Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

Octava edición

EDITORES

Cheryl M. Wagner, PhD, MBA/MSN, RN
Adjunct Assistant Professor
The University of Iowa
College of Nursing
Iowa City, Iowa
Adjunct Associate Professor, DNP Program
Chatham University
Pittsburgh, Pennsylvania

Howard K. Butcher, PhD, RN, FAAN
Professor and Director of PhD Program
Christine E. Lynn College of Nursing
Florida Atlantic University
Boca Raton, Florida
Associate Professor Emeritus
The University of Iowa
College of Nursing
Iowa City, Iowa

Mary F. Clarke, PhD, RN-BC, NE-BC
Adjunct Assistant Professor
The University of Iowa
College of Nursing
Iowa City, Iowa
Vice President of Nursing Excellence
HealthLinx
Columbus, Ohio

ELSEVIER

ELSEVIER

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

Nursing Interventions Classification (NIC), 8th edition
© 2024 by Elsevier, Inc. All rights reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.
Previous editions copyrighted 2018, 2013, 2008, 2004, 2000, 1996, 1992 by Elsevier Inc.
ISBN: 978-0-323-88251-4

This translation of *Nursing Interventions Classification (NIC), 8th edition*, by Cheryl M. Wagner, Howard K. Butcher and Mary F. Clarke, was undertaken by Elsevier España, S.L.U. and is published by arrangement with Elsevier Inc.
Esta traducción de *Nursing Interventions Classification (NIC), 8th edition*, de Cheryl M. Wagner, Howard K. Butcher y Mary F. Clarke, 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), 8.ª ed., de Cheryl M. Wagner, Howard K. Butcher y Mary F. Clarke
© 2024 Elsevier España, S.L.U. 2019, 2013, 2009, 2004.
ISBN: 978-84-1382-693-6
eISBN: 978-84-1382-742-1

Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Nota del editor: Elsevier adopta una posición neutral con respecto a disputas territoriales o reclamaciones jurisdiccionales en su contenido publicado, incluidos los mapas y las afiliaciones institucionales.

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 exclusiva responsabilidad. Los profesionales de la salud e investigadores deben siempre contrastar con su propia experiencia y conocimientos la evaluación y el uso de cualquier información, método, compuesto o experimento descrito en esta obra. Los rápidos avances en el conocimiento científico requieren que los diagnósticos y las dosis de fármacos recomendadas sean siempre verificados de manera independiente. Conforme al alcance máximo permitido por la ley, ni Elsevier, ni los autores, editores o colaboradores asumen responsabilidad alguna por la traducción ni por cualquier reclamación por daños que pudieran ocasionarse a personas o propiedades por el uso de productos o por negligencia, o como consecuencia de la aplicación de cualesquiera métodos, productos, instrucciones o ideas contenidos en esta obra. Con el único fin de hacer la lectura más ágil y en ningún caso con una intención discriminatoria, en esta obra se ha podido utilizar el género gramatical masculino como genérico, remitiéndose con él a cualquier género y no solo al masculino.

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

Colaboradora
Leonor Alberola Amores
Enfermera. Profesora, Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Murcia, Murcia, España

Servicios editoriales: DRK Edición

Depósito legal: B. 6.443-2024
Impreso en España

Prefacio

En 2022 celebramos el 30.ª aniversario de la NIC y el 25.º aniversario de la NOC. Desde que se conceptualizó por primera vez en 1987, la NIC no ha dejado de crecer y evolucionar. Esta es la octava edición de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC); las ediciones anteriores se publicaron en 1992, 1996, 2000, 2004, 2008, 2013 y 2018. Joanne M. Dochterman fue la primera editora de las cuatro primeras ediciones, y Gloria M. Bulechek de las ediciones quinta y sexta. Howard K. Butcher se incorporó formalmente al equipo de la NIC a partir de la quinta edición y fue el primer editor de la séptima. En esta nueva edición, Cheryl M. Wagner es la primera editora, tras haber trabajado en las ediciones anteriores desde 2004 y haberse unido formalmente al equipo de la NIC para la sexta edición. Damos la bienvenida a Mary F. Clarke como editora de esta edición. La Dra. Clarke fue miembro del equipo original de la NIC en 1992 y ha contribuido al Centro de Clasificación de Enfermería y Efectividad Clínica (Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness [CNC]) desde sus inicios. Las doctoras Dochterman y Bulechek se han retirado formalmente del equipo de la NIC, pero siguen colaborando cuando se las necesita como consultoras (v. *Sobre las fundadoras*).

La NIC es una clasificación integral que organiza sistemáticamente los tratamientos que realizan las enfermeras. Los sistemas de clasificación son necesarios para organizar la información de tal manera que pueda ser manejada y recuperada para la construcción del conocimiento, identificando las relaciones conceptuales útiles, resolviendo las complejidades y facilitando la toma de decisiones. El trabajo de clasificación conduce a la creación de una taxonomía, esto es, al ordenamiento de cosas, ideas, tiempos o lugares. Carl Linneo, considerado 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 metáfora del carácter orgánico y siempre evolutivo de un sistema de clasificación. La hoja que forma parte del logotipo de la NIC replica la hoja de un árbol del jardín de Linneo.

En esta octava edición de la NIC hemos ampliado y revisado la clasificación gracias a los continuos esfuerzos de investigación por parte de la comunidad enfermera. Las características de esta edición son las siguientes:

- Hay un total de 614 intervenciones en esta edición. Sesenta de las intervenciones son nuevas, y 231 de las intervenciones incluidas anteriormente se han revisado para esta edición (v. en el Apéndice A la lista de intervenciones nuevas, revisadas y retiradas). Muchas de las intervenciones nuevas se crearon cuando surgió la necesidad de disponer de pautas específicas de cuidados de enfermería en situación de pandemia. Las intervenciones revisadas incorporan cambios en las normas de cuidados, la terminología de enfermería y las actividades, y referencias bibliográficas actualizadas. La bibliografía no incluye, ni mucho menos, una lista completa de referencias para ninguna intervención. La bibliografía representa las fuentes que se utilizaron para actualizar la definición y las actividades de la intervención, así como la evidencia de la investigación que apoya el uso de la intervención en la práctica. Nos hemos esforzado por incluir estudios de investigación, en particular metaanálisis y revisiones sistemáticas, en la bibliografía de las intervenciones nuevas o revisadas. Cada intervención tiene un código numérico único para ayudar a la informatización de la NIC y facilitar el reembolso a las enfermeras. En los preliminares se incluye una página con consejos para encontrar la intervención más adecuada.
- En esta edición tenemos la posibilidad de ofrecer el uso de la NIC para proyectos de investigación sin incurrir en gastos de licencia, en conjunción con el Centro de Clasificación de Enfermería y Efectividad Clínica de la Facultad de Enfermería, Iowa City, Iowa. La aprobación del uso en la investigación propia debe obtenerse primero a través del Centro.
- Para esta edición hemos revisado y actualizado las intervenciones utilizando un abordaje que garantiza la singularidad y la similitud de las actividades cuando procede. Por ejemplo, se ha revisado toda la sección de la NIC de *Administración de medicación* (2300-2395) para incluir las mismas actividades iniciales que tendrían lugar cuando los medicamentos son administrados por enfermeras.
- La clase *Manejo de fármacos* (H) pasó a denominarse *Manejo de la medicación* (H) para evitar las connotaciones negativas asociadas a la palabra inglesa *drug* (que quiere decir tanto fármaco como droga), mientras que la clase *Educación de los pacientes* (S) ha pasado a denominarse *Educación para la salud*, de acuerdo con nuestra creencia de que la educación que proporcionan las enfermeras no se limita a los pacientes.
- Una característica esencial de esta edición es nuestra inspiración en el informe *Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity* (Futuro de la enfermería 2020-2030: trazando un camino para lograr la equidad en salud), que nos ha llevado a crear nuevas intervenciones NIC y a revisar las intervenciones NIC actuales para reflejar la necesidad de alcanzar la justicia social. La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la amplitud y la profundidad de las desigualdades en materia de salud y su efecto sobre la salud y el bienestar de las poblaciones. Hubo claros

indicios de que los determinantes sociales de la salud (DSS) afectaron desproporcionadamente a las personas de color, las personas con bajos ingresos, los adultos mayores, los niños y los que viven en zonas rurales. La pandemia puso de manifiesto no solo las vulnerabilidades de los sistemas hospitalarios, sino también las desigualdades y disparidades sanitarias que siempre han estado presentes. Además de las crisis creadas por la pandemia y el trauma que causó a la sociedad en general, décadas de injusticia racial culminaron en trágicos sucesos para las personas de color. Las muertes de George Floyd, Breonna Taylor e innumerables personas más desataron la frustración y la ira hasta entonces contenidas en relación con la desigualdad en Estados Unidos y el resto del mundo. Afirmamos que todas las intervenciones de la NIC deben aplicarse desde la perspectiva de favorecer la equidad sanitaria. Además, hemos incluido una nueva intervención NIC, *Facilitación de la justicia social*, así como otras intervenciones NIC socialmente responsables, para abordar las desigualdades y las preocupaciones sociales (p. ej., *Colaboración con otros profesionales sanitarios, Detección de la trata de seres humanos, Ayuda en el acceso a la historia clínica electrónica, Prevención del reingreso, Prevención de las recidivas, Favorecimiento de la resiliencia: comunidad, Terapia hormonal para personas transgénero*). Ello también se refleja en nuestras actualizaciones; por ejemplo, hemos cambiado *Intermediación cultural* por *Negociación de cuidados culturales*, hemos revisado *Favorecimiento de la resiliencia* para incluir actividades que «refuercen las estrategias de afrontamiento de los factores estresantes de la sociedad», y hemos rediseñado *Desarrollo de la salud de la comunidad* para centrarnos en las necesidades más amplias de la familia y la comunidad.

- En la sección de preliminares se incluye un breve epígrafe en que se reseña la actividad actual de nuestras anteriores editoras (v. *Sobre las fundadoras*).
- La sección *Definiciones de términos* se ha actualizado para incluir definiciones clave en el entorno sanitario actual. En nuestras definiciones y en nuestras NIC nuevas y revisadas hemos empezado a sustituir el uso del término «paciente» por el término «persona», ya que los cuidados de enfermería pueden aplicarse a cualquier persona en cualquier ámbito de necesidad. Además, hemos sustituido el término «médico» por «profesional sanitario» para reflejar con mayor precisión la práctica actual.
- La lista de *Reconocimientos de la octava edición* que figura en los preliminares enumera a las personas que han colaborado en la actualización de las intervenciones. Nos complace haber recibido sugerencias para nuevas intervenciones de personas de varios países. El Apéndice B contiene las directrices para la presentación de una intervención nueva o revisada.
- En esta edición, la Primera Parte, *Revisión y uso de la NIC en la práctica, la formación y la investigación*, se ha actualizado para reflejar información y publicaciones nuevas, y hemos mantenido las *Preguntas frecuentes acerca de la NIC*. Cada una de estas secciones será de interés tanto para usuarios noveles como para usuarios experimentados de la NIC.
- La taxonomía de la NIC, que se incluyó por primera vez en la segunda edición, se ha actualizado para incluir las 60 nuevas intervenciones. En la presente edición, la taxonomía, como en las cinco ediciones anteriores, incluye 7 dominios 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 de la NIC en la página 32.)
- El formato para cada una de las intervenciones es el mismo que en ediciones anteriores. Cada intervención tiene un título o etiqueta, una definición, una lista de actividades que la enfermera podría realizar para llevar a cabo la intervención en un orden secuencial lógico, y una breve lista de referencias bibliográficas. El lenguaje estandarizado 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 permite comunicar información común a diferentes situaciones, pero al mismo tiempo funciona como una herramienta para que las enfermeras individualicen sus cuidados.
- En la Cuarta Parte, la sección de intervenciones centrales según especialidades de enfermería, que ayuda a definir la naturaleza de cada especialidad, se ha actualizado y ampliado con la inclusión de cuatro especialidades: *Enfermería de desastres, Enfermería informática, Enfermería legal y Enfermería de salud para viajes*. Ahora hay un total de 57 especialidades con intervenciones centrales. Además, hemos renombrado varias aéreas especializadas para reflejar los cambios en los nombres de las organizaciones especializadas: *Enfermería ambulatoria* se denomina ahora *Enfermería de cuidados ambulatorios; Enfermería de anestesia* se llama ahora *Anestesiología enfermera/enfermería de cuidados postanestésicos; Enfermería de pacientes quemados* ahora es *Enfermería de quemaduras; Enfermería de instituciones penitenciarias* ha cambiado su nombre a *Enfermería de cuidados penitenciarios; Enfermería de oncología pediátrica* ha pasado a ser *Enfermería hematológica/oncológica pediátrica*, y *Enfermería de heridas y ostomías* se ha cambiado a *Enfermería de heridas, ostomías y continencia*. (Para más información, véase la introducción a las intervenciones centrales en la página 470.)
- 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. Los niveles de formación se han redefinido para reflejar mejor los patrones actuales de formación y práctica. En esta edición se incluyen los tiempos y los niveles de formación para las 614 intervenciones. (Para más información, véase la introducción del tiempo estimado y la formación en la página 502.)
- Esta edición contiene como novedad una Sexta Parte que incluye vínculos de la NIC y la NOC con seis de las condiciones clínicas más costosas y frecuentes: el cáncer de pulmón, la colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn, la enfermedad arterial coronaria, la enfermedad por coronavirus de 2019, la hiperlipidemia y el trastorno por consumo de sustancias.

Confiamos en que los vínculos con las afecciones clínicas sean una sección permanente de las futuras ediciones de la NIC, y agradecemos cualquier sugerencia para futuros vínculos.

- 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, ningún profesional puede esperar realizar todas las que figuran aquí, ni siquiera una parte sustancial de ellas. Muchas de las intervenciones requieren formación especializada o la obtención de la correspondiente licencia, 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 una enfermera siguen siendo necesarias. El uso de la NIC:

- Ayuda a mostrar el impacto de 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 diversas situaciones por distintos profesionales. El uso de un lenguaje estandarizado no inhibe la práctica, más bien comunica la esencia de los cuidados de enfermería 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 de buen grado el *feedback* de nuestros lectores, y contamos con su continua aportación.

Cheryl M. Wagner
Howard K. Butcher
Mary F. Clarke

Sobre las fundadoras

Gloria M. Bulechek
La Dra. Bulechek está disfrutando de sus años de jubilación con su marido, con el que lleva casada muchos años, ya que celebraron su 81.° cumpleaños y su 58.° aniversario de boda en 2022. Les gusta viajar y dividen su tiempo entre su casa junto al lago en Iowa y su casa de invierno en Arizona. Tienen hijos y nietos que les visitan con frecuencia y que les ayudan con el trabajo en sus diversas propiedades. Gloria cuenta que tienen una familia extensa y amigos de toda la vida que viven cerca, por lo que están muy ocupados con eventos sociales. Su salud es buena, aunque los cambios de la edad les están afectando a ella y a su marido. A veces los problemas de movilidad son un inconveniente, pero la práctica habitual de ejercicio la mantiene en forma. Sigue contribuyendo al desarrollo del NIC cuando es necesario.

Joanne M. Dochterman
La Dra. Dochterman, su marido Bruce y su cocker spaniel Wesson llevan una tranquila vida de jubilados. Aunque ambos sufrieron COVID-19 en octubre de 2021, lo que ralentizó un poco sus actividades, ella refiere que tuvo una buena recuperación. Los cambios de la edad también la están afectando, pero le gusta el aeróbic acuático, al que asiste tres veces por semana para mantenerse activa. El año pasado vendieron su cabaña de vacaciones, ya que las exigencias de cuidar de dos viviendas estaban siendo demasiado. Durante un tiempo, Joanne fue mediadora voluntaria en el tribunal de pequeñas reclamaciones, algo que le encantaba, pero la COVID-19 y la dificultad para caminar acabaron con esa experiencia. Ayudan con la entrega de Meals on Wheels una vez a la semana y disfrutan de los deportes televisados, además de ver Netflix. Joanne disfruta bailando *square dancing*, tejiendo, haciendo punto de cruz y resolviendo rompecabezas. Visitan a sus cuatro hijos y nietos siempre que pueden. Hicieron un pequeño crucero en 2021 con amigos, y todos los años van al norte a pescar durante una semana. Dice que está agradecida de poder disfrutar de cada nuevo día. Sigue contribuyendo al desarrollo continuo de la NIC.

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 recogen tanto intervenciones individuales como en equipo; pueden utilizarse en cualquier contexto práctico, independientemente de la orientación filosófica, incluyendo las áreas de problemática social.
- *Basada en la investigación.* La investigación para desarrollar la NIC utilizó un enfoque metodológicamente ecléctico; los métodos empleados 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 y atención sanitaria actual y de las sugerencias de los usuarios y de revisores.
- *Refleja la práctica y la investigación actuales.* Todas las intervenciones van acompañadas de una bibliografía con la investigación científica que respalda cada 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.
- *Estructura organizativa de uso sencillo* (dominios, clases, intervenciones, actividades). Todos los dominios, clases e intervenciones disponen de definiciones. Se han desarrollado principios para mantener la coherencia y cohesión interna de la clasificación; las intervenciones se han codificado numéricamente.
- *Lenguaje claro y con significado clínico.* Se ha seleccionado el lenguaje más útil para la práctica clínica. El lenguaje es intuitivo y refleja claridad en cuestiones conceptuales, como incluir solo 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 Centro de Clasificación de Enfermería y Efectividad Clínica, creado en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Iowa en 1995 por la Junta de Directiva de Iowa, 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.
- *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 ya 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 *Meta-Thesaurus 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 la Facultad de Enfermería de la Universidad de Iowa; ambas, la NIC y la NOC, están en el Centro de Clasificación de Enfermería y Efectividad Clínica (https://nursing.uiowa.edu/center-for-nursing-classification-and-clinical-effectiveness).

- *Incluida en un número creciente de sistemas de información clínica de programas informáticos comerciales.* La SNOMED CT ha incluido la NIC en su sistema de registro multidisciplinar. Hay proveedores que 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 numerosos libros de texto de enfermería, diccionarios electrónicos y motores de búsqueda clínica que se utilizan para definir y planificar el tratamiento de diversas condiciones.
- *Uso global.* La NIC es una clasificación establecida de intervenciones de enfermería con 20 años de uso en numerosos países. Aparte del español, se ha traducido o está en fase de traducción para los siguientes idiomas: alemán, coreano, chino, francés, holandés, indonesio, italiano, japonés, noruego, portugués y turco.

Agradecimientos

La clasificación se refina continuamente para reflejar las mejores prácticas clínicas gracias a 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 reconocimientos.

Agradecemos a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Iowa su apoyo al Centro de Clasificación de Enfermería y Efectividad Clínica, 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 tres ediciones anteriores. Agradecemos a Kathleen Nahm, de Elsevier, nuestra especialista sénior de desarrollo de contenidos, y a Anne Collett, nuestra gestora de proyectos sénior, su ayuda para dar a la clasificación su formato final. Agradecemos a Bonita Allen, nuestra especialista en licencias, todo su trabajo con proveedores y agencias que están implementando la NIC en el ámbito electrónico. También apreciamos todos los esfuerzos realizados por el personal de 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 para el avance del conocimiento enfermero y la calidad de la atención de enfermería.

La ayuda de Noriko Abe, MSN, coordinadora del Centro de Clasificación de Enfermería y Efectividad Clínica de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Iowa, ha sido incalculable en nuestras reuniones del equipo de la NIC, el mantenimiento de unas actas detalladas, el seguimiento de todas las revisiones, el mantenimiento de documentos electrónicos y la preparación del manuscrito para su envío. Este es un trabajo complejo y que requiere mucho tiempo, y ella lo ha gestionado muy bien.

Las personas de NANDA International y de la NOC han seguido realizando valiosas aportaciones, apoyándonos continuadamente en la tarea conjunta establecer los vínculos entre los diagnósticos NANDA-I, los resultados NOC y las intervenciones NIC, todo ello con el objetivo de implementar lenguajes enfermeros estandarizados en la docencia y la práctica de enfermería. También vaya nuestro agradecimiento 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 de diversas 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 octava 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.

