pancreatitis, quemaduras, sepsis, medicamentos, traumatismos...
Exceso de volumen de líquidos	D: Aumento de volumen de líquidos isotónicos.	CD: Ingurgitación yugular, aportes superiores a las pérdidas, congestión pulmonar, edema, alteración del patrón respiratorio. FR: Ingesta excesiva de líquidos o/y sodio.
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	D: Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas	CD: peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal.

Dominio 3. Eliminación - Intercambio		
Estreñimiento	D: disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación difícil o incompleta de heces y/o eliminación de heces duras y secas.	CD: Incapacidad para defecar, heces duras y/o líquidas, flatulencia, disminución en la frecuencia de la deposiciones.
Estreñimiento funcional crónico	D: evacuación infrecuente o difícil de heces, mantenida al menos durante tres de los 12 meses previos. Sistema de clasificación ROMA III	CD: adulto ≥ 2 criterio de los 6 de ROMA III; en niños ≥ 4 años: ≥ 2 criterios de ROMA III pediátrica para > 2 meses Niño ≥ 2 meses y ≤ 4 años, ≥ 2 criterios de ROMA III de Roma pediátrico > 1 mes.
Estreñimiento subjetivo	D: autodiagnóstico de estreñimiento acompañado de abuso de laxantes, enemas y/o supositorios para asegurar defecación diaria	CD: Expectativas de una eliminación intestinal diaria, abuso de enemas, abuso de lactantes, expectativa de una eliminación intestinal diaria a la misma hora.
Motilidad gastrointestinal disfuncional	D: aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.	CD: abdomen distendido, aumento residuo gástrico, retortijones, diarrea, heces duras...
Incontinencia urinaria de esfuerzo	D: Pérdida súbita de orina al realizar actividades que aumentan la presión intraabdominal.	CD: Pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina en ausencia de contracción del detrusor, en ausencia de sobredistensión de la vejiga, al toser, reír, estornudar o con el esfuerzo. FR: Aumento de la presión abdominal, cambios degenerativos y debilidad en los músculos pélvicos.
Incontinencia urinaria funcional	D: Incapacidad de una persona, normalmente continente, para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida involuntaria de orina.	CD: Micción antes de alcanzar el inodoro, el tiempo requerido para alcanzar el inodoro tras la sensación de urgencia es demasiado largo. FR: Alteración en los factores ambientales, alteración en la función cognitiva, debilidad de las estructuras pélvicas de soporte, deterioro de la visión, deterioro neuromuscular, trastorno psicológico
Incontinencia urinaria por rebosamiento	D: Pérdida involuntaria de orina asociada a una sobredistensión de la vejiga	CD: Distensión vesical, nicturia, pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina, volumen residual alto después de micción FR: Disinergia del esfínter detrusor externo, hipocontractilidad del detrusor, impacción fecal, obstrucción del drenaje vesical, obstrucción ureteral, prolapso pélvico grave, régimen terapéutico
Incontinencia urinaria refleja	D: pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen vesical determinado	CD: ausencia de sensación de micción, incapacidad para inhibir voluntariamente la micción, patrón previsible de micción FR: deterioro neurológico por encima del centro pontino de la micción, deterioro neurológico por encima del centro sacro de la micción, lesión tisular.

Criterios diagnósticos (Roma III) del estreñimiento crónico	
Presencia de 2 o más de los siguientes criterios*:	
a	Esfuerzo defecatorio en $\geq 25\%$ de las evacuaciones
b	Heces duras o caprinas en $\geq 25\%$ de las evacuaciones
c	Sensación de evacuación incompleta en $\geq 25\%$ de las evacuaciones
d	Sensación de obstrucción/bloqueo anorrectal durante $\geq 25\%$ de las evacuaciones
e	Maniobras manuales para facilitar las evacuaciones (p.ej., evacuación digital, soporte periné, etc.) en $\geq 25\%$ de las evacuaciones
f	Menos de 3 evacuaciones por semana
Evacuaciones sueltas raramente presentes sin el uso de laxantes Criterio insuficientes para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable	
* Durante los últimos 3 meses, con el inicio de los síntomas por lo menos 6 meses antes del diagnóstico	