Miriam de Abreu Almeida, PhD, RN. Professor, School of Nursing, Graduate Program in Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil

Fernanda de Souza Freitas Abbud, RN. Obstetrics and Gynecology Nurse Practitioner, Member of Research Group on Women's and Newborn Health, School of Nursing, University of Campinas (UNICAMP), São Paulo, Brazil

Nahid Aghebati, PhD, MSc, BSc. Assistant Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Priscilla Alfradique de Souza, PhD, RN. Assistant Professor, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brazil

Regina Allande-Cusso, PhD, RN. Associate Professor, Nursing Department, Universidad de Sevilla, Research Group PAIDI-CTS, Seville, Spain

Maria Milagros Amundarain-Lejarza, RN. Mental Health Nurse, Osakidetza Basque Health Service, Bizkaia Mental Health Network, Durango Mental Health Center, Basque Country, Spain

Leslie Arends, DNP, ARNP, CPNP. Assistant Professor (Clinical), College of Nursing, University of Iowa, Iowa City, Iowa

Amaia Arzubia-Aroma, RN. Nursing Supervisor of Barrualde, Osakidetza Basque Health Service, Bizkaia Mental Health Network, Basque Country, Spain

Graziele R. Bitencourt, PhD, RN. Adjunct Professor, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brazil

Maria Teresa Del Campo-Gonzalo, RN. Mental Health Nurse, Osakidetza Basque Health Service, Bizkaia Mental Health Network, Santurtzi Mental Health Center, Basque Country, Spain

Gregory M. Clancy, DNP, MSN, BSN, RN. Iowa City, Iowa

Erin Cullen, DNP, FNP-C. University of Iowa Hospital and Clinics, Department of Family Medicine, Muscatine Family Care Center, Muscatine, Iowa

Alyssa Davis, BSN, RN. Staff Nurse, University of Iowa Health Care, Iowa City, Iowa

Patrizia Di Giacomo, PhD, MSN, RN. Nursing Tutor, University of Bologna, Bologna, Italy

Suellen Cristina Dias Emidio, PhD. Assistant Professor at Federal University of Tocantins, Nursing Department, Master in Science, Nurse Specialist in Pediatrics and Neonatology, Tocantins, Brazil

Karen Dunn Lopez, PhD, MPH, RN, FAAN. Associate Professor, Director for the Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness, College of Nursing, University of Iowa, Iowa City, Iowa

Maria Izaskun Eraña-Aranaga, RN. Deputy Head of Nursing of Community, Osakidetza Basque Health Service, Bizkaia Mental Health Network, Basque Country, Spain

Özüm Erkin Geyiktepe, PhD, RN. Associate Professor, İzmir Demokrasi University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey

Zahra Fekri. MSc of Elderly Nursing, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Leire Fentanes-Hernandez, RN. Nursing Supervisor of Acute Psychiatric Unit, Osakidetza Basque Health Service Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces Integrated Health Organization, Basque Country, Spain

Fritz Frauenfelder, PhD. RN Deputy Director of Nursing, Therapy, and Social Work Psychiatric University Hospital Zürich, Switzerland

Clara Fróes de Oliveira Sanfelice, PhD, RN. Obstetrics and Gynecology Nurse Practitioner, Assistant Professor and Vice Leader of Research Group on Women's and Newborn Health, School of Nursing, University of Campinas (UNICAMP), São Paulo, Brazil

Amalia Gedney-Lose, DNP, ARNP, FNP-C. Assistant Professor (Clinical), Assistant Director, DNP-FNP Program, College of Nursing, University of Iowa, Iowa City, Iowa

Farneti Giulia, RN. Clinical Nurse, Hospital of Rimini, Rimini, Italy

Ana Manzanas Gutiérrez. Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL), Madrid, Spain

Sonia Herrera-Anaya. Nursing Supervisor of Bilbao, Osakidetza Basque Health Service, Bizkaia Mental Health Network, Basque Country, Spain

Brenda Krogh Duree, PhD, RN. Associate Professor (Instructional), University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, Iowa

Mary Jahrsdoerfer, PhD, RN. Chief Nursing Information Officer, Bernoulli Health, Milford, Connecticut, and Director of Graduate Studies Healthcare Informatics, Assist. Clinical Professor of Healthcare Informatics, College of Nursing and Public Health, Adelphi University, Garden City, New York

M. Lindell Joseph, PhD, RN, FAAN, FAONL. Professor (Clinical), Director, Health Systems/Administration Program, College of Nursing, University of Iowa, Iowa City, Iowa

Elem Kocacal, PhD, RN. Associate Professor, İzmir Demokrasi University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey

Maria del Puy Lopez-Zabarte, RN. Mental Health Nurse of Osasun Eskola, Osakidetza Basque Health Service, Subdirectorate of Coordination of Primary Care, Directorate General, Basque Country, Spain

Pilar Lozano, PhD, RN. Therapeutic Community of Mental Health, Cádiz, School of Nursing and Physiotherapy, University Hospital of Puerto Real, University of Cádiz, Cádiz, Spain

Juana Macías-Seda, PhD, RN. Associate Professor, Nursing Department, Universidad de Sevilla/University of Seville, Research Group PAIDI-CTS, Seville, Spain

María del Pilar Vallés Martínez. Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL), Madrid, Spain

Özlem Metreş, PhD, RN. The Turkish Republic of Demiroglu Bilim University, Faculty of Health Sciences, İstanbul, Turkey

Janice Miller, MSN, RN. Lecturer (Instructional), University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, Iowa

Vanessa Monteiro Mantovani, PhD, MSc. RN. Social Projects Nurse, Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil

Vítor Monteiro Moraes, RN. Critical Care Nursing Specialist, Master's degree student in Nursing, School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brazil

Elizabeth Moore, BSN, RN, MBA. Associate Director, Heart and Vascular Center, University of Iowa Health Care, Iowa City, Iowa

Sue Moorhead, PhD, FAAN, RN. Associate Professor Emerita, University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, Iowa

Begoña Morales-Domaica. Deputy Head of Nursing of Zamudio Hospital, Osakidetza Basque Health Service, Bizkaia Mental Health Network, Basque Country, Spain

Maria Concepcion Moreno-Calvete, RN. Deputy Director of Research and Innovation, Biocruces Bizkaia Health Research Institute, Osakidetza Basque Health Service, Bizkaia Mental Health Network, Basque Country, Spain

Megyn L. Moser, RN, BSN. Labor and Delivery Nurse, Davenport, IA

Maritza Barroso Niño. Docente, Escuela de Enfermería, Fundación Universitaria Juan N. Copras, Bogotá, Colombia

María Antonina Román Ochoa, Dean. Escuela de Enfermería, Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Bogotá, Colombia

Aurora Oña-Garcia, RN. Nursing Supervisor of Uribe, Osakidetza Basque Health Service, Bizkaia Mental Health Network, Basque Country, Spain

Nilüfer Özgürbüz, PhD, RN. Assistant Professor, İzmir Tınaztepe University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey

Ana María Porcel- Gálvez, PhD, RN. Associate Professor, Nursing Department, Universidad de Sevilla/University of Seville, Research Group PAIDI-CTS, Seville, Spain

Luisa Anna Rigon, MSN, RN. President and CEO of Formazione in Agorà – Scuola di Formazione alla Salute-Padua, Padua, Italy

Luciane Cristina Rodrigues Fernandes. Obstetrics and Gynecology Nurse Practitioner, Doctoral Student and Member of Research Group on Women's and Newborn Health, School of Nursing, University of Campinas-UNICAMP, São Paulo, Brazil

Ana Isabel Rodriguez-Iturrizar, RN. Director of Nursing, Osakidetza Basque Health Service, Bizkaia Mental Health Network, Basque Country, Spain

Isidro García Salvador. Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL), Madrid, Spain

Cristina Santin. Doctoral student, MSN, RN, Nursing Tutor, University of Padua, Padua, Italy

Clarissa Shaw, PhD, RN. Assistant Professor, University of Iowa College of Nursing, Iowa City, Iowa

Monalisa Sosnoski, MSN, RN. Doctoral Student in Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil; Blood Bank, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil

Syeda Thomas, PhD, RN, CCRN. Associate Professor (Instructional), University of Iowa College of Nursing, Iowa City, Iowa.

VaShawna Thomas, MSN/Ed, RN. Nurse Educator, Memorial Hospital- Jacksonville/Jersey College, Jacksonville, Florida

Elenice Valentim Carmona, PhD, RN. Neonatal Clinical Nurse, Obstetrics and Gynecology Nurse Practitioner, Assistant Professor and Leader of Research Group on Women's and Newborn Health, School of Nursing, University of Campinas (UNICAMP), São Paulo, Brazil

John J. Wagner, MA, RN. Director of Psychiatric Nursing, University of Iowa Health Care, Iowa City, Iowa

Suzan Yıldız, PhD, RN. Istanbul University-Cerrahpasa, Florence Nightingale Faculty of Nursing, Department of Child Health and Diseases Nursing, İstanbul, Turkey

Definiciones de términos

TÉRMINOS DE LA CLASIFICACIÓN

Intervención de enfermería

Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza una enfermera para mejorar el resultado de salud. 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 la persona o con un grupo de personas. 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 de la persona, pero en beneficio de la persona o de un grupo de personas. Las intervenciones de enfermería indirectas incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente asistencial 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 de la persona en una forma previsible relacionada con el diagnóstico de enfermería y los resultados proyectados. Tales acciones incluirían los tratamientos iniciados por enfermeras especialistas.

Un *tratamiento puesto en marcha por el profesional sanitario* es una intervención iniciada por un profesional sanitario en respuesta a un diagnóstico médico pero llevada a cabo por una enfermera en respuesta a una «prescripción del profesional». Las enfermeras también pueden llevar a cabo tratamientos iniciados por otros proveedores de cuidados, como enfermeras de práctica avanzada, 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 a la persona a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta. Para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades.

Clasificación de las intervenciones de enfermería

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

Taxonomía de las intervenciones de enfermería

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

OTROS TÉRMINOS

Comunidad

Población interactiva con las relaciones que surgen y las relaciones entre los miembros del grupo que se desarrollan mientras comparten un entorno físico común y algunos organismos e instituciones (p. ej., escuela, departamento de bomberos, colegio electoral).

Cuidador

Miembro de la familia, allegado, amigo u otra persona que cuida a otra persona o actúa en su nombre.

Familia

Dos o más personas relacionadas por vínculos biológicos o legales o por elección que tienen la expectativa social de socializar, enculturarse y cuidar a sus miembros.

Persona o paciente

Una persona es cualquier individuo, grupo, familia o comunidad que constituye el centro de la intervención de enfermería. En este texto se utilizan los términos: *paciente, individuo, consumidor de atención sanitaria, receptor de cuidados* y *persona,* pero en algunas situaciones puede preferirse el término *cliente* u otra palabra. Los usuarios de la NIC son libres de utilizar el término más adecuado en su entorno de trabajo.

Profesionales sanitarios

Personal profesional y auxiliar que recibe una retribución por prestar servicios de atención sanitaria.

Progenitor

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

Cómo encontrar una intervención

Esta edición de la clasificación contiene 614 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).

Revisando 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).

Seleccionando los ***vínculos con condiciones clínicas:*** si se tiene interés en una condición de salud que aparece en la lista (v. Sexta 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, 2) características del diagnóstico enfermero, 3) investigación sobre la intervención, 4) factibilidad de la intervención, 5) aceptación por parte de la persona y 6) capacitación de la enfermera. En la Primera Parte se explican estos factores.

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 57 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 Anestesiología enfermera/enfermería de cuidados postanestésicos, Enfermería matrona 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 del parto, Manejo de la tecnología reproductiva, Manejo del dolor de parto, 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, Prescripción de medicación, Desprescripción de 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 ácido-base, Monitorización fetal electrónica: antes del parto, Monitorización hemodinámica invasiva, Monitorización neurológica, Seguimiento de la política sanitaria, Vigilancia, Vigilancia: al final del embarazo* y *Vigilancia: monitorización remota*). 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 para la salud* 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 *Apoyo en la toma de decisiones, Ayuda para dejar de fumar, Cribado de salud, Cuidados del adolescente, Cuidados del niño, Educación parental: adolescentes, Educación parental: crianza familiar de los niños, Educación parental: lactante, Entrenamiento en salud, Facilitación del aprendizaje, Facilitación de la autorresponsabilidad, Favorecimiento del ejercicio, Favorecimiento de la salud bucal, Identificación de riesgos, Manejo de la vacunación, Manejo de la nutrición, Manejo del peso, Orientación anticipatoria* y *Prevención del consumo de sustancias nocivas. Prescripción de medicación, Desprescripción de 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, Facilitación de la meditación, Fitoterapia, Hipnosis, Masaje, Reiki, Tacto curativo, Tacto terapéutico, Terapia de baile, Terapia de jardinería, Terapia de relajación, Visualización guiada, Yoga* y *Yoga de la risa.* Muchas de estas intervenciones están incluidas en la clase *Favorecimiento del confort psicológico.* 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, conductas de naturaleza administrativa. Una intervención de cuidados indirectos consiste en un tratamiento realizado directamente por un profesional lejos de la persona, pero en beneficio de una persona o de un grupo de personas; 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. 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 dominio taxonómico Sistema sanitario, por ejemplo, *Control de calidad, Delegación, Evaluación de compañeros, Gestión de la cadena de suministro, Gestión de la competencia, Reunión de seguridad* 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 de la persona a la que atiende, pero en el domicilio, tratando a toda la familia, el profesional de enfermería puede proporcionar esta intervención como atención directa. 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 la persona que gestiona el 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 614 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, diversos tipos de poblaciones (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 «Extraer las secreciones por métodos adecuados (p. ej., tos; aspiración de las áreas orofaríngea, nasofaríngea, traqueal, endotraqueal». Hay otra intervención en la NIC, *Aspiración de la vía aérea,* que está definida como «Extracción de secreciones de la vía aérea 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 una persona 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 una persona determinada utilizando los seis factores descritos en el apartado *Uso de la NIC en la práctica. Selección de 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 del drenaje: gastrointestinal* es un tipo de *Cuidados del drenaje*), las actividades más pertinentes son incluidas en la intervención más concreta, de manera que esta pueda consultarse de forma independiente. 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.

Con esta edición hemos puesto en marcha un proceso de revisión de clases de intervenciones estrechamente relacionadas a medida que se nos envían nuevas intervenciones, para garantizar aún más la singularidad. Por ejemplo, al estudiar la nueva activi-

dad NIC *Vigilancia: monitorización con vídeo*, revisamos todas las intervenciones NIC de vigilancia existentes para confirmar que el nuevo contenido no figuraba en ninguna intervención NIC existente. Este proceso generó una actualización de todas las intervenciones NIC de vigilancia.

9. *Al iniciar 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 durante sus estudios y que ha ido perfeccionando según lo que funciona mejor en su caso y para su población típica. 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 de la persona respecto a ellos, y posteriormente se escojan las intervenciones y las actividades adecuadas, aplicándolas y luego valorando de nuevo los resultados. Si se desea fijar indicadores, estos pueden derivarse de los resultados de la NOC (p. ej., la persona 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 haya que 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 *Cuidados 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 de la persona 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 la práctica?* Sí. El título o etiqueta y la definición de cada intervención siguen un lenguaje estandarizado, ya que deben ser los mismos para todas las personas y para todas las situaciones. No obstante, 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 estandarizado 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 personas 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 están pensadas a nivel de procedimientos específicos, y es posible que algunos centros deseen ser más concretos 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 las personas 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 hemos puesto en marcha un proyecto para evaluar sistemáticamente la viabilidad de la estandarización de las actividades utilizando la cuarta edición (2004). 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 presentó una muestra al equipo de la NIC para su revisión. Este enfoque reveló un pequeño número de problemas ortotipográficos (p. ej., ausencia de comas antes de «según corresponda» o «según sea necesario»), y un número también 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, en la NIC la estandarización se sitúa a nivel del título/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. Cada actividad se ha escrito para una intervención específica, y tiene significado para el contexto de la intervención específica.
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.

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 fácil acceso a un ejemplar 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 que debe animarse 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 de la institución sanitaria. 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 tipo de población, tipo de unidad, resultado, vía clínica, etc.). Los ordenadores pueden incorporar fácilmente diversas herramientas de ayuda a la toma de decisiones clínicas. La documentación informática y estandarizada de lo que hacemos por nuestros pacientes permite que los profesionales construyan bases de datos institucionales, estatales y regionales, para efectuar una investigación eficaz. Si una institución no está informatizada, ayúdela a informatizarse, pero no espere a tener ordenador para empezar a 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 al nivel de intervención. 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 la persona y la 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 cuántos pasos dar a la vez en un momento determinado, 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 asimilarlos. Por otra parte, puede no ser prudente realizar solo pequeños cambios durante un tiempo prolongado. Se desaconseja duplicar los registros (registrar lo mismo en más de un lugar). Siempre es buena idea hacer una prueba piloto para resolver los problemas iniciales (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 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 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. Elsevier procesa las peticiones de permisos para utilizar la clasificación. Véase, en la parte interior de la cubierta, la dirección de contacto para el permiso de uso y licencias.

Cuando empezamos a trabajar en la clasificación NIC no teníamos idea de la magnitud de la tarea, 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, permite disponer de los recursos y de los contactos para producir un libro, distribuirlo y comercializarlo, así como de los recursos y del personal legal para tramitar las peticiones de permisos 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, sino 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 ejemplares (p. ej., uno por unidad).

Con esta edición tenemos la posibilidad de ofrecer el uso de la NIC en proyectos de investigación sin incurrir en gastos de licencia, conjuntamente con el Centro de Clasificación de Enfermería y Efectividad Clínica de la Facultad de Enfermería, Iowa City, Iowa. La aprobación del uso en la investigación propia debe obtenerse primero a través del Centro.

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 pago alguno. 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 Centro de Clasificación de Enfermería y Efectividad Clínica 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 informático; 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, 5.ª edición (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 las tengan en cuenta 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 disponer de 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 recursos del dominio público no reciben 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 disponer de ingresos para financiar una tarea continuada de mantenimiento.

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 mapear distintos vocabularios (p. ej., NIC y el Omaha System), que pueden entonces compararse entre sí. 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 están pensados 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 eso.

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, cuadro 1.

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 los cuidados sanitarios los suministran equipos interprofesionales?*** En ocasiones, oímos comentarios como «no podemos utilizar nada que esté etiquetado y provenga de enfermería cuando actualmente todo va hacia la interprofesionalidad». Estos comentarios, más que de médicos u otros profesionales relevantes del terreno interprofesional, los hemos oído de las propias enfermeras. Al mismo tiempo, se asume que el uso del lenguaje médico no viola este principio artificial de interprofesionalidad. Nosotros creemos que las enfermeras que sean miembros de un equipo interprofesional encargado del desarrollo y la implantación de un registro informatizado integrado de la atención 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 evitar hablar sobre estas iniciativas de enfermería; más bien deben seguir haciéndolo y ofrecerlas a los demás como una contribución de la enfermería al objetivo interprofesional de una historia clínica electrónica 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 relevantes a todas las disciplinas. 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 las intervenciones. Aclarar 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 a la persona, sino que, desde una perspectiva disciplinar, la persona es importante porque puede verse afectada 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 su 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, 31

TERCERA PARTE Clasificación, 55

CUARTA PARTE Intervenciones centrales según especialidades de enfermería, 493

QUINTA PARTE Tiempo estimado y nivel de formación necesarios para realizar las intervenciones de la NIC, 525

SEXTA PARTE Intervenciones de enfermería y resultados de enfermería vinculados a condiciones clínicas, 539

SÉPTIMA PARTE Apéndices, 553

A: Intervenciones: nuevas, revisadas y suprimidas desde la séptima edición, 554

B: Guías para la presentación de una intervención nueva o revisada de la NIC, 558

C: Secuencia cronológica y momentos destacados de la NIC, 561

D: Abreviaturas, 565

E: Ediciones y traducciones previas, 567

Índice alfabético, 569

Índice detallado

PRIMERA PARTE REVISIÓN Y USO DE LA NIC EN LA PRÁCTICA, LA FORMACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN, 1

Descripción de la NIC, 2
Centro de Clasificación de Enfermería y Efectividad Clínica, 4
Desarrollo de la Clasificación NIC, 5
Indicadores de la utilidad de la NIC, 5
Uso de la NIC en la práctica, 5
Selección de una intervención, 5
Implementación de la NIC en un centro asistencial, 8
Uso de un modelo de lenguaje estandarizado, 10
Uso de la NIC en la educación, 15
Uso de la NIC en los modelos de razonamiento clínico, 17
Uso de la NIC en la investigación, 18
Conclusión, 26

SEGUNDA PARTE TAXONOMÍA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA, 31

Introducción a la taxonomía NIC, 32

TERCERA PARTE CLASIFICACIÓN, 55

Acompañamiento físico, 56
Acuerdo sobre la conducta, 56
Acupresión, 57
Administración de analgésicos, 57
Administración de analgésicos: intraespinal, 59
Administración de anestesia, 59
Administración de enema, 60
Administración de hemoderivados, 61
Administración de medicación, 62
Administración de medicación: cutánea, 63
Administración de medicación: disco intraocular, 63
Administración de medicación: enteral, 64
Administración de medicación: infusión subcutánea continua, 65
Administración de medicación: inhalatoria, 66
Administración de medicación: intradérmica, 67
Administración de medicación: intraespinal, 68
Administración de medicación: intramuscular (i.m.), 69
Administración de medicación: intraósea, 70
Administración de medicación: intrapleural, 71
Administración de medicación: intravenosa (i.v.), 72
Administración de medicación: nasal, 73
Administración de medicación: oftálmica, 74
Administración de medicación: oral, 75
Administración de medicación: ótica, 76
Administración de medicación: rectal, 77
Administración de medicación: reservorio ventricular, 78
Administración de medicación: subcutánea, 79
Administración de medicación: vaginal, 79
Administración de nutrición parenteral total (NPT), 80
Aislamiento, 81
Alimentación, 82
Alimentación con biberón, 82
Alimentación con taza: recién nacido, 83
Alimentación enteral por sonda, 84
Amnioinfusión, 85
Aplicación de calor o frío, 85
Apoyo a la familia, 86
Apoyo al cuidador, 87
Apoyo al procedimiento: lactante, 87
Apoyo de hermanos, 88
Apoyo emocional, 88
Apoyo en la protección contra abusos, 89
Apoyo en la protección contra abusos: ancianos, 90
Apoyo en la protección contra abusos: niños, 91
Apoyo en la protección contra abusos: pareja, 93
Apoyo en la protección contra abusos: religioso, 94
Apoyo en la toma de decisiones, 94
Apoyo espiritual, 95
Apoyo para la consecución del sustento, 96
Aromaterapia, 96
Arteterapia, 97
Asesoramiento, 97
Asesoramiento antes de la concepción, 98
Asesoramiento en la lactancia, 99
Asesoramiento nutricional, 100
Asesoramiento sexual, 101
Asistencia en el mantenimiento del hogar, 101
Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP), 102
Asistencia quirúrgica, 102
Aspiración de la vía aérea, 103
Autorización de seguros, 104
Autotransfusión, 104
Ayuda a la ventilación, 105
Ayuda con el autocuidado, 106

Ayuda con el autocuidado: micción/defecación, 107
Ayuda con el autocuidado: transferencia, 107
Ayuda con recursos económicos, 108
Ayuda en el acceso a la historia clínica electrónica, 108
Ayuda en la exploración, 109
Ayuda en la modificación de sí mismo, 109
Ayuda para dejar de fumar, 110
Ayuda para el control de la ira, 111
Ayuda para ganar peso, 112
Ayuda para perder peso, 113
Baño, 114
Biblioterapia, 114
Biorretroalimentación, 115
Cambio de posición, 116
Cambio de posición: decúbito prono, 116
Cambio de posición: intraoperatorio, 117
Cambio de posición: neurológico, 118
Cambio de posición: silla de ruedas, 119
Clarificación de valores, 120
Colaboración con otros profesionales sanitarios, 120
Comprobación de sustancias controladas, 121
Conciliación de medicación, 121
Consejo genético, 122
Consulta, 123
Consulta mediante telecomunicación, 123
Contacto, 124
Contención de los costes, 125
Control de calidad, 125
Control de infecciones, 126
Control de infecciones: intraoperatorio, 127
Coordinación preoperatoria, 128
Cribado de salud, 128
Cribado visual, 129
Cuidados cardíacos, 130
Cuidados cardíacos: agudos, 131
Cuidados cardíacos: rehabilitación, 132
Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico, 132
Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial, 133
Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa, 134
Cuidados de canguro (del niño prematuro), 134
Cuidados de enfermería al ingreso, 135
Cuidados de la circuncisión, 136
Cuidados de la incontinencia intestinal, 137
Cuidados de la incontinencia intestinal: encopresis, 137
Cuidados de la incontinencia urinaria, 138
Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis, 138
Cuidados de la ostomía, 139
Cuidados de la piel: productos absorbentes, 140
Cuidados de la piel: tratamiento tópico, 141
Cuidados de la piel: zona del injerto, 142
Cuidados de la piel: zona donante, 142
Cuidados de la retención urinaria, 143
Cuidados de las amputaciones, 143
Cuidados de las heridas, 144
Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización, 145
Cuidados de las heridas: drenaje cerrado, 145
Cuidados de las heridas: protección, 146
Cuidados de las heridas: quemaduras, 147
Cuidados de las lentes de contacto, 147
Cuidados de las lesiones por presión, 148
Cuidados de las uñas, 149
Cuidados de los oídos, 149
Cuidados de los ojos, 150
Cuidados de los pies, 151
Cuidados de los yesos: mantenimiento, 152
Cuidados de los yesos: yeso húmedo, 152
Cuidados de relevo, 153
Cuidados de tracción/inmovilización, 153
Cuidados del adolescente, 154
Cuidados del cabello y del cuero cabelludo, 154
Cuidados del drenaje, 155
Cuidados del drenaje: gastrointestinal, 155
Cuidados del drenaje: torácico, 156
Cuidados del drenaje: umbilical, 157
Cuidados del drenaje: urinario, 158
Cuidados del drenaje: ventriculostomía/lumbar, 158
Cuidados del embarazo de alto riesgo, 159
Cuidados del embolismo: periférico, 160
Cuidados del embolismo: pulmonar, 161
Cuidados del lactante, 162
Cuidados del lactante: ayuda para la exploración ocular, 162
Cuidados del lactante: prematuro, 163
Cuidados del lactante: recién nacido, 164
Cuidados del niño, 165
Cuidados del paciente encamado, 166
Cuidados del parto por cesárea, 166
Cuidados del sitio de incisión, 167
Cuidados del trauma por una agresión sexual, 167
Cuidados en el duelo, 168
Cuidados en la agonía, 169
Cuidados en la emergencia, 169
Cuidados intraparto, 170
Cuidados intraparto: parto de alto riesgo, 171
Cuidados perineales, 172
Cuidados por interrupción del embarazo, 172
Cuidados posparto, 173
Cuidados *post mortem*, 174
Cuidados postanestesia, 174
Cuidados prenatales, 175
Dar esperanza, 176
Declaración, 176
Declarar la verdad al paciente, 177
Defensa de la salud de la comunidad, 177
Delegación, 178
Derivación, 178
Desarrollo de interacciones empáticas, 179
Desarrollo de la salud de la comunidad, 180
Desarrollo de un programa, 180
Desarrollo de vías clínicas, 181
Desprescripción de medicación, 181
Destete de la ventilación mecánica, 182

Detección de la trata de seres humanos, 183
Disminución de la ansiedad, 183
Disminución de la flatulencia, 184
Disminución de la hemorragia, 185
Disminución de la hemorragia: digestiva, 185
Disminución de la hemorragia: epistaxis, 186
Disminución de la hemorragia: heridas, 186
Disminución de la hemorragia: útero anteparto, 187
Disminución de la hemorragia: útero posparto, 187
Disminución del estrés por traslado, 188
Distracción, 189
Documentación, 189
Documentación: reuniones, 190
Ecografía: obstétrica y ginecológica, 191
Ecografía: vejiga urinaria, 191
Educación para la salud, 192
Educación parental: adolescentes, 193
Educación parental: crianza familiar de los niños, 194
Educación parental: lactante, 195
Ejercicios del suelo pélvico, 196
Elogio, 196
Enseñanza: control de infecciones, 197
Enseñanza: desarrollo del lactante (0-3 meses), 198
Enseñanza: desarrollo del lactante (4-6 meses), 198
Enseñanza: desarrollo del lactante (7-9 meses), 199
Enseñanza: desarrollo del lactante (10-12 meses), 199
Enseñanza: desarrollo en la primera infancia (1-5 años), 200
Enseñanza: desarrollo en la infancia media (6-12 años), 200
Enseñanza: desarrollo del adolescente (12-21 años), 201
Enseñanza: dieta prescrita, 201
Enseñanza: ejercicio prescrito, 202
Enseñanza: entrenamiento del control de esfínteres, 203
Enseñanza: grupo, 203
Enseñanza: habilidad psicomotora, 204
Enseñanza: individual, 204
Enseñanza: medicamentos prescritos, 205
Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses), 206
Enseñanza: nutrición del lactante (4-6 meses), 207
Enseñanza: nutrición del lactante (7-9 meses), 207
Enseñanza: nutrición del lactante (10-12 meses), 207
Enseñanza: nutrición del niño (13-18 meses), 208
Enseñanza: nutrición del niño (19-24 meses), 208
Enseñanza: nutrición del niño (25-36 meses), 208
Enseñanza: nutrición en la primera infancia (1-5 años), 209
Enseñanza: nutrición en la infancia media (6-12 años), 209
Enseñanza: nutrición del adolescente (12-21 años), 210
Enseñanza: preoperatoria, 210
Enseñanza: prevención de las lesiones deportivas, 211
Enseñanza: procedimientos o tratamientos, 212
Enseñanza: proceso de enfermedad, 212
Enseñanza: relaciones sexuales seguras, 213
Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses), 214
Enseñanza: seguridad del lactante (4-6 meses), 214
Enseñanza: seguridad del lactante (7-9 meses), 215
Enseñanza: seguridad del lactante (10-12 meses), 215
Enseñanza: seguridad del niño (13-18 meses), 215
Enseñanza: seguridad del niño (19-24 meses), 216
Enseñanza: seguridad del niño (25-36 meses), 216
Enseñanza: seguridad en la primera infancia (1-5 años), 217
Enseñanza: seguridad en la infancia media (6-12 años), 217
Enseñanza: seguridad del adolescente (12-21 años), 217
Enseñanza: sexualidad, 218
Entrenamiento autógeno, 219
Entrenamiento de la asertividad, 219
Entrenamiento de la memoria, 220
Entrenamiento de la vejiga urinaria, 220
Entrenamiento del hábito urinario, 221
Entrenamiento en salud, 221
Entrenamiento para controlar los impulsos, 222
Entrevista motivacional, 222
Escucha activa, 223
Establecimiento de límites, 224
Establecimiento de objetivos comunes, 224
Estimulación cognitiva, 225
Estimulación cutánea, 225
Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), 226
Etapas en la dieta, 226
Etapas en la dieta: cirugía para la pérdida de peso, 227
Evaluación de compañeros, 227
Evaluación de productos, 228
Exploración mamaria, 228
Extubación endotraqueal, 229
Extubación endotraqueal: paliativa, 230
Facilitación de la autohipnosis, 231
Facilitación de la autorresponsabilidad, 231
Facilitación de la cuarentena, 232
Facilitación de la justicia social, 232
Facilitación de la meditación, 233
Facilitación de la presencia de la familia, 234
Facilitación de la superación de la aflicción, 235
Facilitación de la superación de la aflicción: muerte perinatal, 235
Facilitación de la superación de la culpa, 236
Facilitación de las visitas, 236
Facilitación de los permisos, 237
Facilitación del aprendizaje, 238
Facilitación del crecimiento espiritual, 238
Facilitación del desarrollo profesional, 239
Facilitación del distanciamiento físico, 239
Facilitación del perdón, 240
Favorecimiento de la implicación familiar, 241
Favorecimiento de la integridad familiar, 241
Favorecimiento de la integridad familiar: familia con recién nacido, 242
Favorecimiento de la mecánica corporal, 243
Favorecimiento de la normalización, 243
Favorecimiento de la perfusión cerebral, 244
Favorecimiento de la resiliencia, 245
Favorecimiento de la resiliencia: comunidad, 246
Favorecimiento de la salud oral, 246
Favorecimiento de la seguridad en el vehículo, 247
Favorecimiento del apego, 248

Favorecimiento del ejercicio, 249
Favorecimiento del ejercicio: entrenamiento de fuerza, 250
Favorecimiento del ejercicio: estiramientos, 251
Favorecimiento del rol parental, 251
Fisioterapia torácica, 252
Fitoterapia, 253
Flebotomía: donación de sangre, 253
Flebotomía: muestra de sangre venosa, 254
Fototerapia: neonato, 255
Fototerapia: piel, 255
Fototerapia: regulación del estado de ánimo, 256
Gestión de casos, 257
Gestión de la cadena de suministro, 257
Gestión de la competencia, 258
Gestión de los recursos económicos, 259
Gestión del protocolo de investigación, 259
Grupo de apoyo, 260
Hipnosis, 261
Humor, 262
Identificación de riesgos, 263
Identificación de riesgos: enfermedades infecciosas, 263
Identificación de riesgos: familia con recién nacido, 264
Identificación de riesgos: genéticos, 265
Identificación del paciente, 265
Inducción del parto, 266
Inducción e intubación en secuencia rápida, 266
Información preparatoria: sensorial, 267
Informe de incidencias, 267
Infusión de células madre, 268
Inmovilización, 269
Intercambio de información de cuidados de salud, 269
Interpretación de datos de laboratorio, 269
Intervención en caso de crisis, 270
Intubación y estabilización de la vía aérea, 271
Irrigación de heridas, 272
Irrigación de la vejiga urinaria, 272
Irrigación de los oídos, 273
Irrigación de los ojos, 273
Irrigación nasal, 274
Llevar un diario, 275
Ludoterapia, 276
Manejo ambiental, 277
Manejo ambiental: comunidad, 278
Manejo ambiental: prevención de la violencia, 278
Manejo ambiental: seguridad, 279
Manejo ambiental: seguridad del trabajador, 279
Manejo de electrólitos, 280
Manejo de electrólitos: hipercalcemia, 281
Manejo de electrólitos: hiperfosfatemia, 282
Manejo de electrólitos: hipermagnesemia, 282
Manejo de electrólitos: hipernatremia, 283
Manejo de electrólitos: hiperpotasemia, 284
Manejo de electrólitos: hipocalcemia, 284
Manejo de electrólitos: hipofosfatemia, 286
Manejo de electrólitos: hipomagnesemia, 287
Manejo de electrólitos: hiponatremia, 287
Manejo de electrólitos: hipopotasemia, 288
Manejo de enfermedades transmisibles, 289
Manejo de la alergia, 290
Manejo de la anafilaxia, 291
Manejo de la arritmia, 291
Manejo de la conducta, 292
Manejo de la conducta: autolesión, 293
Manejo de la conducta: falta de atención e hiperactividad, 294
Manejo de la conducta: sexual, 295
Manejo de la demencia, 295
Manejo de la demencia: baño, 296
Manejo de la demencia: deambulación errática, 297
Manejo de la desatención unilateral, 298
Manejo de la diarrea, 299
Manejo de la disreflexia, 299
Manejo de la eliminación urinaria, 300
Manejo de la energía, 300
Manejo de la hiperglucemia, 302
Manejo de la hiperlipidemia, 302
Manejo de la hipertensión, 303
Manejo de la hipertermia, 304
Manejo de la hipervolemia, 305
Manejo de la hipoglucemia, 306
Manejo de la hipotensión, 307
Manejo de la hipotermia, 308
Manejo de la hipovolemia, 308
Manejo de la instrumentación quirúrgica, 309
Manejo de la medicación, 310
Manejo de la medicación: cannabis medicinal, 311
Manejo de la medicación: dispositivo de infusión portátil, 311
Manejo de la nutrición, 312
Manejo de la parada cardiorrespiratoria, 313
Manejo de la quimioterapia, 314
Manejo de la radioterapia, 315
Manejo de la sedación, 316
Manejo de la sensibilidad periférica alterada, 317
Manejo de la tecnología, 318
Manejo de la tecnología reproductiva, 318
Manejo de la terapia electroconvulsiva, 319
Manejo de la terapia trombolítica, 320
Manejo de la termorregulación, 321
Manejo de la vacunación, 322
Manejo de la ventilación mecánica: invasiva, 323
Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva, 324
Manejo de la ventilación mecánica: prevención de la neumonía, 325
Manejo de la vía aérea, 326
Manejo de la vía aérea artificial, 327
Manejo de las alucinaciones, 328
Manejo de las convulsiones, 328
Manejo de las ideas delirantes, 329
Manejo de las náuseas, 329
Manejo de líquidos, 330
Manejo de líquidos/electrólitos, 331

Manejo de los trastornos de la alimentación, 332
Manejo de muestras, 333
Manejo del acceso venoso central: inserción central, 334
Manejo del acceso venoso central: inserción periférica, 334
Manejo del apaciguamiento, 335
Manejo del asma, 336
Manejo del confort, 337
Manejo del delirium, 337
Manejo del desfibrilador: externo, 338
Manejo del desfibrilador: interno, 339
Manejo del dolor: agudo, 340
Manejo del dolor: crónico, 341
Manejo del dolor de parto, 341
Manejo del edema cerebral, 342
Manejo del equilibrio ácido-base, 343
Manejo del equilibrio ácido-base: acidosis metabólica, 344
Manejo del equilibrio ácido-base: acidosis respiratoria, 345
Manejo del equilibrio ácido-base: alcalosis metabólica, 346
Manejo del equilibrio ácido-base: alcalosis respiratoria, 347
Manejo del estado de ánimo, 348
Manejo del estreñimiento, 349
Manejo del marcapasos: permanente, 350
Manejo del marcapasos: temporal, 351
Manejo del pesario, 352
Manejo del peso, 353
Manejo del prolapso rectal, 354
Manejo del prurito, 354
Manejo del riesgo cardíaco, 355
Manejo del shock, 356
Manejo del shock: cardíaco, 357
Manejo del shock: sepsis, 357
Manejo del shock: vasogénico, 358
Manejo del shock: volumen, 359
Manejo del síndrome premenstrual (SPM), 360
Manejo del torniquete neumático, 360
Manejo del vómito, 361
Manejo intestinal, 362
Mantenimiento de la salud oral, 363
Mantenimiento de procesos familiares, 363
Mantenimiento del acceso para diálisis, 364
Marketing social, 364
Masaje, 365
Masaje abdominal, 365
Mediación de conflictos, 366
Mejora de la alfabetización en salud, 366
Mejora de la autoconciencia, 367
Mejora de la autoeficacia, 368
Mejora de la autoestima, 368
Mejora de la capacidad funcional, 369
Mejora de la colaboración, 369
Mejora de la comunicación: déficit auditivo, 370
Mejora de la comunicación: déficit del habla, 371
Mejora de la comunicación: déficit visual, 371
Mejora de la imagen corporal, 372
Mejora de la práctica religiosa, 373
Mejora de la socialización, 374
Mejora de la tos, 375
Mejora de las aptitudes para la vida diaria, 375
Mejora de los sistemas de apoyo, 376
Mejora de roles, 377
Mejora del afrontamiento, 377
Mejora del desarrollo: lactantes, 378
Mejora del sueño, 379
Micción estimulada, 380
Modificación de la conducta, 381
Modificación de la conducta: habilidades sociales, 381
Monitorización de electrólitos, 382
Monitorización de la presión intracraneal (PIC), 383
Monitorización de las extremidades inferiores, 384
Monitorización de líquidos, 384
Monitorización de los signos vitales, 385
Monitorización del equilibrio ácido-base, 386
Monitorización fetal electrónica: antes del parto, 387
Monitorización fetal electrónica: durante el parto, 388
Monitorización hemodinámica invasiva, 388
Monitorización neurológica, 389
Monitorización nutricional, 390
Monitorización respiratoria, 390
Movilización familiar, 391
Muestra de sangre capilar, 392
Musicoterapia, 392
Negociación de cuidados culturales, 393
Obtención de órganos, 394
Orientación anticipatoria, 394
Orientación en el sistema sanitario, 395
Orientación en la realidad, 396
Oxigenoterapia, 397
Parto, 398
Planificación anticipada de los cuidados, 398
Planificación familiar: anticoncepción, 399
Planificación familiar: embarazo no deseado, 400
Planificación familiar: infertilidad, 400
Planificación para el alta, 401
Planificación para el alta: preparación del hogar, 402
Precauciones circulatorias, 402
Precauciones con el láser, 403
Precauciones contra fugas, 404
Precauciones en el embolismo, 405
Precauciones en incendios provocados, 406
Precauciones en la alergia al látex, 406
Precauciones en la aspiración, 407
Precauciones en la hemorragia subaracnoidea, 407
Precauciones en la hipertermia maligna, 408
Precauciones en la neutropenia, 409
Precauciones en las convulsiones, 410
Precauciones en pandemias, 411
Precauciones quirúrgicas, 412
Preceptor: empleado, 413
Preceptor: estudiante, 413
Preparación al parto, 414
Preparación ante el bioterrorismo, 415
Preparación para una catástrofe en la comunidad, 416

Preparación quirúrgica, 416
Prescripción: pruebas diagnósticas, 417
Prescripción: tratamiento no farmacológico, 418
Prescripción de medicación, 418
Presencia, 419
Preservación de la fertilidad, 420
Prevención de caídas, 420
Prevención de hemorragias, 421
Prevención de la sequedad ocular, 422
Prevención de las lesiones por presión, 423
Prevención de las recidivas, 423
Prevención del consumo de sustancias nocivas, 425
Prevención del reingreso, 425
Prevención del shock, 427
Prevención del suicidio, 428
Primeros auxilios, 429
Protección contra las infecciones, 429
Protección de los derechos del paciente, 430
Protección de riesgos ambientales, 431
Pruebas diagnósticas en el punto de atención, 431
Punción arterial: muestra de sangre arterial, 432
Punción intravenosa (i.v.), 433
Reanimación, 434
Reanimación: feto, 434
Reanimación: neonato, 435
Recogida de datos forenses, 436
Reestructuración cognitiva, 437
Reflexión guiada, 438
Registro corporal, 438
Regulación de la temperatura, 439
Regulación de la temperatura: perioperatoria, 440
Regulación de la temperatura: recién nacido, 441
Regulación hemodinámica, 441
Reiki, 442
Relajación muscular progresiva, 443
Reposición de líquidos, 443
Restablecimiento de la salud oral, 444
Restricción de zonas de movimiento, 444
Restricción física, 445
Restricción química, 446
Reunión de seguridad, 447
Reunión multidisciplinar sobre cuidados, 447
Revisión del carro de emergencias, 448
Seguimiento de la política sanitaria, 449
Seguimiento tras el alta, 449
Sondaje nasogástrico, 450
Sondaje vesical, 450
Sondaje vesical: externo, 451
Sondaje vesical: intermitente, 452
Succión no nutritiva, 453
Supervisión del personal, 453
Supresión de la lactancia, 454
Supresión de las contracciones de parto, 454
Sutura, 455
Tacto curativo, 456
Tacto terapéutico, 456
Técnica de relajación, 457
Terapia asistida con animales, 457
Terapia con el entorno, 458
Terapia con sanguijuelas, 459
Terapia de actividad, 459
Terapia de baile, 460
Terapia de deglución, 461
Terapia de diálisis peritoneal, 461
Terapia de ejercicios: ambulación, 462
Terapia de ejercicios: control muscular, 463
Terapia de ejercicios: equilibrio, 464
Terapia de ejercicios: movilidad articular, 464
Terapia de entretenimiento, 465
Terapia de grupo, 465
Terapia de hemodiálisis, 466
Terapia de hemofiltración, 467
Terapia de inducción de hipotermia, 467
Terapia de jardinería, 468
Terapia de la adicción a la religión, 468
Terapia de relajación, 469
Terapia de reminiscencia, 470
Terapia de sustitución hormonal, 470
Terapia de validación, 471
Terapia del trauma: niño, 471
Terapia familiar, 472
Terapia hormonal para personas transgénero, 473
Terapia intravenosa (i.v.), 474
Terapia mediante oxigenación con membrana extracorpórea, 475
Terapia nutricional, 476
Transcripción de órdenes, 477
Transferencia, 477
Transferencia de cuidados del paciente, 478
Transporte: dentro del centro, 478
Transporte: entre centros, 479
Tratamiento del consumo de sustancias nocivas, 480
Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: abstinencia de las drogas, 481
Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: abstinencia del alcohol, 481
Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: sobredosis, 482
Triaje: catástrofe en la comunidad, 482
Triaje: centro de urgencias, 483
Triaje: telecomunicación, 484
Vestir, 485
Vigilancia, 485
Vigilancia: al final del embarazo, 486
Vigilancia: comunidad, 487
Vigilancia: monitorización con vídeo, 487
Vigilancia: monitorización remota, 488
Vigilancia de la piel, 489
Visitas domiciliarias de apoyo, 489
Visualización guiada, 490
Yoga, 491
Yoga de la risa, 492