Dominio 4. Actividad - Reposo		
Insomnio	D: trastorno en la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento .	FR: estrés, fármacos, actividad física baja, malestar físico, siestas frecuentes, duelo, alcohol, ambientales .
Deprivación de sueño	D: períodos de tiempo prolongados sin sueño (patrón de suspensión relativa, natural y periódica de la conciencia).	FR: apnea de sueño, discomfort prolongado, régimen terapéutico, demencia, narcolepsia, parálisis sueño, pesadillas, asincronía circadiana, entorno sobreestimulador, obstáculos ambientales, CD: agresividad, alucinaciones, ansiedad, agitación, aumento de la sensibilidad al dolor, irritabilidad.
Trastorno del patrón de sueño	D: interrupción durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debido a factores externos .	FR: falta intimidad, inmovilización, interrupción por otra persona, factores ambientales...
Deterioro bipedestación	D: limitación de la habilidad para conseguir y o mantener de manera independiente y voluntaria una posición erguida del cuerpo, de los pies a la cabeza.	
Deterioro de la ambulación	D: limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.	
Deterioro movilidad física	D: limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.	
Deterioro de la sedestación	D: limitación para conseguir o mantener de manera independiente y voluntaria una posición de reposo en la que el apoyo se encuentra en las nalgas y muslos, y en la cual el torso está erguido.	
Deterioro de la translación	D: limitación del movimiento independiente entre dos superficies cercanas.	
Fatiga	D: sensación abrumadora y sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental	FR: aumento ejercicio, estilo vida no estimulante, estrés, malnutrición, afección fisiológica...
Intolerancia a la actividad	D: insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.	CD: cambios electrocardiográficos, debilidad generalizada, discomfort por esfuerzo, disnea de esfuerzo, fatiga, frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad, presión arterial anormal en respuesta a la actividad. FR: inmovilidad, reposo en cama, sedentarismo, desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno
Disminución del gasto cardíaco	D: la cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas.	
Patrón respiratorio ineficaz	D: inspiración y/o espiración que no proporciona ventilación adecuada.	CD: disnea, ortopnea, aleteo nasal, alteración movimientos respiratorios, disminución de la presión espiratoria y/o inspiratoria, respiración con los labios fruncidos, patrón respiratorio anormal (frecuencia, ritmo, profundidad) FR: Deformidad osea, deformidad de pared torácica, obesidad, dolor, ansiedad, deterioro musculoesquelético
Déficit autocuidado: baño, alimentación, vestido...	D: deterioro en la capacidad de realizar o completar las actividades el baño, autoalimentación, vestirse...	
Descuido personal	D: constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables.	FR: síndrome Capgras, incapacidad para mantener el control, deterioro funcional, abuso de drogas, enfermedad psiquiátrica...
Riesgo de síndrome de desuso	D: vulnerable al deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelético prescrita o inevitable, que puede comprometer la salud.	FR: alteración del nivel de conciencia, dolor, inmovilidad mecánica, inmovilidad prescrita, parálisis.
Deterioro de la ventilación espontánea	D: disminución de las reservas de enregía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida	CD: aumento de la PCO2, disnea, disminución de la saturación de O2. FR: alteración del metabolismo, fatiga de los músculos respiratorios.

Dominio 5. Percepción cognición		
Conocimientos deficientes	D: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.	CD: Conducta inapropiada, conocimiento insuficiente, no sigue completamente las instrucciones.
Confusión aguda	D: inicio brusco de alteraciones reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo.	FR: abuso de sustancias, demencia, delirio, edad > 60 años...
Confusión crónica	D: deterioro irreversible, de larga duración y/o progresivo del intelecto y la personalidad, caracterizado por disminución de la habilidad para interpretar los estímulos ambientales...	FR: ACV, demencia, lesión cerebral, psicosis de Korsakoff...
Control emocional inestable	D: impulso incontrolable de expresión emocional exagerada e involuntaria.	FR: llanto o risa involuntaria incontrolable, expresión de emociones incongruente con el factor desencadenante...
Control de impulsos ineficaz	D: patrón de reacciones rápidas, no planeadas, ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones para la persona impulsiva o para los demás.	