CUARTA PARTE INTERVENCIONES CENTRALES SEGÚN ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA, 493

Intervenciones centrales según especialidades de enfermería, 494
Anestesiología enfermera/enfermería de cuidados postanestésicos, 495
Enfermería de adicciones, 495
Enfermería de campamentos recreativos, 496
Enfermería de cirugía plástica, 496
Enfermería de comunidad de fe, 497
Enfermería de control de infecciones y epidemiología, 497
Enfermería de cuidados ambulatorios, 498
Enfermería de cuidados de pacientes con VIH/SIDA, 498
Enfermería de cuidados intensivos, 499
Enfermería de cuidados paliativos y terminales, 499
Enfermería de cuidados penitenciarios, 500
Enfermería de dermatología, 500
Enfermería de desastres, 501
Enfermería de diabetes, 501
Enfermería de discapacidad del desarrollo, 501
Enfermería de heridas, ostomías y continencia, 502
Enfermería de infusión intravenosa, 502
Enfermería de lesiones de la médula espinal, 503
Enfermería de manejo del dolor, 503
Enfermería de nefrología, 504
Enfermería de neurociencias, 505
Enfermería de otorrinolaringología y cabeza/cuello, 505
Enfermería de quemaduras, 506
Enfermería de rehabilitación, 506
Enfermería de salud de la mujer, 506
Enfermería de salud domiciliaria, 507
Enfermería de salud laboral, 508
Enfermería de salud para viajes, 508
Enfermería de salud pública/comunitaria, 509
Enfermería de salud universitaria, 509
Enfermería de trasplantes, 510
Enfermería de urgencias, 510
Enfermería de violencia doméstica, 511
Enfermería de vuelo, 511
Enfermería escolar, 511
Enfermería forense, 512
Enfermería gastroenterológica, 513
Enfermería genética, 513
Enfermería gerontológica, 513
Enfermería hematológica/oncológica pediátrica, 514
Enfermería holística, 515
Enfermería informática, 515
Enfermería legal, 516
Enfermería matrona, 516
Enfermería médico-quirúrgica, 516
Enfermería neonatal, 517
Enfermería obstétrica, 518
Enfermería oftalmológica, 519
Enfermería oncológica, 519
Enfermería pediátrica, 520
Enfermería perioperatoria, 520
Enfermería psiquiátrica/salud mental, 521
Enfermería psiquiátrica de niños y adolescentes, 522
Enfermería radiológica, 522
Enfermería traumatológica, 523
Enfermería urológica, 523
Enfermería vascular, 524

QUINTA PARTE TIEMPO ESTIMADO Y NIVEL DE FORMACIÓN NECESARIOS PARA REALIZAR LAS INTERVENCIONES DE LA NIC, 525

Tiempo estimado y nivel de formación necesarios para realizar las intervenciones de la NIC, 526

SEXTA PARTE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y RESULTADOS DE ENFERMERÍA VINCULADOS A CONDICIONES CLÍNICAS, 539

Intervenciones de enfermería y resultados de enfermería vinculados a condiciones clínicas, 540
Cáncer de pulmón, 540
Colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn, 543
Enfermedad arterial coronaria, 545
Enfermedad por coronavirus de 2019, 546
Hiperlipidemia, 548
Trastorno por consumo de sustancias, 549

SÉPTIMA PARTE APÉNDICES, 554

A: Intervenciones: nuevas, revisadas y suprimidas desde la séptima edición, 554
B: Guías para la presentación de una intervención nueva o revisada de la NIC, 558
C: Secuencia cronológica y momentos destacados de la NIC, 561
D: Abreviaturas, 565
E: Ediciones y traducciones previas, 567

Índice alfabético, 569

PRIMERA PARTE

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

DESCRIPCIÓN DE LA NIC

Las intervenciones son la quintaesencia de la enfermería y la razón de ser de la profesión. La responsabilidad profesional de la enfermería se centra en proporcionar intervenciones seguras, de alta calidad y basadas en la evidencia para hacer frente a situaciones de enfermería importantes con el fin de favorecer la salud, el bienestar y unos resultados de salud positivos. Los profesionales sanitarios participan con las personas en la toma de decisiones sobre la salud relacionadas con sus cuidados, seleccionando intervenciones terapéuticas y monitorizando las respuestas a las intervenciones. Las intervenciones son los «elementos centrales de la asistencia sanitaria, y su selección cuidadosa y su aplicación adecuada constituyen la base de unos cuidados de alta calidad»[104] (pág. 3). Una toma de decisiones precisa, segura y eficaz requiere que los profesionales sanitarios conozcan y estén al tanto de las intervenciones basadas en la evidencia y de las acciones diseñadas para tratar los problemas de salud. La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación estandarizada exhaustiva de las intervenciones que realizan las enfermeras. Es útil para la planificación de los cuidados, la documentación clínica, la comunicación de los cuidados en distintos entornos, la integración de los datos en distintos sistemas y entornos, la investigación de la eficacia, la medición de la productividad, la evaluación de la competencia, el reembolso, la enseñanza y el diseño de planes de estudios.

El desarrollo y el uso de sistemas de clasificación de enfermería es un sello distintivo del éxito en la evolución de la ciencia y la práctica de la enfermería[35]. Todas las ciencias ordenan el conocimiento acumulado mediante sistemas de clasificación[88]. Estas clasificaciones y taxonomías identifican los fenómenos centrales de los que se ocupa la disciplina, asignan un nombre a esos fenómenos para crear un lenguaje común y utilizan definiciones o descripciones de los términos de la clasificación para dar significado a los nombres. Una clasificación es un término amplio que hace referencia a una ordenación sistemática de grupos o categorías según criterios establecidos. Una taxonomía es la clasificación ordenada, ordenación y denominación de conceptos de conocimiento en una estructura jerárquica de categorías. Lambe[69] señala que un sistema de clasificación hace visible el conocimiento y sirve para organizarlo de forma que podamos manejar y recuperar la información. Una taxonomía se identifica por su nomenclatura u ordenación en clases y su terminología. A medida que la sociedad hace un uso más intensivo de la información y se vuelve más tecnológica, la necesidad de organizar el conocimiento es cada vez más esencial[14,44,54,69]. «La organización del conocimiento es una condición previa fundamental para manejar el conocimiento de forma eficaz»[69] (pág. 3). Junto con los sistemas de clasificación de los diagnósticos de enfermería y de los resultados de enfermería, la NIC constituye la base de conocimientos que sustenta la práctica profesional de enfermería. Mientras que los sistemas de clasificación de enfermería forman la sustancia de la enfermería, los marcos conceptuales y las teorías específicos de la disciplina proporcionan la base conceptual y científica que permite vincular los diagnósticos, las intervenciones y los resultados.

La 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, las familias, las comunidades, los miembros de otras disciplinas y la población. Cuando se utiliza la NIC para documentar el trabajo de las enfermeras en la práctica tenemos la posibilidad de determinar el impacto de los cuidados de enfermería en los resultados de los pacientes. Basándonos en la afirmación de Clark y Lang[25] sobre la importancia de los lenguajes enfermeros y las clasificaciones, afirmamos que si no podemos nombrarlo, no podemos planificarlo y gestionarlo, financiarlo, enseñarlo, investigarlo, sintetizarlo ni incluirlo en las políticas públicas.

La NIC, al igual que todas las clasificaciones, alcanza sus objetivos, en primer lugar, reflejando el trabajo que realizan las enfermeras y, en segundo lugar, organizando cuidadosamente y clasificando ese trabajo. En otras palabras, la NIC es útil cuando las intervenciones reflejan el mundo real de la práctica enfermera y están conectadas con él. La Clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de las personas, 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* (desde los cuidados agudos y las unidades de cuidados intensivos hasta los cuidados domiciliarios y los cuidados terminales) y en *todas las especialidades* (desde la enfermería de urgencias y la enfermería de cuidados intensivos hasta 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 y miembros del equipo interprofesional. La NIC está a disposición de todos los profesionales sanitarios que deseen emplearla para describir sus tratamientos.

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Las intervenciones NIC incluyen tanto el ámbito fisiológico (p. ej., Manejo de la vía aérea) 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 favorecimiento de la salud (p. ej., Favorecimiento 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., Favorecimiento de la integridad familiar) y algunas para ser empleadas en comunidades enteras (p. ej., Manejo de enfermedades transmisibles). También se incluyen intervenciones de enfermería indirectas (p. ej., Gestión de la competencia).

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 que respalda la intervención. 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.

Para cualquier sistema científico de conocimiento es fundamental disponer de un medio para clasificar y estructurar las categorías de información. La creación de esta clasificación de las intervenciones de enfermería comienza por nombrar o proporcionar una etiqueta lingüística estandarizada y específica que designe un tratamiento o una intervención que realiza la enfermera. La identificación de las intervenciones de enfermería se deriva inductivamente examinando, describiendo y nombrando de forma sistemática lo que está integrado en la práctica enfermera. Lunney señala que «nombrar es clasificar, de modo que cada vez que se da un nombre a un fenómeno se está realizando una clasificación»[73] (pág. 37). Ohl, en su libro *The Art of Naming*[86], explica que la denominación científica se convierte en parte de nuestra percepción, y los nombres son etiquetas verbales que dan significado y comprensión al mundo que nos rodea. Los nombres científicos, al igual que la etiqueta de cada intervención de enfermería, en palabras de Ohl[86], son «bellezas lingüísticas», y detrás de todas las etiquetas científicas de la NIC están las historias y los conocimientos que reflejan la práctica enfermera. Aunque una «etiqueta» o nombre de una intervención no incluye por sí misma una profundidad de comprensión y significado, todas las etiquetas de intervención convocan y conectan a la persona con todas las creencias, narrativas y prácticas asociadas al nombre de la etiqueta. En otras palabras, cada intervención de enfermería está asociada a todo un universo de significados, percepciones, habilidades, emociones y acciones incrustadas en la experiencia de cuidado enfermera-persona. La NIC hace visible el trabajo oculto de la enfermería al identificar el conocimiento integrado en la práctica enfermera.

En esta edición hay 614 intervenciones y aproximadamente 15.000 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[114]. Sin embargo, los cuidados se individualizan seleccionando las actividades adecuadas para cada situación de enfermería. A partir de una lista de aproximadamente 20 a 30 actividades por intervención, el profesional elige las actividades apropiadas para un individuo o familia concreta o para la comunidad 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 exhaustivas, dado que la Clasificación se ha diseñado para satisfacer las necesidades de múltiples usuarios, incluidos los estudiantes y los principiantes, que a menudo necesitan un conocimiento más específico y más directrices sobre las actividades de enfermería que los profesionales de enfermería experimentados. Las actividades no están estandarizadas. Cada actividad tiene un significado particular en el contexto de cada intervención. Además, la estandarización de las actividades frustraría el propósito de utilizarlas para los cuidados individualizados. Al final de la lista de actividades hay una breve lista de referencias bibliográficas que se consideran útiles para el desarrollo de la intervención, incluidas las evidencias de investigación que respaldan el uso de la intervención para conseguir los resultados de salud deseados. La bibliografía puede ofrecer información básica si no se conoce la intervención, pero de ningún modo se pretende que sea una lista de referencias completa ni abarca toda la investigación sobre la intervención.

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 a modo de 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. 34). 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 el manejo de los datos, 3) para mejorar la vinculación de la NIC con otros sistemas codificados (p. ej., Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms [SNOMED CT]) y 4) para permitir su uso en el reembolso de los cuidados de enfermería[113]. Los códigos para los 7 dominios son 1-7; los códigos para las 30 clases son A-Z, más a, b, c y d. A cada intervención se le asigna un número único compuesto de cuatro dígitos.

Aunque las actividades de esta edición no están codificadas, **pueden codificarse** secuencialmente utilizando dos dígitos des-

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

pués del código de cuatro dígitos (los números no están incluidos en el texto para no distraer al lector). Un ejemplo de un código completo para la segunda actividad de Prevención de caídas sería 4V-6490.02, que corresponde a 4 para el dominio Seguridad, V para la clase Manejo del riesgo, 6490 para la intervención Prevención de caídas y 02 para la segunda actividad: «Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas».

El lenguaje utilizado en la Clasificación está diseñado para ser claro, conciso, coherente y formulado con cuidado, 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 614 intervenciones a primera vista pueda parecer abrumadora, hemos observado que el personal pronto descubre las intervenciones utilizadas con más frecuencia en su especialidad o en su población de pacientes. A menudo, las áreas de práctica especializada crean listas o «paquetes» recuperables con facilidad que contienen las intervenciones que más se emplean, listas que están vinculadas a los diagnósticos y resultados específicos utilizados para prestar cuidados en esa situación. Otras maneras para localizar las intervenciones deseadas son la taxonomía, los programas informáticos y las herramientas que incluyen los vínculos con los diagnósticos de enfermería o con los trastornos clínicos (v. Sexta parte), y las intervenciones centrales para las especialidades de enfermería (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. Las propuestas se someten a un riguroso proceso de revisión por parte de los editores de la NIC, con la participación de expertos clínicos cuando es necesario, para la realización de revisiones adicionales y la aprobación final. Todos los revisores que han propuesto cambios que están incluidos en la siguiente edición están mencionados 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 la NANDA Internacional (NANDA-I) (incluidos en la sexta edición de la NIC, Sexta parte), los problemas del Omaha System[52], los protocolos de evaluación de residentes (RAP) utilizados en residencias de ancianos[21] y el Outcome and Assessment Information Set (OASIS)[22], actualmente obligatorio para el cobro de pacientes cubiertos por el Medicare/Medicaid que reciben atención en residencias de la tercera edad. La nueva séptima edición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) también ha sido publicada por Elsevier al mismo tiempo que la actual octava edición de la NIC, y se puede utilizar junto con la NIC para planificar los cuidados de enfermería.

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), y los vínculos con seis condiciones clínicas frecuentes (Sexta parte). 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 (Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness [CNC]) para ayudar con el desarrollo continuo y la actualización 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 CNC ha tenido tres directoras desde su puesta en marcha: Joanne Dochterman (1995-2004), Sue Moorhead (2004-2020) y Karen Dunn Lopez (2020-actualidad). El CNC 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. El objetivo que subyace al CNC es: *Expandir la adopción de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería y la Clasificación de Resultados de Enfermería para hacer avanzar la ciencia de la enfermería, la práctica clínica y los cuidados centrados en la persona.* El CNC busca desarrollar y mejorar productos relevantes y fáciles de usar; crear oportunidades de sinergia con la investigación, la educación y la práctica; ampliar el contexto de uso de las clasificaciones; e influir en los responsables políticos y los organismos reguladores para favorecer el uso de las terminologías. El CNC también lleva a cabo investigaciones, difunde materiales relacionados con las Clasificaciones, ofrece oportunidades educativas a estudiantes, profesores, becarios y profesores visitantes nacionales e internacionales, proporciona asesoramiento para la aplicación y el uso de las Clasificaciones en la práctica clínica y en entornos educativos, y ayuda a profesores y estudiantes con proyectos e investigaciones que utilizan las Clasificaciones.

El apoyo financiero del CNC proviene de varias fuentes, entre las que se encuentran 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 CNC. 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 las actividades del CNC se puede encontrar en el sitio web https://nursing.uiowa.edu/center-for-nursing-classification-and-clinical-effectiveness.

DESARROLLO DE LA CLASIFICACIÓN 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[16,26,50,51,79]. 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). La NIC fue desarrollada por un gran equipo de investigación cuyos miembros representaban múltiples áreas de conocimiento clínico y metodológico.

Para el desarrollo original de la NIC se emplearon múltiples métodos de investigación. En la fase I se utilizó un enfoque inductivo para elaborar la Clasificación según la práctica existente. Las fuentes originales incluyeron libros de texto actuales, guías de planificación de cuidados y sistemas de información de enfermería para identificar las intervenciones y las actividades de enfermería asociadas. Para aumentar el conocimiento de la práctica clínica de los miembros del equipo se utilizaron análisis de contenidos, revisiones por parte de grupos de reflexión y cuestionarios entregados a expertos en áreas de especialidades de la práctica, y cuestionarios para identificar y validar la identificación de las intervenciones. 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 los diagnósticos de la NANDA-I, la NIC y la NOC. Más de 1.000 profesionales de enfermería cumplimentaron cuestionarios y alrededor de 50 asociaciones profesionales han proporcionado su opinión sobre la creación de la Clasificación. Se pueden consultar más detalles en los capítulos de las ediciones previas de la NIC, especialmente en las primeras cuatro ediciones, así como en numerosos artículos, capítulos de libros y publicaciones que describen la NIC.

INDICADORES DE LA UTILIDAD DE LA NIC

Un indicador de la utilidad de la NIC es el reconocimiento nacional y, cada vez en mayor medida, también internacional. En 2006, el Committee for Nursing Practice Information Infrastructure de la American Nurses Association (ANA) reconoció la NIC como lenguaje o terminología de enfermería estandarizado conforme a las normas uniformes para el Nursing Information and Data Set Evaluation Center (NIDSEC) de la ANA. Los criterios de la ANA que cumplía la NIC incluían que la clasificación se actualizara periódicamente, que hubiera una justificación para su desarrollo y que la clasificación apoyara el proceso de enfermería proporcionando una terminología clínicamente útil. Como señala Keenan, un lenguaje de enfermería estandarizado es un «lenguaje común, fácilmente comprensible por todas las enfermeras, para describir los cuidados»[59] (pág. 12). Además, los conceptos de clasificación deben ser claros e inequívocos, y se ha de documentar su utilidad en la práctica, así como su validez y fiabilidad. Por último, debe haber un grupo específico que se encargue de mantener y revisar el sistema[99].

La NIC está autorizada para su inclusión en la Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms (SNOMED CT). Las intervenciones de la NIC están incluidas en el Meta-Thesaurus for a Unified Medical Language de la National Library of Medicine y también en el Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), disponible a través del *host* de Elton B. Stephens Company (EBSCO) en sus índices. La NIC está registrada en Health Level 7 (HL7), que es la organización de estándares estadounidenses para la asistencia sanitaria. La NIC cada vez se utiliza más en el ámbito internacional, y actualmente está traducida al alemán, chino, coreano, español, francés, holandés, indonesio, italiano, japonés, noruego, portugués y turco (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 de políticas, planificación de cuidados, evaluación de competencia y sistemas de información de enfermería. La NIC se utiliza en todo el mundo en programas de enseñanza de enfermería para estructurar el currículum e identificar competencias de los estudiantes de Enfermería, enseñar razonamiento clínico utilizando el proceso de enfermería y enseñar cuidados de enfermería para el tratamiento de afecciones clínicas. Autores de libros importantes utilizan la NIC para describir los tratamientos de enfermería, y algunos investigadores la están empleando para estudiar la efectividad de los cuidados de enfermería. Los proveedores de sistemas de información están incorporando la NIC a sus programas informáticos para la planificación y la documentación de los cuidados de enfermería. Una búsqueda del término «*nursing interventions classification*» (clasificación de intervenciones de enfermería) en el CINAHL mostró más de 1.000 publicaciones en revistas, y casi 700 publicaciones en revistas en PubMed, la mayoría desde 2016. Desde 2012, los libros de la NIC tan solo en inglés, español y portugués se han referenciado más de 5.000 veces, según Google Scholar.

USO DE LA NIC EN LA PRÁCTICA

Selección de una intervención

La enfermería es una profesión erudita que refleja múltiples formas de conocimiento:

> «Integra el arte y la ciencia de cuidar y se centra en la protección, la promoción y la optimización de la salud y el funcionamiento humano; la prevención de enfermedades y lesiones; la facilitación de la curación; y el alivio del sufrimiento a través de la presencia compasiva. La enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana y la defensa en el cuidado de individuos, familias, grupos, comunidades y poblaciones en reconocimiento de la conexión de toda la humanidad»[4] (pág. 1).

Las enfermeras integran datos objetivos con conocimientos procedentes de evaluaciones que incluyen experiencias subjetivas para tomar decisiones de salud basadas en conocimientos

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

contrastados. Estas decisiones están diseñadas para favorecer unos resultados de salud positivos en el contexto del cuidado, la cultura y un entorno de apoyo. Las enfermeras desarrollan planes de cuidados individualizados, holísticos y basados en la evidencia en colaboración con las personas, las familias, los allegados y el equipo interprofesional. Para ello seleccionan intervenciones y prácticas de enfermería innovadoras diseñadas para promover la salud; prevenir enfermedades, lesiones, dolencias y complicaciones; mejorar la calidad de vida; aliviar el sufrimiento; favorecer la plenitud, el bienestar y el crecimiento; mitigar los riesgos medioambientales y laborales; y abogar por políticas e iniciativas transformadoras y orientadas a la acción que alivien la desigualdad y fomenten la justicia social. La selección de intervenciones de enfermería basadas en la evidencia forma parte del razonamiento clínico y de la toma de decisiones de la enfermera. Al elegir una intervención deben tenerse en cuenta seis factores: 1) resultados deseados, 2) características del diagnóstico de enfermería, 3) investigación sobre la intervención, 4) viabilidad de la realización de la intervención, 5) aceptación por la persona y 6) capacidad del profesional de enfermería[15].

Resultados deseados. Los resultados en la persona 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 de la persona 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 consumidor de la atención sanitaria, la estructura genética y su fisiopatología, así como sus allegados. 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. El profesional debe identificar los resultados que razonablemente pueden esperarse y conseguirse como consecuencia de los cuidados de enfermería.

La manera más eficaz de especificar los resultados es mediante el uso de la NOC. La NOC contiene resultados para pacientes individuales, familias y comunidades que son representativos de todas las situaciones y especialidades clínicas[83]. Cada resultado NOC describe el estado de la persona a nivel conceptual con indicadores que se espera que respondan a la intervención de enfermería. 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 de la persona. 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.

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 la década 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, un cuidador, una familia, un grupo o una comunidad»[46] (pág. 85). Un diagnóstico de enfermería constituye la base para seleccionar intervenciones de enfermería dirigidas a conseguir resultados de los que la enfermera es responsable. Los elementos de un diagnóstico 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 receptor de los cuidados mejore. No siempre es posible cambiar los factores etiológicos, en cuyo caso es necesario tratar las características definitorias (los signos y los síntomas).

La creación de vínculos entre diagnósticos de enfermería específicos o afecciones clínicas, resultados e intervenciones es una estrategia que ayuda a seleccionar las intervenciones de enfermería apropiadas. El libro *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos: soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados*[55] sigue siendo un recurso valioso y puede servir como modelo para identificar los resultados y las intervenciones de 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, accidente cerebrovascular y artroplastia total: cadera/rodilla. En este texto (v. Sexta parte) hemos añadido vínculos para seis afecciones clínicas adicionales: cáncer de pulmón, colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn, enfermedad arterial coronaria, enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19), hiperlipidemia y trastorno por consumo de sustancias como ejemplos de cómo se puede vincular la NIC a los resultados de la NOC para afecciones específicas.

El texto en español de Rifà y cols. *Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería*[98] es un recurso valioso que vincula las intervenciones de la NIC a distintas situaciones de enfermería, incluidos aspectos fundamentales como el favorecimiento del confort, la seguridad y la movilidad; condiciones de salud como el cuidado de heridas; y cuidados agudos e intensivos, como los cuidados de la ventilación mecánica y la monitorización cardíaca. Hay muchas publicaciones que han identificado las intervenciones NIC más comunes para diversas situaciones de enfermería. Por ejemplo, un equipo de enfermeras del Centro de Clasificación de Enfermería y Efectividad Clínica publicó una serie de artículos en los que se identificaban los diagnósticos comunes de la NANDA-I, las intervenciones de la NIC y los vínculos con la NOC en relación con la pandemia de COVID-19 a nivel de la comunidad[82], las personas[109] y las familias[117]. Además,

la Red Brasileña de Investigación de Procesos de Enfermería, un equipo de 26 investigadores de todo Brasil, identificó diagnósticos de la NANDA-I, resultados de la NOC y actividades de la NIC para el tratamiento de personas con COVID-19 en las comunidades; para personas con sospecha o infecciones leves, moderadas y graves por COVID-19, y residentes en residencias de ancianos[10]. Los hallazgos también están disponibles para su descarga en el sitio web de la Red Brasileña de Investigación de Procesos de Enfermería en inglés, español y portugués (https://repperede.org). También hay varias herramientas electrónicas disponibles para ayudar a las enfermeras a establecer vínculos entre los diagnósticos de la NANDA-I, la NIC y la NOC. Por ejemplo, NNNConsult (https://www.nnnconsult.com) es un producto electrónico de Elsevier en español para la enseñanza y consulta en la práctica clínica que vincula los diagnósticos de la NANDA-I, la NIC y la NOC.

Investigación sobre la intervención. Butcher afirma: «Las enfermeras viven en la era de la práctica basada en la evidencia (PBE)»[17] (pág. 25). La PBE es un abordaje de resolución de problemas para la prestación de cuidados que integra: 1) la mejor evidencia de estudios de investigación bien diseñados y teorías basadas en la evidencia; 2) la experiencia del profesional y la evidencia de la evaluación de los antecedentes y las enfermedades de la persona, así como de los recursos asistenciales; y 3) las preferencias y recursos de la persona, la familia, el grupo y la población[4,81]. El documento *Nursing: Scope and Standards of Practice*[4] (Enfermería: ámbito y estándares de práctica) enumera el uso de intervenciones y estrategias basadas en la evidencia para lograr objetivos y resultados mutuamente identificados como una competencia de aplicación para todas las enfermeras. El nuevo documento *The Essentials: Core Competencies for Professional Nursing Education* (Fundamentos: competencias centrales para la educación de la enfermería profesional) incluye «intervenciones basadas en la evidencia para mejorar los resultados y la seguridad» como competencia básica en el Dominio 2: Cuidados centrados en la persona[3] (pág. 31). En la descripción de la American Association of Colleges of Nursing (AACN) de los cuidados centrados en la persona[3] se hace hincapié en la diversidad, la equidad y la inclusión basadas en la mejor evidencia y el juicio clínico para la planificación y la prestación de cuidados a lo largo del tiempo y en diferentes ámbitos asistenciales y niveles de desarrollo.

La Agencia para la Investigación y Calidad en Cuidados de Salud (AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality), la National Academy of Medicine (NAM; previamente llamada *the Institute of Medicine* [IOM]), la American Nurses Association (ANA) y la American Association of Colleges of Nursing (AACN) son tan solo algunos de los organismos y asociaciones profesionales que desde hace mucho tiempo respaldan el uso de la PBE como base de toda la atención sanitaria. Han hecho hincapié en que las intervenciones basadas en la evidencia científica mejoran los resultados de la persona 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.

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 afecciones. Algunas intervenciones y sus actividades de enfermería correspondientes han sido ampliamente probadas para poblaciones específicas, pero otras todavía han de evaluarse y se basan en el conocimiento clínico experto.

Para aplicar con éxito la PBE, los líderes de enfermería deben hacer que haya a la cabecera del paciente mentores que puedan trabajar codo con codo con los profesionales clínicos para ayudarles a aprender estas habilidades y a aplicar la PBE de forma coherente[17]. Una forma de facilitar la PBE es el uso de directrices basadas en la evidencia, vías clínicas, protocolos basados en la evidencia y declaraciones de buenas prácticas. Las directrices basadas en la evidencia utilizan revisiones sistemáticas para informar sobre circunstancias clínicas específicas. Las directrices se elaboran para favorecer la evaluación y el diagnóstico precisos y el tratamiento eficaz de la enfermedad. La Biblioteca Cochrane y el Instituto Joanna Briggs (JBI) han establecido criterios claros para la elaboración de directrices basadas en la evidencia y disponen de sitios web en los que se puede acceder a las directrices. Sin embargo, normalmente las directrices basadas en la evidencia no incorporan el lenguaje estandarizado de enfermería, como los diagnósticos NANDA-I, NIC y NOC. La integración de la NIC serviría para reforzar la base de evidencia que guía la práctica enfermera.

Existe una amplia gama de modelos diseñados para promover los cuidados de enfermería basados en la evidencia en los entornos de práctica. Por ejemplo, *Evidence-Based Practice in Action: Comprehensive Strategies, Tools, and Tips From the University of Iowa Hospital and Clinics*[30] (Práctica basada en la evidencia en acción: estrategias exhaustivas, herramientas y consejos del hospital y las clínicas de la Universidad de Iowa) ofrece a las enfermeras y los líderes sanitarios un plan detallado para favorecer la adopción y la aplicación de la PBE, incluido el proceso de reunir pruebas para tratar un problema clínico concreto y decidir un protocolo de práctica.

Los manuales de diagnósticos de enfermería, como el de Makic y Martinez-Karatz[77], proporcionan referencias de investigación que oscilan desde casos aislados de un único paciente hasta revisiones sistemáticas que ofrecen una evidencia adicional relacionada con las intervenciones y actividades de la 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.

Viabilidad de la realización de intervención. Las inquietudes sobre la viabilidad incluyen la forma en que la intervención particular interactúa con otras intervenciones,

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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 de la persona. Otras inquietudes relacionadas con la viabilidad, 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 receptor de los cuidados. Una intervención ha de ser aceptable para el consumidor de la atención sanitaria 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 receptor de los cuidados 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 de la persona.

Capacidad del profesional de enfermería. El profesional debe ser competente para poner en práctica la intervención y ha de: 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[15]. Basta con echar un vistazo a la lista total de 614 intervenciones para darse cuenta de 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 receptor de cuidados 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 estas según corresponda a la edad y al estado físico, emocional y espiritual del consumidor de atención sanitaria 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

Varios proveedores que desarrollan sistemas de información clínica informatizados y registros electrónicos de salud están incluyendo terminologías de enfermería normalizadas en los contextos hospitalario y de cuidados sanitarios. 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 Alemania, Bélgica, Brasil, Canadá, China, Corea, Dinamarca, España, Francia, Indonesia, Inglaterra, Islandia, Italia, Japón, Noruega, Países Bajos, Portugal, Suiza y Turquía. 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[37].

Cuadro 1

Proveedores que tienen licencias para la NIC

Proveedor	Descripción
Arquitectura clínica Carmel, IN https://clinicalarchitecture.com/symedical-healthcare-terminology-management-software	La NIC y la NOC están integradas en Symedical, un programa informático de gestión de contenidos de atención sanitaria.
Computer Program and System Inc. (CPSI) Mobile, AL www.cpsi.com1	La NIC y la NOC están integradas en su sistema de historia clínica electrónica para la planificación de los cuidados. El sistema se emplea en hospitales pequeños o medianos.
DIPS ASA Bodo, Noruega www.dips.com	La NIC está integrada en su sistema de historia clínica electrónica para la planificación. La compañía tiene su sede en Bodø, Noruega.
Robin Technologies, Inc Worthington, OH www.careplans.com	La NIC y la NOC se emplean en los planes de cuidados para uso de estudiantes y enfermeras en centros de cuidados crónicos.

La lista de proveedores fue entregada en marzo de 2022 por Bonita Allen, Elsevier, 3251 Riverport Lane Maryland Heights, MO 63043. NOTA PARA ESTADOS UNIDOS: las versiones electrónicas traducidas del NIC para licencias también están disponibles en Elsevier Japan, Elsevier España, Elsevier Netherlands y Hogefe Verlagsgruppe en Berna, Suiza. Otras plataformas de proveedores (EPIC, Cerner) han incorporado la NIC a petición del centro local. Los proveedores responderán a las solicitudes de los clientes que deseen incorporar la NIC en sus productos.

Los profesionales emplearon la NIC de diversas maneras para personalizar la historia clínica electrónica (HCE) 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.

La omisión de lenguajes de enfermería estandarizados y rigurosamente desarrollados en los sistemas de HCE es una tendencia preocupante que crea una barrera a la hora de identificar la contribución intelectual de la enfermería a la asistencia sanitaria. Cuando no se incluyen en la HCE las clasificaciones de enfermería normalizadas, los cuidados de enfermería pueden representarse de forma imprecisa e incoherente en el sistema de documentación. Es importante destacar que esta ausencia limita la capacidad de la enfermera de indicar con exactitud los cuidados prestados, acceder fácilmente a los cuidados de enfermería proporcionados en otros entornos y ofrecer una continuidad de los cuidados de enfermería en todos los entornos. Los términos y frases desarrollados por los profesionales pueden aplicarse a los usuarios de los servicios de cada profesional particular, pero no se han desarrollado a lo largo de décadas de investigación y pueden no estar validados por los estudiosos de la enfermería y las enfermeras en ejercicio[110].

Las listas de comprobación electrónicas, los diagramas de flujo, las clasificaciones o las listas de comprobación para la ejecución de prescripciones del médico incluidas en la HCE para documentar los cuidados de enfermería no son sustitutos adecuados de las contribuciones intelectuales de las enfermeras a los cuidados centrados en la persona. Los cuidados de enfermería se vuelven invisibles cuando la NIC y otros lenguajes de enfermería no se incluyen en la HCE. La ausencia de contenido de enfermería no solo representa de forma inexacta lo que ha sucedido durante el episodio asistencial, sino que elimina la capacidad de las enfermeras de investigar adecuadamente sus acciones y reforzar su PBE cuando no hay datos de enfermería significativos en la historia clínica que puedan recopilarse y analizarse. Dado que la tecnología impulsa los datos esenciales para determinar la práctica, las enfermeras deben abogar proactivamente por la inclusión de lenguajes enfermeros significativos en el sistema de HCE.

Según el informe del IOM titulado *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*, «no hay mayor oportunidad para transformar la práctica que a través de la tecnología»[49] (pág. 136). Tal y como señala Gleick[39], la codificación de la información de forma matemática y electrónica permite a los ordenadores procesar, almacenar y recuperar información con rapidez. Los sistemas de información clínica (SIC) automatizados contribuyen 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[48]. Los sistemas de información también ayudan en la toma de decisiones clínicas, la documentación de los cuidados y la determinación del coste de estos. 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. Las HCE 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[19]. Además, el contenido de enfermería de la HCE debe estar normalizado y fundamentado en la PBE. Los Estándares de Práctica Profesional de la ANA[4] incluyen el uso de sistemas de información, junto con la PBE, como una práctica básica para describir el «cómo» de la práctica enfermera (pág. 32). El documento *The Essentials: Core Competencies for Professional Nursing Education*[3] (Fundamentos: competencias centrales para la educación de la enfermería profesional) contiene competencias básicas relativas al uso de herramientas electrónicas de información y comunicación para la planificación, la prestación y la documentación de los cuidados, y enumera la capacidad de «describir la importancia de los datos de enfermería estandarizados para reflejar la contribución única de la práctica enfermera» como una competencia de nivel básico para las enfermeras profesionales (pág. 47).

La NIC está normalizada y disponible en formato electrónico, y lista para ser integrada en sistemas de información de la salud. Muchas agencias han integrado la NIC en su HCE hospitalaria[62,89], mientras que otros programas, como Hands-on Automated Nursing Data System (HANDS), utilizan dispositivos específicos[60]. 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 una HCE, 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 como, por ejemplo, el uso del ciclo de vida de desarrollo de sistemas (SDLC, Systems Development Life Cycle)[80]. 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

© 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 Centro de Clasificación de Enfermería de la Universidad de Iowa.

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.

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 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.

Muchas organizaciones sanitarias han implementado la HCE; 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, que genera datos para tomar decisiones sobre cuestiones de coste y calidad en el centro sanitario. Los datos también son útiles para tomar decisiones de

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 provocar más confusión.)

Ejemplos

Monitorizar la temperatura corporal central.
Realizar y documentar la historia clínica del paciente y la valoración física.
Proporcionar anestésicos según las necesidades de los pacientes, el juicio clínico y los estándares.
Obtener muestras para análisis de laboratorio del equilibrio ácido-base.
Investigar si hay síntomas de una historia de abuso doméstico.

política sanitaria. El modelo de tres niveles indica que el uso de un lenguaje normalizado para la documentación de los cuidados 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 y para documentar los cuidados realizados. Los profesionales de enfermería que trabajan con una persona o con un grupo de personas se preguntan algunas cuestiones según las etapas del proceso de enfermería: 1) ¿cuáles son los diagnósticos de enfermería?, 2) ¿cuáles son los resultados que estoy intentando conseguir? o 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 incluye la NIC documentará sus cuidados escogiendo la intervención. No todas las actividades se realizarán para cada persona. 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Fig. 1 Datos prácticos de enfermería: tres niveles.

Aunque las actividades pueden ser importantes para comunicar los cuidados, 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 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 los individuos se reúne para todas las personas 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 profesionales de enfermería y otro personal que realiza cuidados y los medios de realización de estos. A su vez, los datos de práctica y de gestión de enfermería pueden relacionarse con datos sobre tratamientos realizados por profesionales sanitarios y datos de información de la institución, información de la persona y datos económicos. La mayoría de estos datos, a excepción de los referidos a los tratamientos de otros profesionales que no sean médicos, ya se han recogido de manera uniforme y están disponibles para su uso.

El modelo ilustra cómo los datos de la práctica clínica relacionados con otros datos en el sistema de información del centro 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 de enfermería. 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 de enfermería se describen a continuación. Nolan[85] publicó un recurso excelente para garantizar la competencia de los empleados, y resume un proceso secuencial que incorpora la NIC a las competencias personales y las evaluaciones del rendimiento. 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 de enfermería 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 de enfermería.

Costes: determinación de los costes de los servicios de enfermería prestados

- Identificar las intervenciones realizadas.
- 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 individuos y ser capaz de justificarlo.
- Determinar el coste del suministro de cuidados (intervenciones de cuidados directos más gastos generales).
- Determinar la tarifa por persona 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: determinación de los 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 enfermedad?).
- Seleccionar los resultados que se van a medir.
- Identificar y recoger las variables implicadas (p. ej., características del receptor de los cuidados, tratamientos médicos, distribución por categorías del personal, cantidad de trabajo).
- Analizar los datos.
- Aconsejar innovaciones prácticas.

Formación de los empleados: garantía de su 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.
- 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 sumamente influyente, Werley y Lang[118] 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

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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[53], 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 los entornos de asistencia sanitaria no podemos describir los cuidados de enfermería recibidos por las personas.
- 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.
- 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 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 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 receptores de los cuidados también podrían determinarse mediante la identificación de las principales intervenciones para las personas a nivel de unidad y el cálculo del tiempo estimado y del nivel de formación requerido para

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.*

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. La escasa dotación de personal de enfermería se asocia a un aumento de las tasas de mortalidad[43]. Rae y cols.[94] hallaron asociaciones significativas entre los niveles bajos de dotación de personal de enfermería en cuidados intensivos y el aumento tanto de la mortalidad como de la probabilidad de infección nosocomial, el aumento de los costes hospitalarios, la menor calidad de los cuidados percibida por las enfermeras y la menor satisfacción de las familias. Griffiths y cols.[41] describieron que una baja dotación de personal de enfermería está asociada a informes de falta de cuidados de enfermería en los hospitales. El estudio de Aiken y cols.[1] sobre 300 hospitales de nueve países determinó que el aumento de la carga de trabajo de una enfermera en una persona aumentaba en un 7% la probabilidad de que un paciente hospitalizado muriera en los 30 días siguientes a su ingreso, y cada aumento del 10% en el número de enfermeras con titulación universitaria se asociaba a una disminución de la probabilidad de mortalidad. Kane y cols.[56] 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 gracias a los más de 4 millones de estancias hospitalarias evitadas para eventos adversos solo en Estados Unidos[84]. Varios estados han promulgado una legislación sobre dotación de personal utilizando el enfoque establecido por la American Nurses Association[4]. Aunque California y Massachusetts son los únicos estados que han aprobado leyes que regulan las políticas de dotación segura de personal, otros 12 estados han introducido regulaciones estatales que abordan la dotación de personal de enfermería en los hospitales. Estos estados son Connecticut, Illinois, Minnesota, Nevada, Nueva Jersey, Nueva York, Ohio, Oregón, Rhode Island, Texas, Vermont y Washington. De estos estados, Connecticut, Illinois, Nueva York, Nevada, Ohio, Oregón, Texas y Washington exigen que los hospitales constituyan comités de personal para desarrollar planes y políticas que dirijan la aplicación de prácticas óptimas de dotación de personal. Aparte de estos estados, Carolina del Norte y Nuevo Méjico también han iniciado el proceso de valoración solicitando estudios que obtendrán y elaborarán información que se pueda utilizar para desarrollar las futuras normas y políticas de dotación de personal. Aunque esta investigación es digna de mención, la integración de un método estandarizado para registrar los tratamientos que proporcionan las enfermeras (como la NIC) en los SIC aportará a las bases de datos información que se puede utilizar para determinar las contribuciones específicas de las enfermeras a la seguridad y la calidad de los cuidados. El uso de lenguajes estandarizados para correlacionar los datos de personal y de resultados se ha mencionado en varios estudios recientes como método para reforzar el diseño y permitir una mejor interpretación de los datos[87,116].

La PBE es la integración de las mejores evidencias de investigación con la experiencia clínica y los valores de la persona para facilitar la toma de decisiones clínicas[100]. Aunque se ha adoptado la PBE y ha logrado una aceptación generalizada al integrarse en los planes de estudios de licenciatura, máster y doctorado[3], el llamamiento a aplicar plenamente la PBE en la práctica ha sido más difícil[17]. El uso de directrices de PBE mejora cuando las intervenciones de la NIC se incluyen como recomendaciones de tratamientos de enfermería eficaces. Las directrices se crean en forma de protocolos o parámetros basados en la evidencia que convierten el conocimiento científico en acciones clínicas de una forma que está disponible para los profesionales. Las directrices describen un proceso de gestión de los cuidados que tiene el potencial de mejorar la calidad de la toma de decisiones clínicas y de los consumidores. Los defensores de la PBE creen que las intervenciones eficaces y seguras basadas en la mejor evidencia disponible deben aplicarse de forma coherente para producir los mismos resultados deseados para el mismo problema. Después de que la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)[111], ahora conocida como Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), publicara su iniciativa nacional, a partir de la década de 1990 la profesión enfermera se ha centrado en el desarrollo y el uso de directrices. Dado que el abordaje de una directriz es el manejo de una condición clínica, la incorporación de la NIC a los protocolos es muy útil para describir las intervenciones de enfermería contenidas en la directriz, y es necesaria para estandarizar los lenguajes para su uso en la investigación de la efectividad.

USO DE LA NIC EN LA EDUCACIÓN

La AACN exigió el uso de terminologías normalizadas como elemento fundamental para el desarrollo de los SIC eficaces[3]. La integración de terminologías normalizadas en los SIC 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[4].

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, los resultados y las intervenciones adecuados para una situación de enfermería concreta). 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.

Los diagnósticos de la NANDA-I, la NIC y la NOC son las clasificaciones más utilizadas internacionalmente, con los lenguajes enfermeros más completos, investigados y basados en la evidencia[5,45]. En un estudio que comparó la utilidad de la NIC con otras terminologías, como la Clasificación Internacional para

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

la Práctica de Enfermería (ICNP, International Classification for Nursing Practice), el Sistema de Omaha, la Clasificación de Cuidados Clínicos/Clasificación de Cuidados de Salud a Domicilio (Clinical Care Classification/Home Health Care Classification), el Conjunto de Datos de Enfermería Perioperatoria (Perioperative Nursing Data Set) y otros lenguajes enfermeros estandarizados, Tastan y cols.[110] encontraron que la mayoría de las investigaciones se centraban en los lenguajes de diagnósticos de la NANDA-I, la NIC y la NOC (NNN), e indicaron que los NNN constituían uno de los dos lenguajes estandarizados de enfermería que se habían integrado y utilizado con éxito en las HCE para los cuidados de las personas. 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.

Sin embargo, el cambio puede ser difícil en el ámbito académico. No obstante, 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. Hemos incluido algunas directrices para ayudar a hacer dicho cambio. El cuadro 6 es una guía 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[75], así como la investigación sobre el uso de estudios de casos con los diagnósticos de la NANDA-I, la NIC y la NOC para enseñar el razonamiento clínico, son fuentes útiles. Profesorado y estudian-

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 Centro de Clasificación de Enfermería.
- 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, en planes de cuidados de 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 los borradores de las decisiones a otros profesores para la evaluación y retroalimentación.
- Fomentar el desarrollo de un *profesional-NIC* 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.

tes 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 personas asignadas. Los NNN pueden integrarse en escenarios de simulación bien diseñados que enseñen el razonamiento clínico, ya sea al utilizar simulaciones con maniquíes, con escenas de vídeo o con actores para simular las situaciones clínicas. Existen múltiples recursos publicados para enseñar el razonamiento clínico utilizando la NIC e integrando los lenguajes de enfermería estandarizados en el plan de estudios[32,65,74,77]. El libro de Perry y Potter, de uso habitual, *Fudamentals of Nursing*[90], integra la NIC y la NOC en la planificación de los cuidados en todo el libro. Además, las facultades de enfermería están desarrollando y utilizando cada vez más programas de *software* que incluyen la NIC junto con los diagnósticos de la NANDA-I y la NOC para enseñar a los estudiantes el razonamiento clínico para la planificación y el registro de los cuidados de enfermería, como NNNConsult o ClinicalKey de Elsevier (https://www.elsevier.com/solutions/clinicalkey/nurses).