Dominio 6. Autopercepción		
Desesperanza	D: estado subjetivo en el que la persona percibe pocas o ninguna alternativa de movilizar energía en su propio provecho.	CD: contacto visual escaso, claves verbales pesimistas ("no puedo"), pasividad, inadecuada implicación en el cuidado, disminución apetito, emociones, verbalización, estímulos, iniciativa FR: Deterioro de la efacción fisiológica, estrés continuo, pérdida de confianza en el poder espiritual, antecedentes de abandono, restricción de la movilidad prolongada.
Baja autoestima situacional	D: desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.	CD: falta de propósito, indefensión, conducta indecisa, verbalización de negación de sí mismo... FR: alteraciones del rol social, antecedentes de pérdida, de rechazo...
Baja autoestima crónica	D: Autoevaluación o sentimientos negativos de larga duración sobre uno mismo o sus propias capacidades.	
Trastorno de la imagen corporal	D: confusión en la imagen mental del yo físico.	CD: alteración de la estructura corporal, ausencia de una parte de cuerpo, oculta una parte de cuerpo, temor a las reacciones a los demás, alteración de la visión del propio cuerpo FR: enfermedad, lesión, traumatismo, alteración de la autopercepción.
Trastorno de la identidad personal	D: incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo.	

Dominio 7. Rol relaciones (la tabla continúa a la derecha)		
Cansancio del rol del cuidador	D: dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas.	CD: aislamiento social, tiempo insuficiente para satisfacer las necesidades personales, frustración, depresión, estrategias de afrontamiento ineficaces, FR: Actividades de cuidados excesivas, duración de cuidados.
Deterioro parental	D: incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.	CD: se pueden expresar en el niño y en los padres. En los FR: se relacionan con los conocimientos, sociales, psicológicos, características del niño.
Procesos familiares disfuncionales	D: las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas y una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas.	
Interrupción de los procesos familiares	D: cambio en las relaciones y/o en el funcionamiento familiar.	

Conflicto del rol parental	D: experiencia parental de confusión en el rol en respuesta a una crisis.	
Desempeño ineficaz del rol	D: patrón de conducta y expresión propia que no se concuerda con el contexto ambiental, las normas y las expectativas.	
Relación ineficaz	D: patrón de colaboración mutua que es insuficiente para cubrir las necesidades del otro.	
Deterioro de la interacción social	D: Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social	CD: Interacción disfuncional con otras personas, deterioro del funcionamiento social. FR: Deterioro de la movilidad, alteración en el autoconcepto, obstáculos para la comunicación.

Dominio 8. Sexualidad		
Disfunción sexual	D: estado en que la persona experimenta un cambio de la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.	
Patrón sexual ineficaz	D: expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad	