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 la intervención en una población diferente?). ¿Ambos cursos deben continuar enseñando la intervención o habría que eliminar el contenido en un curso? Revisar las intervenciones que no están en ningún curso pero que el profesorado considera que habría que enseñar en este nivel. ¿Deben añadirse?
5. Asegurar el consenso del profesorado sobre qué intervenciones se enseñan en cada curso.
6. Evidentemente, el mismo proceso puede completarse con los diagnósticos de enfermería (utilizando los diagnósticos de la NANDA-I) y con los resultados (utilizando la NOC). Muchos programas educativos ya utilizan los diagnósticos de la 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 de la 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. 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 de la 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; y, por último, la Evaluación es el proceso de determinar los cambios de los resultados de la NOC. El «Modelo de enfermería profesional»[4] del Ámbito y Estándares de Práctica Profesional de la ANA incluye procesos de enfermería cíclicos, iterativos e interactivos que constan de seis componentes: valoración, diagnóstico, identificación de resultados, planificación, intervención y evaluación, que se basan en la atención, los valores, la sabiduría, la energía y la ética de la enfermera. En este modelo de proceso enfermero, las intervenciones de la NIC se identificarían en la fase de planificación y se aplicarían en la siguiente fase, la de intervención. El modelo apoya la PBE e incluye bucles de retroalimentación bidireccionales entre cada uno de los seis componentes.

Aunque el proceso de enfermería ha demostrado su utilidad como método de toma de decisiones clínicas, el proceso de enfermería tradicional presenta varias limitaciones para la práctica de enfermería actual. En la actualidad, la práctica de enfermería exige hacer hincapié en conocer la «historia» de la persona, lo que supone ubicar la situación de la persona en un contexto significativo. Pesut y Herman[92] 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[92] desarrollaron el modelo de Análisis de Resultado del Estado Actual (AREA, o modelo OPT por su acrónimo inglés) de razonamiento clínico reflexivo. Kuiper y cols.[65] actualizaron el modelo AREA

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

y aplicaron el modelo utilizando la NIC en situaciones de enfermería de cuidados neonatales, del adolescente, del adulto joven, de salud de la mujer, de salud del hombre, del adulto mayor y de cuidados terminales y paliativos.

El modelo AREA (fig. 2) es 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[11,42,64,66,68]. 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 secuencial. 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 hace hincapié en escuchar la historia de la persona, en usar los diagnósticos de la NANDA-I para describir el estado presente, en enmarcar la historia en un marco conceptual de *enfermería* específico de la disciplina, en emplear la NOC para describir el estado de resultados, en mapear la red de relaciones entre los diagnósticos de la NANDA-I para identificar el problema clave y en utilizar la NIC en la toma de decisiones para mover a la persona 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[13,42,57].

El texto de Kuiper y cols. *Clinical Reasoning and Care Coordination in Advanced Practice Nursing*[67] consiste en una actualización del modelo AREA con aplicación del modelo al estudio de casos específicos en cuidados agudos, cuidados a largo plazo, rehabilitación, atención de salud mental, pediatría, neonatología y atención primaria comunitaria. Pesut 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»[91] (pág. 3). En el modelo AREA, la NIC puede utilizarse junto con los diagnósticos de 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. 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 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»[58] (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 han de generar, expandir y refinar la base de conocimientos que

Fig. 2 Integración del modelo Análisis de Resultado del Estado Actual (AREA) con la NANDA, la NIC y la NOC. (Modificado de Kuiper, R., Donnell, S., Pesut, D., & Turrise, S. [2017]. *The essentials of clinical reasoning for nurses: Using the Outcome-Present State-Test Model for reflective practice.* Reproducido con autorización de Sigma Theta Tau International.)

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 deben diseñarse cuidadosamente, evaluarse sistemáticamente y traducirse con éxito a la práctica para garantizar que las intervenciones sean eficaces para producir los resultados previstos.

El aspecto económico de la asistencia sanitaria está 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 que sean 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 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 las condiciones de salud-enfermedad que experimentan las personas.

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. Chae y cols.[23] llevaron a cabo una revisión integradora sobre la eficacia de las intervenciones de la NIC, y encontraron 18 estudios que habían medido el efecto de las intervenciones de la NIC sobre resultados específicos. Entre los ejemplos de intervenciones de la NIC en estudio específicas se incluyen: 1) Aríztegui Echenique y cols.[6] analizaron el efecto de las intervenciones de la NIC en personas con diabetes de tipo 2; 2) De Araujo y cols.[31] estudiaron la eficacia de la intervención de cuidados oculares de la NIC para prevenir el ojo seco en las unidades de cuidados intensivos, y 3) Azzolin y cols.[8] evaluaron la eficacia de las intervenciones de la NIC para tratar la insuficiencia cardíaca.

La investigación sobre el uso de la NIC se está ampliando. Fennelly y cols.[37] realizaron una revisión exhaustiva del uso de la NIC y otros lenguajes de enfermería estandarizados en la práctica e identificaron 33 estudios centrados en la NIC en relación con los diagnósticos de la NANDA-I y la NOC, y otros 5 estudios sobre la NIC sola. La revisión es útil para identificar el tipo de investigación que se está llevando a cabo con la NIC. Los estudios de investigación sobre los lenguajes enfermeros suelen centrarse en evaluar la validez, la fiabilidad, la capacidad de respuesta, la facilidad de uso, la eficiencia en el tiempo, la percepción del usuario, la aplicabilidad, la interoperabilidad, la calidad de la documentación, el impacto en los cuidados, la generación de conocimientos y la repercusión sobre el aprendizaje de los estudiantes. La investigación sobre intervenciones utilizando grandes bases de datos es cada vez más esencial para determinar qué intervenciones son más útiles en el tratamiento de afecciones específicas. La investigación centrada en las intervenciones de la NIC generalmente implica 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 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[28,71,72]. El modelo de Fehring[36], 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[18], también se han utilizado para validar las intervenciones de la NIC[76]. 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[106] usaron el modelo de Fehring[36] 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.[70] examinaron 83 actividades para Manejo de líquidos, Monitorización de líquidos y Manejo de la hipervolemia en pacientes cardíacos.

Otra área de investigación muy necesaria implica la identificación de intervenciones básicas que aporten evidencia de los efectos y las contribuciones que proporciona la atención de enfermería. La identificación de las intervenciones más frecuentes, junto con los diagnósticos y los resultados de enfermería, ofrece una base de conocimiento para identificar las intervenciones óptimas para la toma de decisiones clínicas a la hora de planificar; también contribuye a construir una PBE y a determinar los costes de los cuidados de enfermería. Escalada-Hernández y cols.[34] examinaron 690 historias en clínicas psiquiátricas y descubrieron que se habían registrado 13.396 intervenciones de la NIC. Identificaron las intervenciones de la NIC más frecuentes en personas diagnosticadas de esquizofrenia, trastornos mentales orgánicos, discapacidad intelectual, trastornos afectivos, trastornos de la personalidad y de la conducta del adulto, trastornos mentales y de la conducta debidos al consumo de sustancias psicoactivas, y trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos. Shin y cols.[103] identificaron los diagnósticos de la NANDA-I, los vínculos con la NOC, la NIC y los NNN de 57 residentes en 25 residencias de ancianos de Corea. Inicialmente, los investigadores identificaron 82 intervenciones básicas de enfermería que se enviaron a las enfermeras que trabajaban en los centros. Se seleccionaron actividades de la NIC en más del 90% de los residentes, que incluían Manejo de la medicación, Monitorización de los signos vitales, Manejo ambiental: confort,

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Prevención de caídas, Vigilancia: seguridad, Estimulación cognitiva y Manejo ambiental: seguridad.

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 personas 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. En una revisión integradora de estudios basados en la NIC para determinar la carga de trabajo de enfermería, Cruz y cols.[29] identificaron 10 estudios publicados de 2006 a 2013 que utilizaron la NIC y concluyeron que se necesitan más estudios. Los estudios que investigaron posteriormente la carga de trabajo de enfermería utilizando los términos y actividades de la NIC en una amplia variedad de entornos[24,93,108,115] descubrieron aspectos como la duración media de los ingresos, la carga de trabajo de enfermería excesiva y la remuneración insuficiente, la distribución de la carga de trabajo entre las enfermeras y la productividad.

Investigación de las intervenciones. Si las intervenciones de enfermería son la razón de ser de la profesión, entonces se deduce que la investigación de las intervenciones es nuestra llamada a la acción. La investigación en enfermería es un proceso sistemático de indagación utilizado para generar un nuevo conjunto significativo de conocimientos, mejorar la comprensión, validar los conocimientos existentes, desarrollar evidencias para orientar la práctica enfermera, dar forma a las políticas sanitarias y favorecer la salud y el bienestar de las personas, las familias y las comunidades. Mantenemos la postura de que la investigación en enfermería debe guiarse por el conocimiento específico de la disciplina en forma de perspectivas teóricas enfermeras y lenguajes enfermeros estandarizados. Aunque la investigación descriptiva tiene valor para desarrollar y refinar intervenciones, la práctica de enfermería debe basarse en intervenciones que cuenten con las mejores evidencias que respalden su uso y evalúen su efectividad para conseguir resultados de salud positivos.

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 sobre las intervenciones desde entonces, la investigación de las intervenciones de enfermería es la mayor prioridad en la investigación de enfermería para establecer el efecto de estas sobre los resultados deseados. La investigación de las intervenciones con diseños experimentales conduce a establecer el nivel de evidencia más sólido para ofrecer unos cuidados de alta calidad, seguros y rentables económicamente.

Existen varios recursos exhaustivos excelentes para desarrollar una investigación de las intervenciones rigurosa y pertinente. El libro de Melnyk y Morrison-Beedy *Intervention Research and Evidence-Based Quality Improvement: Designing, Conducting, Analyzing, and Funding*[81] contiene capítulos sobre cómo diseñar estudios de intervención, llevarlos a cabo y analizar los datos obtenidos. También hay capítulos sobre cómo redactar propuestas de subvención eficaces. *Nursing and Health Interventions: Design, Evaluation and Implementation*[104], de Sidani y Braden, es un texto basado en la teoría de la intervención con capítulos sobre el diseño de estudios que evalúan el impacto de las intervenciones sobre los resultados de salud. *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*[40], de Gray y Grove, incluye un capítulo que ofrece un proceso secuencial de realización de estudios sobre las intervenciones. Cabe destacar que en este capítulo se nombra la NIC como fuente para identificar intervenciones para la investigación. Un recurso adicional que puede utilizarse para el diseño de estudios para evaluar las intervenciones es el documento Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)[27]. El documento CONSORT se desarrolló para permitir la notificación transparente de los resultados de ensayos clínicos que puedan evaluarse con precisión y compararse con otros estudios[27]. La directriz CONSORT también puede utilizarse como guía cuando se diseñan ensayos aleatorizados y controlados. Transparent Reporting of Evaluation with Nonrandomized Designs (TREND)[20] es otra lista útil de criterios que pueden utilizar las enfermeras investigadoras para diseñar estudios que analicen las intervenciones.

Enderlin y Richards[33] 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[106]. Los últimos avances en investigación sobre intervenciones de enfermería sugieren la necesidad de evaluar las intervenciones que son de tipo dirigido o individualizado. Las intervenciones dirigidas son aquellas diseñadas para abordar una característica individual de un grupo, como el sexo, la edad, la etnicidad, el diagnóstico, la cultura o la alfabetización sanitaria. Las intervenciones individualizadas son las que están diseñadas para abordar las características individuales de las personas en una muestra, como los factores de personalidad, los objetivos, las necesidades, las preferencias y los recursos, que pueden favorecer la adaptabilidad y la viabilidad de la intervención y mejorar la motivación del participante y su compromiso con la intervención[104]. Las intervenciones de la NIC, tanto en el contexto de investigación como en el de la práctica clínica, se pueden adaptar seleccionando y centrándose en el efecto de actividades efectivas sobre los resultados de salud. 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 deben llevarse a cabo basados en el uso de las intervenciones de la NIC para ayudar a la hora de dirigir e individualizar las intervenciones de enfermería.

También es importante mantener la integridad de la intervención en todos los participantes y contextos, ya que una ejecución incoherente de la intervención puede generar variabilidad en los resultados obtenidos[33]. En el caso de la NIC, esto significa que debe realizarse un número sustancial de las actividades enumeradas para una intervención concreta y que todas las actividades que se realicen han de ser coherentes con la definición de la intervención. Es importante que las actividades se adapten a los cuidados individuales, pero no deben variar tanto como para que la intervención deje de ser la misma.

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.[97] 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. Por ejemplo, Shever[101] examinó la intervención de la NIC Vigilancia y encontró que, cuando las actividades de enfermería de vigilancia se realizaban con una frecuencia elevada (más de 12 veces al día), había una reducción significativa de la posibilidad de experimentar un episodio de fallo de rescate, en comparación con la aplicación de la vigilancia menos de 12 veces al día.

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 la documentación de la denominación de la intervención es más importante para la comparación de los datos entre distintos 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 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 personas concretas, 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 de la persona 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 de la persona concreta. Estos aspectos han de 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 aplicados por el personal de enfermería se podrán identificar los grupos de intervenciones que se suelen realizar juntos para ciertos tipos de personas. Es necesario identificar las intervenciones a menudo utilizadas conjuntamente para ciertos tipos de personas para que podamos estudiar sus efectos interactivos. Esta información, además, resultará útil en la elaboración de protocolos estandarizados, 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuadro 7

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

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 el 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 laboral
____Centro de rehabilitación
____Escuela
____Otro. Por favor, describir:_____

B. ¿Qué especialidad caracteriza mejor el tipo de cuidado administrado? (Elegir solo 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.º de ETC enfermeras días_____
N.º de ETC enfermeras tardes_____
N.º de ETC enfermeras noches_____
N.º de ETC técnicos días_____
N.º de ETC técnicos tardes_____
N.º de ETC técnicos noches_____
N.º de ETC auxiliares días_____
N.º de ETC auxiliares tardes_____
N.º de ETC auxiliares noches_____
N.º otros días (identificar)_____
N.º otras tardes (identificar)_____
N.º 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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 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 es necesario para relacionar la información; la edad, el género y la raza/etnia se incluyen para proporcionar información demográfica sobre la población; y los diagnósticos y las intervenciones médicas, las medicaciones y el tipo de unidad de trabajo, la dotación de personal, la situación clínica 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.

El trabajo con estas variables demuestra que la profesión todavía debe enfrentarse con algunos problemas relacionados con la recogida de datos normalizados. Por ejemplo, en muchas 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 algunas medicaciones y, por tanto, es deseable controlar el efecto de la medicación. Si no hay un único número que identifique al profesional de enfermería responsable (número 13), 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. Si se desea comparar los datos entre centros, habría que traducir los datos institución por institución a medidas comunes como las propuestas en el cuadro 7. La integración de la NIC en la HCE es lo que posibilita la investigación sobre la efectividad.

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[114]. 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 publicaciones que demuestran el efecto de las intervenciones de la NIC sobre los resultados. Por ejemplo, en una publicación donde se evaluaron los patrones de las intervenciones de enfermería en personas hospitalizadas con insuficiencia cardíaca y procedimientos de la cadera, y que presentaban un riesgo de caída, Shever y cols.[102] llegaron a la conclusión de que el uso de la NIC no solo permitía la extracción de los datos de la HCE, sino que además se observó que Vigilancia, Administración de medicación: intravenosa (i.v.), Manejo de líquidos y Etapas en la dieta eran las cuatro intervenciones que se habían realizado con más frecuencia en los cuatro grupos de adultos mayores en un entorno de cuidados agudos. También identificaron qué intervenciones eran únicas y específicas para cada grupo de adultos 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.

Chae y cols.[23] llevaron a cabo una revisión exhaustiva e integradora de la investigación sobre la eficacia de las intervenciones de la NIC en resultados específicos. La revisión se centró en los estudios que utilizaban los NNN, ya que es una de las terminologías más utilizadas en todo el mundo[112]. Aunque 22 estudios cumplían los criterios de selección, solo pudieron identificar la rentabilidad de las intervenciones de enfermería en el hospital que utilizaba los NNN. Esto reafirmó la opinión de Hong y Lee[47] de que cuando se pueden recuperar datos de cuidados de enfermería de bases de datos estandarizadas se pueden descubrir conocimientos que ofrecen la posibilidad de mejorar la calidad de los cuidados utilizando herramientas estadísticas o de minería de datos.

Akkuş y Akdemir[2], en un estudio de 45 personas que vivían en casa con esclerosis múltiple (EM) y recibían un programa de educación sanitaria consistente en ocho visitas domiciliarias a lo largo de 4 meses, utilizaron una amplia gama de intervenciones de la NIC de información sobre el tratamiento, los cuidados, el ejercicio, la nutrición, la evacuación, la actividad, el sueño y el descanso, las funciones cognitivas, la comunicación y la sexualidad en su programa de educación sanitaria. Aunque no se identificaron explícitamente, Asesoramiento nutricional, Ayuda con el autocuidado, Favorecimiento del ejercicio, Mejora del afrontamiento, Mejora de la socialización y Manejo ambiental: seguridad son algunas de las intervenciones aplicadas por esas enfermeras visitadoras. En un estudio con enfermeras visitadoras y personas diagnosticadas de insuficiencia cardíaca, Azzolin y cols.[7] comprobaron el efecto de las intervenciones *Ayuda en la modificación de sí mismo, Modificación de la conducta, Educación para la salud, Enseñanza: medicamentos prescritos* y *Enseñanza: proceso de enfermedad* sobre resultados NOC específicos. Los resultados revelaron una mejora de los conocimientos sobre la insuficiencia cardíaca y una elevada correlación entre las puntuaciones de los indicadores de la NOC y las puntuaciones del Cuestionario de Conocimientos. Ferreira Santana y cols.[38] estudiaron intervenciones de la NIC de la clase Terapia cognitiva en 67 adultos mayores y descubrieron que las actividades de estimulación cognitiva eran eficaces para mantener la capacidad funcional de los participantes y se configuraban como una estrategia eficaz de socialización y promoción de la salud.

Investigación comparativa de la eficacia. Los organismos de financiación se interesan cada vez más por la investigación comparativa de la eficacia (ICE), que consiste en la comparación de intervenciones eficaces entre distintas personas en diferentes entornos asistenciales. La ICE aborda si una intervención es más eficaz que otras en una práctica clínica en la que las personas son más heterogéneas que las reclutadas y aceptadas

en los ensayos clínicos. Los investigadores de enfermería deben aplicar los métodos de la ICE porque proporcionan los medios para identificar qué intervenciones funcionan en cada persona en circunstancias específicas. Los elementos clave de la ICE son la comparación directa de intervenciones efectivas, el estudio de personas en situaciones clínicas típicas de cuidados clínicos y la adaptación de la intervención a las necesidades de cada persona. Sin embargo, es importante señalar que el uso de intervenciones estandarizadas, como las que aparecen en la NIC, permite comparar intervenciones entre poblaciones de pacientes y entre entornos asistenciales al diseñar estudios de ICE.

Diseño y evaluación de intervenciones complejas. Las personas residen en entornos complejos en los que múltiples factores contribuyen a su salud. Además, las personas pueden experimentar más de un problema de salud al mismo tiempo, o es evidente que el tratamiento eficaz de una sola afección precisa una combinación de intervenciones. Los problemas de salud complejos requieren soluciones o intervenciones complejas. El Medical Research Council (MRC)[107] describe las intervenciones complejas como intervenciones que constan de múltiples componentes. Un método para desarrollar una intervención compleja consiste en desarrollar una intervención multicomponente que contenga varias intervenciones de la NIC. Sidani y Braden[104] señalan que las intervenciones complejas pueden administrarse con un método estandarizado en el que todas las personas reciben todos los componentes, o bien la intervención compleja puede adaptarse a la experiencia única de la persona con respecto a la situación de salud. En este caso, las personas podrían recibir una actividad de la NIC o una combinación de las actividades más adecuadas para el tratamiento de sus afecciones de salud. Cada componente de la intervención se dirige a un aspecto concreto del problema de salud. Se seleccionan medidas de resultados que sean sensibles a las intervenciones específicas. En un contexto de investigación, los componentes suelen funcionar de forma independiente, dando lugar a vías causales complejas y múltiples que tienen efectos sobre los resultados. Es esencial contar con una «teoría del cambio» que ofrezca una explicación de la «red de causalidad», ya que el conocimiento de estas interrelaciones es esencial para diseñar la intervención compleja y determinar qué resultados son más sensibles a la intervención. El MRC ha desarrollado una herramienta integral de 12 fases para desarrollar, diseñar y ejecutar intervenciones complejas de forma sistemática y rigurosa, pero flexible e iterativa[107]. En el marco del MRC[107], el contexto es fundamental para el diseño y la evaluación de la intervención, y deben incorporarse los determinantes sociales de la salud (características de las poblaciones como la raza, la etnia, el entorno socioeconómico, el acceso y la calidad de los sistemas de servicios sanitarios).

***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 identificó 12 tendencias tecnológicas influyentes, incluida una que él denomina «cognición». La cognición es el proceso de usar supercomputadores para agregar «inteligencia adicional»[61] (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, fundador y editor ejecutivo de la revista *Wired* durante sus primeros 7 años, identificó específicamente a la enfermería como un «reino en espera de ser potenciado cognitivamente»[61] (pág. 36). Como ejemplo, Kelly[50] describe cómo las personas 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 los cuidados de enfermería[61] (pág. 40).

En su libro *Big data: la revolución de los datos masivos,* Mayer-Schönberger y Cukier afirmaron que «los *big data,* los datos masivos, se refieren a cosas que se pueden hacer a gran escala, pero no a una escala inferior, para extraer nuevas percepciones o crear nuevas formas de valor»[78] (pág. 8). La tendencia actual hacia la digitalización rápida de grandes cantidades de personas y datos de atención médica en la HCE crea la posibilidad de que los datos se sinteticen y analicen con el fin de identificar patrones y tendencias. Raghupathi y Raghupathi[95] demuestran cómo la analítica de *big data* puede 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 una mejora de los resultados deseados y un aumento de la 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 HCE para planificar y documentar el trabajo de las enfermeras en la práctica. Las etiquetas codificadas NIC y las actividades en la HCE 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 y gestionar los costes de la atención médica.

Procesamiento del lenguaje natural. El uso de nuevas tecnologías en sanidad, como el procesamiento del lenguaje natural (PLN), se encuentra en sus primeras fases de desarrollo. La tecnología de PLN permite a los ordenadores obtener datos computables y procesables a partir de un texto, especialmente cuando este se registra en forma de lenguaje humano natural (es decir, frases, oraciones y párrafos). Un ejemplo de uso del PLN incluye la extracción de información de la documentación narrativa de las historias clínicas sobre síntomas que puede utilizarse para la predicción de enfermedades[63]. Bako y cols.[9] emplearon el PLN para extraer, identificar y categorizar las intervenciones que

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

los trabajadores sociales utilizaban para abordar las necesidades sociales de las personas. Aunque el PLN no sustituye el uso de lenguajes de enfermería estandarizados, puede utilizarse para crear algoritmos que vinculen la documentación sanitaria narrativa no estructurada con las intervenciones de la NIC. Nuestra esperanza es que el PLN pueda aprovecharse para obtener una mejor perspectiva a la hora de seleccionar las intervenciones de enfermería basadas en la evidencia necesarias para prestar unos cuidados de calidad óptima a las poblaciones de personas.

CONCLUSIÓN

La enfermería es una rama del conocimiento que comprende información sobre la naturaleza de la salud y la enfermedad, así como las estrategias y los 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. 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 esta 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 avanzar en mejorar la NIC y esperamos los comentarios, recomendaciones y sugerencias que tengan los lectores y usuarios para lograr dicha mejora.

Bibliografía

1. Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., & Sermeus, W. RN4CAST consortium. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet, 383*(9931), 1824-1830. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
2. Akkuş, Y., & Akdemir, N. (2012). Improving the quality of life for multiple sclerosis patients using the nurse-based home visiting model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26*(2), 295-303. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00933.x.
3. American Association of Colleges of Nursing. (2021). *The essentials: Core competencies for professional nursing education.*
4. American Nurses Association (2021). *Nursing: Scope and standards of practice.* (4th ed.).
5. 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.
6. Aríztegui Echenique, A. M., San Martín Rodríguez, L., & Marín Fernández, B. (2020). Effectiveness of nursing interventions in the control of type 2 diabetes mellitus. *Anales del sistema sanitario de Navarra, 43*(2), 159-167. https://doi.org/10.23938/ASSN.0860.
7. Azzolin, K., Lemos, D. M., Lucena, A., & Rabelo-Silva, E. R. (2015). Home-based nursing interventions improve knowledge of disease and management in patients with heart failure. *Revista latino-americana de enfermagem, 23*(1), 44-50. https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2523.
8. Azzolin, K., Mussi, C. M., Ruschel, K. B., de Souza, E. N., de Fátima Lucena, A., & Rabelo-Silva, E. R. (2013). Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC, and NOC. *Applied Nursing Research, 26*(4), 239-244. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2013.08.003.
9. Bako, A. T., Taylor, H. L., Wiley, K., Zheng, J., Walter-McCabe, H., Kasthurirathne, S. N., & Vest, J. R. (2021). Using natural language processing to classify social work interventions. *The American Journal of Managed Care, 27*(1), e24-e31. https://doi.org/10.37765/ajmc.2021.88580.
10. Barros, A. L. B. L., Silva, V. M., Santana, R. F., Cavalcante, A. M. R. Z., Vitor, A. F., Lucena, A. F., Napoleão, A. A., Lopes, C. T., Primo, C. C., Carmona, E. V., Duran, E. C. M., Butcher, H. K., Lopes, J. L., Díaz, L. J. R., Cubas, M. R., Brandão, M. A. G., Lopes, M. V. O., Nóbrega, M. M. L., Almeida, M. A., Souza, P. A., Butcher, R. C. G. S., Jensen, R., Silva, R. S., Morais, S. C. R. V., & Santos, V. B. (2020). Brazilian Nursing Process Research Network contributions for assistance in the COVID pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem, 73*(Suppl 2), e20200798. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0798.
11. Bartlett, R., Bland, A., Rossen, E., Kautz, D., Benfield, S., & Carnevale, T. (2008). Evaluation of the Outcome-Present State Test Model as a way to teach clinical reasoning. *Journal of Nursing Education, 47*(8), 337-344. https://doi.org/10.3928/01484834-20080801-01.
12. 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.

13. 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.
14. Bowker, G. C., & Starr, S. L. (1999). *Sorting things out: Classification and its consequences*. The MIT Press.
15. Bulechek, G., & McCloskey, J. (Eds.). (2000). *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (3rd ed.). W. B. Saunders.
16. Bulechek, G., & McCloskey, J. (Guest Eds.). (1992). Symposium on nursing interventions. *Nursing Clinics of North America, 27*(2). W.B. Saunders. in press.
17. Butcher, H. (2016). Development and use of gerontological evidence-based practice guidelines. *Journal of Gerontological Nursing, 42*(7), 25-32.
18. Carlson, J. (2006, March). *Total consensus validation process: A standardized research method to identify and link relevant NNN terms for professional practice*. Philadelphia, PA: Paper presented at the NANDA, NIC, and NOC 2006: Electronic Use of Clinical Nursing Data Conference.
19. 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). Mosby Elsevier.
20. Center for Disease Control and Prevention. Transparent Reporting of Evaluation with Nonrandomized Designs (TREND) (2018). https://www.cdc.gov/trendstatement/index.html#:~:text=Transparent%20Reporting%20of%20Evaluations%20with%20Nonrandomized%20Designs%20.
21. Center for Nursing Classification. (2000). *NIC interventions and NOC outcomes linked to the OASIS Information Set*. Iowa City: IA.
22. Center for Nursing Classification. (2000). *Standardized -nursing language in long-term care [R. Cox, preparer]*. Iowa City: IA.
23. Chae, S., Oh, H., & Moorhead, S. (2020). Effectiveness of -nursing interventions using standardized nursing terminologies: An integrative review. *Western Journal of Nursing Research, 42*, 963-973.
24. Chang, L. Y., Yu, H. H., & Chao, Y. C. (2019). The relationship between nursing workload, quality of care, and nursing payment in intensive care units. *The Journal of Nursing Research: JNR, 27*(1), 1-9.
25. Clark, J., & Lang, N. (1992). Nursing's next advance: An international classification for nursing practice. *International Nursing Review, 39*(4), 109-112.
26. Cohen, M., Kruckeberg, T., McCloskey, J., Bulechek, G., Craft, M., Crossley, J., Denehy, J. A., Glick, O. J., Maas, M., & Prophet, C. M. (1991). Inductive methodology and a research team. *Nursing Outlook, 39*(4), 162-165.
27. *CONSORT: Transparent Reporting of Trials* (n.d.). http://www.consort-statement.org.
28. 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.
29. 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.
30. Cullen, L., Hanrahan, K., Farrington, M., DeBerg, J., Tucker, S., & Kleiber, C. (2018). *Evidence-based practice in action. Comprehensive strategies, tools, and tips from the University of Iowa Hospitals and Clinics*. Sigma Theta Tau International.
31. de Araujo, D. D., Silva, D., Rodrigues, C., Silva, P. O., Macieira, T., & Chianca, T. (2019). Effectiveness of nursing interventions to prevent dry eye in critically ill patients. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses, 28*(4), 299-306. https://doi.org/10.4037/ajcc2019360.
32. Doenges, M. E., Moorhouse, F., & Murr, A. C. (2019). *Nursing care plans: Guidelines for individualizing client care across the life span* (10th ed.). F. A. Davis.
33. Enderlin, C., & Richards, K. (2006). Research testing of tailored interventions. *Research and Theory for Nursing Practice, 20*(4), 317-324.
34. Escalada-Hernández, P., Muñoz-Hermoso, P., González-Fraile, E., Santos, B., González-Vargas, J. A., Feria-Raposo, I., Girón-García, J. L., & García-Manso, M. (2015). A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders. *Applied Nursing Research, 28*(2), 92-98.
35. Fawcett, J., & Carino, C. (1989). Hallmarks of success in nursing practice. *Advances in Nursing Science, 11*(4), 1-8.
36. Fehring, R. (1987). Methods to validate nursing diagnoses. *Heart and Lung, 16*, 625-629.
37. Fennelly, O., Grogan, L., Reed, A., & Hardiker, N. R. (2021). Use of standardized terminologies in clinical practice: A scoping review. *International Journal of Medical Informatics, 149*, 104431. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104431.
38. Ferreira Santana, R., Batista Rosa, T., Gonçalves Aquino, R., Araújo de Alexandrino, S., Alves Santos, G. L., & Araújo Lobato, H. (2016). Maintenance of functional capacity in cognitive stimulation subgroups. *Investigacion y Educacion en Enfermeria, 34*(3), 493-501.
39. Gleick, J. (2011). *The information: A history, a theory, a flood*. Pantheon.
40. Gray, J. R., & Grove, S. K. (2021). *Burns and Grove's The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th ed.). Elsevier.
41. Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B., & Ball, J. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.), 74*(7), 1474-1487. https://doi.org/10.1111/jan.13564.
42. Griggs, K., Arms, T., & Turrise, S. (2019). Outcome-Present State Test Model for expanding students' clinical reasoning. *Nurse Educator, 44*(3), 174. https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000578.
43. Haegdorens, F., Van Bogaert, P., De Meester, K., & Monsieurs, K. G. (2019). The impact of nurse staffing levels and nurse's education on patient mortality in medical and surgical wards: An observational multicentre study. *BMC Health Services Research, 19*(1), 864. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4688-7.
44. Hedden, H. (2010). *The accidental taxonomist*. Information Today.
45. 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). Wiley Blackwell.
46. Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). *Nursing diagnoses: Definitions and classification 2021-2023* (12th ed.). Thieme.
47. Hong, S.-J., & Lee, E. (2012). Korean and United States: Comparison of costs of nursing interventions. *Korean Journal of Adult Nursing, 24*(4), 358-369. https://doi.org/10.7475/kjan.2012.24.4.358.
48. Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. The National Academies Press.
49. Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. The National Academies Press.
50. Iowa Intervention Project. (1993). The NIC taxonomy structure. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 25*(3), 187-192.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

51. Iowa Intervention Project. (1995). Validation and coding of the NIC taxonomy structure. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 27*(1), 43-49.
52. Iowa Intervention Project. (1996). *NIC interventions linked to Omaha system problems.* Iowa City, IA: Center for Nursing Classification.
53. Jacox, A. (1995). Practice and policy implications of clinical and administrative databases. In N. M. Lang (Ed.), *Nursing data systems: The emerging framework.* American Nurses Association.
54. Jagerman, E.J. (2006). *Creating, maintaining and applying quality taxonomies.*
55. 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.* Elsevier Mosby.
56. 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).
57. Kautz, D. D., Kuiper, R., Pesut, D. J., 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). https://doi.org/10.2202/1548-923X.1052.
58. Kautz, D. D., Kuiper, R., Pesut, D. J., & Williams, R. L. (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: The Official Journal of NANDA International, 17*, 129-138. https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2006.00033.x.
59. Keenan, G. (1999). Use of standardized nursing language will make nursing visible. *Michigan Nurse, 72*(2), 12-13.
60. Keenan, G. M., Yakel, E., Yao, Y., Xu, D., Szalacha, L., Tschannen, D., Ford, Y., Chen, Y.-C., Johonson, A., Dunn Lopez, K., & Wilkie, D. J. (2012). Maintaining a consistent big picture: Meaningful use of a web-based POC EHR system. *International Journal of Nursing Knowledge, 23*(3), 119-133. https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01215.x.
61. Kelly, K. (2016). *The inevitable: Understanding the 12 technological forces that will shape our future.* Viking.
62. Klehr, J., Hafner, J., Spelz, L. M., Steen, S., & Weaver, K. (2009). Implementation of standardized nomenclature in the electronic medical record. *International Journal of -Nursing Terminologies and Classifications, 20*, 169-180. https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2009.01132.x.
63. Koleck, T. A., Tatonetti, N. P., Bakken, S., Mitha, S., Henderson, M. M., George, M., Miaskowski, C., Smaldone, A., & Topaz, M. (2021). Identifying symptom information in clinical notes using Natural Language Processing. *Nursing Research, 70*(3), 173-183.
64. Kuiper, R. (2008). Use of personal digital assistants to support clinical reasoning in undergraduate baccalaureate nursing students. *Computers Informatics, 26*(2), 90-98.
65. Kuiper, R., Donnell, S., Pesut, D., & Turrise, S. (2017). *The essentials of clinical reasoning for nurses: Using the Outcome-Present State-Test Model for reflective practice.* Sigma Theta Tau International.
66. 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). https://doi.org/10.2202/1548-923X.1466.
67. Kuiper, R., Pesut, D., & Arms, T. (2016). *Clinical reasoning and care coordination in advanced practice nursing.* Springer.
68. Kuiper, R., Pesut, D., & Kautz, D. (2009). Promoting self-regulation of clinical reasoning skills in nursing students. *Open Nursing Journal, 3*, 76-85. https://doi.org/10.2174/1874434600903010076.
69. Lambe, P. K. (2007). *Organising knowledge: Taxonomies, knowledge, and organizational effectiveness.* Chandos.
70. 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.
71. Lozano, P., Butcher, H. K., Serrano, C., Carrasco, A., Lagares, C., Lusilla, P., & O'Ferrall, C. (2021). Motivational interviewing: Validation of a proposed NIC nursing intervention in persons with a severe mental illness. *International Journal of Nursing Knowledge, 32*(4), 240-252.
72. Lucena, A., de, F., Magro, C. Z., da Costa Proença, M. C., Bertoldo Pires, A. U., Monteiro Moraes, V., & Badin Aliti, G. (2017). Validation of the nursing interventions and activities for patients on hemodialytic therapy. *Revista Gaucha de Enfermagem, 38*(3), 1-9.
73. 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). American Nurses Association.
74. Lunney, M. (2006). Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC: Novice to expert. *Nurse Educator, 31*(1), 40-46.
75. Lunney, M. (Ed.), (2009). *Critical thinking to achieve positive health outcomes: Nursing case studies and analyses.* Wiley-Blackwell.
76. Lunney, M., McGuire, M., Endozo, N., & McIntosh-Waddy, D. (2010). Consensus-validation study identifies relevant nursing diagnoses, nursing interventions, and health outcomes for people with traumatic brain injuries. *Rehabilitation Nursing, 35*(4), 161-166.
77. Makic, B. F. M., & Martinez-Karatz, M. R. (2022). *Ackley and Ladwig's nursing diagnosis handbook: An evidence-based guide to planning care* (13th ed.). Elsevier.
78. Mayer-Schonberger, V., & Cukier, K. (2013). *Big data: A revolution that will transform how we live, work, and think.* Eamon Dolan.
79. McCloskey, J. C., Bulechek, G. M., & Donahue, W. (1998). Nursing interventions core to specialty practice. *Nursing Outlook, 46*(2), 67-76.
80. McGonigle, D., & Mastrian, K. D. (2022). *Systems Development Life Cycle: Nursing informatics and organizational decision makingNursing informatics and the foundation of knowledge.* (5th ed.). Jones & Bartlett Learning. 191-204.
81. Melnyk, B. M., & Morrison-Beedy, D. (2019). *Intervention research and evidence-based quality improvement: Designing, conducting, analyzing, and funding* (2nd ed.). Springer.
82. Moorhead, S., Macieira, T. G. R., Lopez, K. D., Mantovani, V. M., Swanson, E., Wagner, C., & Abe, N. (2021). NANDA-I, NOC, and NIC Linkages to SARS-Cov-2 (COVID-19): Part 1. Community response. *International Journal of Nursing Knowledge, 32*(1), 59-67. https://doi.org/10.1111/2047-3095.12291.
83. Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2024). *Nursing outcomes classification: Measurement of health outcomes* (7th ed.). Elsevier.
84. 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.
85. Nolan, P. (1998). Competencies drive decision making. *Nursing Management, 29*(3), 27-29.
86. Ohl, M. (2018). *The art of naming.* The MIT Press.

87. Olley, R., Edwards, I., Avery, M., & Cooper, H. (2019). Systematic review of the evidence related to mandated nurse staffing ratios in acute hospitals. *Australian Health Review, 43*(3), 288-293. https://doi.org/10.1071/AH16252.
88. Peplau, H. E. (1987). Nursing science: A historical perspective. In R. R. Parse (Ed.), *Nursing science: Major paradigms, theories, and critiques* (pp. 13-29). Saunders.
89. Peres, H. H., de Almeida Lopes, D., da Cruz, M., Tellez, M., de Cassia Gengo e Silva, R., dos, R. C., Diogo, S., Ortiz, D. C., & Ortiz, D. R. (2015). Nursing clinical documentation system structured on NANDA-I, NOC, and NIC classification systems. *Studies in Health Technology and Informatics, 216*, 943.
90. Perry, P. A., Potter, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.
91. Pesut, D. (2002). Nursing nomenclatures and eye-roll anxiety control. *Journal of Professional Nursing, 18*(1), 3-4.
92. Pesut, D., & Herman, J. (1999). *Clinical reasoning: The art and science of critical and creative thinking*. Delmar.
93. Possari, J. F., Gaidzinski, R. R., Lima, A. F., Fugulin, F. M., & Herdman, T. H. (2015). Use of the nursing intervention classification for identifying the workload of a nursing team in a surgical center. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 23*(5), 781-788. https://doi.org/10.1590/0104-1169.0419.2615.
94. Rae, P. J. L., Pearce, S., Greaves, P. J., Dall'Ora, C., Griffiths, P., & Endacott, R. (2021). Outcomes sensitive to critical care nurse staffing levels: A systematic review. *Intensive & Critical Care Nursing, 67*, 103110. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103110.
95. Raghupathi, W., & Raghupathi, V. (2014). Big data analytics in healthcare: Promise and potential. *Health Information Science and Systems, 2*(3), 1-29. https://doi.org/10.1186/2047-2501-2-3.
96. Raurell-Torredà, M., Llauradó-Serra, M., Lamoglia-Puig, M., Rifà-Ros, R., Díaz-Agea, J. L., García-Mayor, S., & Romero-Collado, A. (2020). Standardized language systems for the design of high-fidelity simulation scenarios: A Delphi study. *Nurse Education Today, 86*, 104319. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104319.
97. 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.
98. Rifà-Ros, R., Olivé-Adrados, C., & Lamoglia-Puig, M. (2020). *NIC para el aprendizaje teorico-practico en enfermeria* (2nd ed.). Elsevier.
99. Rutherford, M. A. (2008). Standardized Nursing Language: What does it mean for nursing practice. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 13*(1). https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol13No01PPT05.
100. Sackett, D., Straus, S., Richardson, W., Rosenberg, W., & Haynes, R. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). Churchill Livingstone.
101. Shever, L. L. (2011). The impact of nursing surveillance on failure to rescue. *Research and Theory for Nursing Practice, 25*(2), 107-126. https://doi.org/10.1891/1541-6577.25.2.10.
102. Shever, L. 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. https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.200700044.x.
103. Shin, J. H., Choi, G. Y., & Lee, J. (2021). Identifying frequently used NANDA-I nursing diagnoses, NOC outcomes, NIC interventions, and NNN linkages for nursing home residents in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(21), 11505. https://doi.org/10.3390/ijerph182111505.
104. Sidani, S., & Braden, C. J. (2021). *Nursing and health interventions: Design, evaluation, and implementation* (2nd ed.). Wiley Blackwell.
105. Silva de Melo, L., da Silva Figueiredo, L., de Melo Vellozo Pereira, J., Peclat Flores, P. V., Barbosa Siqueira, M. E., & Dantas Cavalcanti, A. C. (2017). Educational strategies used in standardized language systems by nurses: An integrative review. *Online Brazilian Journal of Nursing, 16*(3), 4. https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175549.
106. Silva, R., & Ferreira, N. (2016). Content validation study of nursing interventions intended to prevent cardiovascular events in diabetic patients. *Journal of Clinical Nursing, 26*(3-4), 366-368. https://doi.org/10.1111/jocn13181.
107. Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., -McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroff-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *BMJ, 374*(2061). https://doi.org/10.1136/bmj.n2061.
108. Sun, J., Li, Y., & Shen, N. (2021). The use of the Nursing Interventions Classification in identifying the workload of a nursing team in a pediatric oncology center. *Studies in Health Technology and Informatics, 284*, 83-84. https://doi.org/10.3233/SHTI210673.
109. Swanson, E., Mantovani, V. M., Wagner, C., Moorhead, S., Lopez, K. D., Macieira, T. G. R., & Abe, N. (2021). NANDA-I, NOC, and NIC linkages to SARS-CoV-2 (COVID-19): Part 2. *Individual response. International Journal of Nursing Knowledge, 32*(1), 68-83. https://doi.org/10.1111/2047-3095.12307.
110. Tastan, S., Linch, G. C., Keenan, G. M., Stifter, J., McKinney, D., Fahey, L., Lopez, K. D., Yao, Y., & Wilkie, D. J. (2014). Evidence for the existing American Nurses Association--recognized standardized nursing terminologies: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 51*(8), 1160-1170. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.004.
111. The Agency for Health Care Policy and Research Reauthorization Act of 1992 (P.L. 102-410).
112. Thede, L. Q., & Schwirian, P. M. (2016). Informatics: The standardized nursing terminologies: A national survey of nurses' experience and attitudes—SURVEY II: Evaluation of standardized nursing terminologies. *Online Journal of Issues in Nursing, 21*(1), 6. https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol21No01InfoCol01.
113. Titler, M., Dochterman, J., Kim, T., Kanak, M., Shever, L., Picone, D., Everett, L., & Budreau, G. (2007). Costs of care for seniors hospitalized for hip fractures and related procedures. *Nursing Outlook, 55*(1), 5-14. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2006.06.006.
114. Titler, M., Dochterman, J., & Reed, D. (2004). *Guideline for conducting effectiveness research in nursing and other healthcare services*. The University of Iowa, College of Nursing, -Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness.
115. Trovó, S. A., Cucolo, D. F., & Perroca, M. G. (2020). Time and quality of admissions: Nursing workload. *Revista brasileira de enfermagem, 73*(5), e20190267. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0267.
116. Twigg, D. E., Whitehead, L., Doleman, G., & El, Z. S. (2021). The impact of nurse staffing methodologies on nurse and patient outcomes: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 77*(12), 4599-4611. https://doi.org/10.1111/jan.14909.
117. Wagner, C. M., Swanson, E. A., Moorhead, S., Mantovani, V. M., Dunn, L. K., Macieira, T. G. R., Abe, N., & Breitenstein, S. (2022). NANDA-I, NOC, and NIC linkages to SARS-CoV-2 (COVID-19): Part 3. Family response. *International Journal of Nursing Knowledge, 33*(1), 5-17. https://doi.org/10.1111/2047-3095.12323.
118. Werley, H. H., & Lang, N. M. (Eds.). (1988). *Identification of the nursing minimum data set*. Springer.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