Dominio 9. Afrontamiento - Tolerancia al estrés		
Afrontamiento defensivo	D: proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autómagen positiva. CD: dificultad en el establecimiento de realziones, hipersensibilidad a las críticas, risa hostil, ridiculización de los demás, racionalización de los fracasos.	
Afrontamiento ineficaz	D: incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas que se pondrán en práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.	
Afrontamiento ineficaz de la comunidad	D: patrón de actividades de la comunidad para la adaptación y solución de problemas que resulta inadecuado para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad. CD: conflictos excesivos en la comunidad, incidencia alta de problemas en la comunidad. FR: ausencia de organización comunitaria, exposición a desastres, recursos comunitarios insuficientes.	
Afrontamiento familiar comprometido	D: una persona de referencia que habitualmente brinda apoyo, proporcionando confort, ayuda o estímulo, o una asistencia o estímulo necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su cambio en salud, lo hace de manera insuficiente o ineficaz, o dicho apoyo se ve	
Afrontamiento familiar incapacitante	D: conducta de una persona de referencia (familiar, persona significativa o amigo íntimo) que inhabilita sus propias capacidades y las del paciente para abordar de forma eficaz las tareas esenciales para la adaptación de uno de ellos al cambio en la salud.	
Aflicción crónica	D: patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza generalizada experimentado (por un padre o madre, cuidador, persona con una enfermedad crónica o discapacidad) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.	
Duelo	D: complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan a su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida . CD: alteración en el nivel de actividad, alteración del patrón de sueño, sufrimiento, crecimiento personal, mantenimiento de conexión con la persona fallecida FR: anticipación de la pérdida, muerte de una persona significativa.	
Duelo complicado	D: trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.	
Impotencia	D: experiencia vivida de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado.	
Temor	D: respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.	
Ansiedad	D: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. CD: temor, incertidumbre, sufrimiento, indefensión, angustia. FR: grandes cambios en estado de salud, entrono, rol social, entorno; factores estresantes.	
Síndrome De estrés de traslado	D: trastorno físico y/o psicológico tras el traslado de un entorno a otro. CD: abandono, autoestima baja, depresión, aumento de enfermedades, inseguridad, preocupación, alteración en el patrón de sueño. FR: aislamiento social, Traslado de un entorno a otro, antecedentes de pérdida.	
Planificación ineficaz de las actividades	D: incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones. CD: patrón de dilación, preocupación por la tarea a realizar, recursos insuficientes (económicos, sociales, conocimientos), habilidades organizativas insuficientes. FR: apoyo social insuficiente.	

Dominio 10. Principios vitales	
Sufrimiento espiritual	D: estado de sufrimiento relacionado con el deterioro de la habilidad para experimentar el sentido de la vida a través de las conexiones con el yo, los otros, el mundo o un ser superior.
Sufrimiento moral	D: respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones/acciones ética/morales elegidas.

Dominio 11. Seguridad protección		
Limpieza ineficaz de vías respiratorias	D: incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías respiratorias permeables.	CD: Alteración del patrón respiratorio, cianosis, disnea, sonidos respiratorios anormales, tos ineficaz.
Deterioro de la integridad cutánea	D: alteración de la epidermis y/o dermis.	CD: materias extrañas que perforan la piel, alteración de la integridad de la piel.
Deterioro de la integridad tisular	D: lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema tegumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartilago, cápsula articular y/o ligamento.	CD: destrucción tisular, lesión tisular. FR: alteración sensibilidad, edad, humedad, temperatura, radioterapia, quimioterapia, cirugía, volumen líquidos excesivo o deficiente...
Riesgo de lesión	D: vulnerable a sufrir una lesión como consecuencia de la interacción de las condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona, que puede comprometer la salud.	
Hipotermia	D: temperatura corporal central inferior al rango normal diurno a causa del fallo de termorregulación.	CD: hipotermia en neonatos en 4 grados, grado 1 (36-36,5), 2 (35-35,9), 3 (34-34,9) y 4 (< 34). En adultos leve (32-35), moderada (30-32) y grave (< 30). En pacientes lesionados grave < 32.
Termorregulación ineficaz	D: fluctuación de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia.	
Deterioro de la mucosa oral	D: lesión de los labios, los tejidos blandos de la cavidad bucal y/o la orofaringe.	CD: halitosis, xerostomía, descamación de la mucosa, sangrado, edema oral.
Riesgo de infección	D: vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que puede comprometer la salud.	FR: conocimientos insuficiente para evitar la exposición a patógenos, alteración de la integridad de la piel, enfermedad crónica, procedimiento invasivo.

La escala recomendada por NANDA para valorar el riesgo de UPP es la BRADEN, diferenciando la de niños (riesgo < 17) y la de adultos (Riesgo <18). También NYHA > 1 se asocia a riesgo de UPP, según NANDA.

Dominio 12. Confort	
Dolor agudo	D: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.
Dolor crónico	D: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial con una duración superior a 3 meses .



AULA+

www.aulaplusformacion.es