SEGUNDA PARTE

Taxonomía de las intervenciones de enfermería

Introducción a la taxonomía NIC

Esta octava edición de la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* tiene 614 intervenciones organizadas, como en las últimas 5 ediciones, en 7 dominios y 30 clases. Esta estructura taxonómica de tres niveles se presenta en las siguientes páginas. En el nivel superior, más abstracto, están los 7 *dominios* (numerados del 1 al 7). Cada dominio incluye *clases* (clasificadas por orden alfabético), que son el segundo nivel de abstracción de la taxonomía y son agrupamientos de intervenciones similares. El tercer nivel contiene las etiquetas de las *intervenciones*, cada una con un código único de cuatro números. En la taxonomía solo se clasifican las etiquetas de las intervenciones. Para conocer la definición y las actividades de cada intervención, véase la lista alfabética del libro. La taxonomía se construyó originalmente utilizando los métodos de análisis de similitud, agrupamiento jerárquico, juicio clínico y revisión de expertos. Consúltense las 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 persona 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 la de 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. La clase y el dominio de la intervención se identifican usando seis dígitos (p. ej., 1A-0140 se refiere a Favorecimiento de la mecánica corporal y está situada en la clase Manejo de la actividad y el ejercicio en el dominio Fisiológico: básico). Los códigos de actividad no están incluidos en este libro. Para asignar códigos a las actividades, se pueden numerar las actividades de cada intervención usando dos dígitos después de un punto decimal (p. ej., 1A-0140.01 designa la primera actividad de Favorecimiento de la mecánica corporal). 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 Mediación del sistema sanitario (Gestión del sistema sanitario, codificada como a, y Gestión 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 Favorecimiento de la salud de la comunidad y Gestión del riesgo de la comunidad, en el dominio Comunidad (c y d). En esta edición no se han incluido nuevos dominios o clases; las 60 nuevas intervenciones se ubicaron fácilmente en las clases ya existentes. La clase Control de fármacos *(Drug Management)* (H) ha pasado a denominarse Manejo de la medicación *(Medication Management)* en esta edición, para evitar la connotación negativa del término *«drug»* en inglés (quiere decir tanto 'fármaco' como 'droga'), mientras que la clase Educación de los pacientes (S) ha pasado a denominarse Educación para la salud, de acuerdo con nuestra creencia de que la educación que imparten las enfermeras no se limita a los pacientes.

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 del nombre, 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

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

cuarta edición, Sedación consciente cambió a Manejo de la sedación para reflejar mejor la práctica actual; en la séptima edición, Informe de turno se modificó y pasó a denominarse Transferencia de cuidados del paciente para reflejar que esta intervención se usa en otros entornos además de los hospitales; y Tratamiento del trauma de la violación se ha cambiado en esta edición a Cuidados del trauma por una agresión sexual para reflejar mejor las terminologías actuales).

- A las intervenciones que tienen una modificación en el nombre de la etiqueta que *sí* cambia la naturaleza de la intervención 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 la séptima edición se retiró Manejo del dolor y se incluyeron dos intervenciones nuevas y más específicas, Manejo del dolor: agudo y Manejo del dolor: crónico; y en esta edición se ha eliminado Colaboración con el médico y se ha añadido una nueva intervención, Colaboración con otros profesionales sanitarios, que refleja con más exactitud la actual naturaleza colaborativa de la práctica de la enfermería).
- 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. Manejo de la actividad y el ejercicio*** Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía ***B. Manejo 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. Manejo de la inmovilidad*** Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas ***D. Apoyo nutricional*** Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional ***E. Favorecimiento del confort físico*** Intervenciones para favorecer la comodidad utilizando técnicas físicas ***F. Facilitación del autocuidado*** Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida diaria	***G. Manejo de los electrólitos y ácido-base*** Intervenciones para regular el equilibrio electrolítico y ácido-base y prevenir complicaciones ***H. Manejo de la medicación*** Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos ***I. Manejo neurológico*** Intervenciones para optimizar la función neurológica ***J. Cuidados perioperatorios*** Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante e inmediatamente después de la cirugía ***K. Manejo respiratorio*** Intervenciones para favorecer la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso ***L. Manejo 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. Manejo de la perfusión tisular*** Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos	***O. Terapia conductual*** Intervenciones para reforzar o favorecer conductas deseables o alterar conductas indeseables ***P. Terapia cognitiva*** Intervenciones para reforzar o favorecer el funcionamiento cognitivo deseable o modificar el funcionamiento cognitivo indeseable ***Q. Mejora 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 para la salud*** Intervenciones para facilitar el aprendizaje ***T. Favorecimiento del confort psicológico*** Intervenciones para favorecer 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. Gestión de crisis Intervenciones para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en casos de crisis psicológicas o fisiológicas ***V. Manejo del riesgo*** Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos a lo largo del tiempo	***W. Cuidados gestacionales*** 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*** Intervenciones para ayudar en la crianza de los niños ***X. Cuidados durante la vida*** Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y favorecer 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 la persona/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. Gestión de la información*** Intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria	***c. Favorecimiento de la salud de la comunidad*** Intervenciones que fomentan la salud de toda la comunidad ***d. Gestión del riesgo 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. Manejo de la actividad y el ejercicio Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía	B. Manejo 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. Manejo de la inmovilidad Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas
Nivel 3 Intervenciones	5612 Enseñanza: ejercicio prescrito S* 0140 Favorecimiento de la mecánica corporal 0200 Favorecimiento del ejercicio 0201 Favorecimiento del ejercicio: entrenamiento de fuerza 0202 Favorecimiento 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 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 drenaje: urinario 0470 Disminución de la flatulencia 0565 Ecografía: vejiga urinaria 0560 Ejercicios del suelo pélvico 0570 Entrenamiento de la vejiga urinaria 0600 Entrenamiento del hábito urinario 0550 Irrigación de la vejiga urinaria 0460 Manejo de la diarrea 0590 Manejo de la eliminación urinaria 0450 Manejo del estreñimiento 0630 Manejo del pesario 0490 Manejo del prolapso rectal 0430 Manejo intestinal 0640 Micción estimulada 0580 Sondaje vesical 0581 Sondaje vesical: externo 0582 Sondaje vesical: intermitente	1806 Ayuda con el autocuidado: transferencia F 0840 Cambio de posición 0846 Cambio de posición: silla de ruedas 0762 Cuidados de los yesos: mantenimiento 0764 Cuidados de los yesos: yeso húmedo 0940 Cuidados de tracción/inmovilización 0740 Cuidados del paciente encamado 0910 Inmovilización 6580 Restricción física V 0970 Transferencia
	0100 a 0399	0400 a 0699	0700 a 0999

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

D. **Apoyo nutricional** Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional	E. **Favorecimiento del confort físico** Intervenciones para favorecer 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 1240 Ayuda para ganar peso 1280 Ayuda para perder peso 1874 Cuidados del drenaje: 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 1080 Sondaje nasogástrico 1860 Terapia de deglución **F** 1120 Terapia nutricional	1320 Acupresión 1380 Aplicación de calor o frío 1330 Aromaterapia 1340 Estimulación cutánea 1540 Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) 1360 Extubación endotraqueal: paliativa 1450 Manejo de las náuseas 6482 Manejo del confort 1410 Manejo del dolor: agudo 1415 Manejo del dolor: crónico 6855 Manejo del dolor de parto **W** 3550 Manejo del prurito **L** 1440 Manejo del síndrome premenstrual (SPM) 1570 Manejo del vómito 1480 Masaje 1310 Masaje abdominal 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 1804 Ayuda con el autocuidado: micción/defecación **B** 1806 Ayuda con el autocuidado: transferencia **C** 1610 Baño 1620 Cuidados 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* 1720 Favorecimiento de la salud oral 1645 Irrigación de los oídos 1655 Irrigación de los ojos 6462 Manejo de la demencia: baño **V** 1710 Mantenimiento de la salud oral 1665 Mejora de la capacidad funcional 1850 Mejora del sueño 1730 Restablecimiento de la salud oral 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. Manejo de los electrólitos y ácido-base
Intervenciones para regular el equilibrio electrolítico y ácido-base y prevenir complicaciones

Nivel 3 Intervenciones

1200 Administración de nutrición parenteral total (NPT) **D**
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 ácido-base
1911 Manejo del equilibrio ácido-base: acidosis metabólica
1913 Manejo del equilibrio ácido-base: acidosis respiratoria **K***
1912 Manejo del equilibrio ácido-base: alcalosis metabólica
1914 Manejo del equilibrio ácido-base: alcalosis respiratoria **K**
2020 Monitorización de electrólitos
1920 Monitorización del equilibrio ácido-base
4232 Punción arterial: muestra de sangre arterial **N**
2150 Terapia de diálisis peritoneal
2100 Terapia de hemodiálisis
2110 Terapia de hemofiltración

1900 a 2199

H. Manejo de la medicación
Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos

2210 Administración de analgésicos
2214 Administración de analgésicos: intraespinal
2840 Administración de anestesia **J**
2300 Administración de medicación
2316 Administración de medicación: cutánea
2322 Administración de medicación: disco intraocular
2301 Administración de medicación: enteral
2321 Administración de medicación: infusión subcutánea continua
2311 Administración de medicación: inhalatoria
2312 Administración de medicación: intradérmica
2319 Administración de medicación: intraespinal
2313 Administración de medicación: intramuscular (i.m.)
2303 Administración de medicación: intraósea
2302 Administración de medicación: intrapleural
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
2318 Administración de medicación: vaginal
2400 Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)
2395 Conciliación de medicación **V**
2370 Desprescripción de medicación
5616 Enseñanza: medicamentos prescritos **S**
2420 Fitoterapia
2380 Manejo de la medicación
2385 Manejo de la medicación: cannabis medicinal
2398 Manejo de la medicación: dispositivo de infusión portátil
2240 Manejo de la quimioterapia **S**
2260 Manejo de la sedación
4270 Manejo de la terapia trombolítica **N**
4054 Manejo del acceso venoso central: inserción central **N**
4220 Manejo del acceso venoso central: inserción periférica **N**
2390 Prescripción de medicación
6430 Restricción química **V**
2280 Terapia de sustitución hormonal
2430 Terapia hormonal para personas transgénero

2200 a 2499

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

I. Manejo neurológico

Intervenciones para optimizar la función neurológica

0844 Cambio de posición: neurológico
1878 Cuidados del drenaje: ventriculostomía/lumbar
2550 Favorecimiento de la perfusión cerebral
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
2540 Manejo del edema cerebral
2590 Monitorización de la presión intracraneal (PIC)
2620 Monitorización neurológica
2720 Precauciones en la hemorragia subaracnoidea
2690 Precauciones en las convulsiones

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: preoperatoria S
2910 Manejo de la instrumentación quirúrgica
2865 Manejo del torniquete neumático
6560 Precauciones con el láser V
2920 Precauciones quirúrgicas V
2930 Preparación quirúrgica
3902 Regulación de la temperatura: perioperatoria M

Nivel 1 Dominios

2. FISIOLÓGICO: COMPLEJO *(cont.)*

Cuidados que apoyan la regulación homeostática

Nivel 2 Clases

K. Manejo respiratorio

Intervenciones para favorecer la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso

Nivel 3 Intervenciones

3160 Aspiración de la vía aérea
3390 Ayuda a la ventilación
3330 Cambio de posición: decúbito prono
1872 Cuidados del drenaje: torácico
4106 Cuidados del embolismo: pulmonar **N**
3310 Destete de la ventilación mecánica
3270 Extubación endotraqueal
3230 Fisioterapia torácica
3340 Inducción e intubación en secuencia rápida
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 la vía aérea artificial
3210 Manejo del asma
1913 Manejo del equilibrio ácido-base: acidosis respiratoria **G***
1914 Manejo del equilibrio ácido-base: alcalosis respiratoria **G**
3250 Mejora de la tos
3350 Monitorización respiratoria
3320 Oxigenoterapia
3200 Precauciones en la aspiración **V**

3100 a 3399

L. Manejo de la piel/heridas

Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos

0480 Cuidados de la ostomía **B**
3570 Cuidados de la piel: productos absorbentes
3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico
3583 Cuidados de la piel: zona del injerto **J**
3582 Cuidados de la piel: zona donante **J**
3420 Cuidados de las amputaciones
3660 Cuidados de las heridas
3664 Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización
3662 Cuidados de las heridas: drenaje cerrado
3670 Cuidados de las heridas: protección
3661 Cuidados de las heridas: quemaduras
3520 Cuidados de las lesiones por presión
3440 Cuidados del sitio de incisión
3510 Fototerapia: piel
3680 Irrigación de heridas
3550 Manejo del prurito **E**
3480 Monitorización de las extremidades inferiores
3540 Prevención de las lesiones por presión **V**
3620 Sutura
3460 Terapia con sanguijuelas
3590 Vigilancia de la piel

3400 a 3699

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

M. Termorregulación

Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales

3786 Manejo de la hipertermia
3800 Manejo de la hipotermia
3920 Manejo de la termorregulación
3840 Precauciones en la hipertermia maligna U
3900 Regulación de la temperatura
3902 Regulación de la temperatura: perioperatoria J
3910 Regulación de la temperatura: recién nacido
3790 Terapia de inducción de hipotermia

3700 a 3999

N. Manejo 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
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
4234 Flebotomía: donación de sangre
4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa
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 del acceso venoso central: inserción central H
4220 Manejo del acceso venoso central: inserción periférica 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
4255 Manejo del shock: sepsis
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
4232 Punción arterial: muestra de sangre arterial G
4190 Punción intravenosa (i.v.)
4150 Regulación hemodinámica
4140 Reposición de líquidos
4200 Terapia intravenosa (i.v.)
4115 Terapia mediante oxigenación con membrana extracorpórea

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 favorecer conductas deseables o alterar conductas indeseables

Nivel 3 Intervenciones

4420 Acuerdo sobre la conducta
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
4395 Entrevista motivacional
4380 Establecimiento de límites
4410 Establecimiento de objetivos comunes
4480 Facilitación de la autorresponsabilidad
6926 Fototerapia: regulación del estado de ánimo
4430 Ludoterapia **Q**
4350 Manejo de la conducta
4354 Manejo de la conducta: autolesión
4352 Manejo de la conducta: falta de atención e hiperactividad
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
4310 Terapia de actividad
4367 Terapia de baile
4368 Terapia de jardinería
4510 Tratamiento del consumo de sustancias nocivas
4514 Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: abstinencia de las drogas
4512 Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: abstinencia del alcohol
4516 Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: sobredosis

4300 a 4599

P. Terapia cognitiva

Intervenciones para reforzar o favorecer el funcionamiento cognitivo deseable o modificar el funcionamiento cognitivo indeseable

4640 Ayuda para el control de la ira
4680 Biblioterapia
4760 Entrenamiento de la memoria
4720 Estimulación cognitiva
5520 Facilitación del aprendizaje **S**
4740 Llevar un diario
4820 Orientación en la realidad
4700 Reestructuración cognitiva
4730 Reflexión guiada
4860 Terapia de reminiscencia

4600 a 4899

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

Q. Mejora de la comunicación

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

4330 Arteterapia **O**
6675 Cribado visual **V**
5000 Desarrollo de interacciones empáticas
4920 Escucha activa
4430 Ludoterapia **O**
5020 Mediación de conflictos
4974 Mejora de la comunicación: déficit auditivo
4976 Mejora de la comunicación: déficit del habla
4978 Mejora de la comunicación: déficit visual
5100 Mejora de la socialización
4400 Musicoterapia **O**
4320 Terapia asistida con animales **O**
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

Nivel 3 Intervenciones

5270 Apoyo emocional
5250 Apoyo en la toma de decisiones Y
5420 Apoyo espiritual
5240 Asesoramiento
5248 Asesoramiento sexual
5480 Clarificación de valores
5242 Consejo genético W
5460 Contacto
5215 Cuidados en el duelo
5260 Cuidados en la agonía
5310 Dar esperanza
5470 Declarar la verdad al paciente
5350 Disminución del estrés por traslado
5305 Entrenamiento en salud
5290 Facilitación de la superación de la aflicción
5294 Facilitación de la superación de la aflicción: muerte perinatal W
5300 Facilitación de la superación de la culpa
5426 Facilitación del crecimiento espiritual
5280 Facilitación del perdón
5430 Grupo de apoyo
5320 Humor
6160 Intervención en caso de crisis U
5424 Manejo de la práctica religiosa
5330 Manejo del estado de ánimo
5390 Mejora de la autoconciencia
5395 Mejora de la autoeficacia
5400 Mejora de la autoestima
5220 Mejora de la imagen corporal
5326 Mejora de las aptitudes para la vida diaria
5440 Mejora de los sistemas de apoyo
5370 Mejora de roles X
5230 Mejora del afrontamiento
5210 Orientación anticipatoria Z*
5340 Presencia
5235 Prevención de las recidivas
5360 Terapia de entretenimiento
5450 Terapia de grupo
5422 Terapia de la adicción a la religión
5410 Terapia del trauma: niño
5328 Visitas domiciliarias de apoyo Q

5200 a 5499

S. Educación para la salud

Intervenciones para facilitar el aprendizaje

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
5649 Enseñanza: control de infecciones V
5655 Enseñanza: desarrollo del lactante (0-3 meses) Z
5658 Enseñanza: desarrollo del lactante (4-6 meses) Z
5656 Enseñanza: desarrollo del lactante (7-9 meses) Z
5657 Enseñanza: desarrollo del lactante (10-12 meses) Z
5680 Enseñanza: desarrollo en la primera infancia (1-5 años)
5650 Enseñanza: desarrollo en la infancia media (6-12 años) Z
5670 Enseñanza: desarrollo del adolescente (12-21 años) Z
5614 Enseñanza: dieta prescrita D
5612 Enseñanza: ejercicio prescrito A
5634 Enseñanza: entrenamiento del control de esfínteres 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
5682 Enseñanza: nutrición en la primera infancia (1-5 años)
5652 Enseñanza: nutrición en la infancia media (6-12 años) Z
5672 Enseñanza: nutrición del adolescente (12-21 años) Z
5610 Enseñanza: preoperatoria J
5618 Enseñanza: procedimientos o tratamientos
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
5684 Enseñanza: seguridad en la primera infancia (1-5 años)
5654 Enseñanza: seguridad en la infancia media (6-12 años) Z
5674 Enseñanza: seguridad del adolescente (12-21 años) Z
5624 Enseñanza: sexualidad
5520 Facilitación del aprendizaje P
5580 Información preparatoria: sensorial
2240 Manejo de la quimioterapia H
5515 Mejora de la alfabetización en salud
6784 Planificación familiar: anticoncepción W

5500 a 5799

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

T. Favorecimiento del confort psicológico

Intervenciones para favorecer la comodidad utilizando técnicas psicológicas

5860 Biorretroalimentación
5820 Disminución de la ansiedad
5900 Distracción
5840 Entrenamiento autógeno
5922 Facilitación de la autohipnosis
5960 Facilitación de la meditación
5920 Hipnosis
5880 Técnica de relajación
6040 Terapia de relajación
6000 Visualización guiada
6050 Yoga
5930 Yoga de la risa

Nivel 1
Dominios

4. SEGURIDAD
Cuidados que apoyan la protección contra daños

Nivel 2
Clases

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

Nivel 3
Intervenciones

6300 Cuidados del trauma por una agresión sexual
6200 Cuidados en la emergencia
7170 Facilitación de la presencia de la familia X
6160 Intervención en caso de crisis R*
6140 Manejo de la parada cardiorrespiratoria
6170 Manejo del apaciguamiento
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
6362 Triaje: catástrofe en la comunidad
6364 Triaje: centro de urgencias
6366 Triaje: telecomunicación

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

V. Manejo del riesgo

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

6576 Acompañamiento físico
6630 Aislamiento
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
2395 Conciliación de medicación **H**
6540 Control de infecciones
6520 Cribado de salud **d**
6675 Cribado visual **Q**
6525 Detección de la trata de seres humanos
5649 Enseñanza : control de infecciones **S**
6648 Enseñanza : prevención de las lesiones deportivas **Z**
6522 Exploración mamaria
6596 Facilitación de la cuarentena
6594 Facilitación del distanciamiento físico
9050 Favorecimiento de la seguridad en el vehículo **d**
6610 Identificación de riesgos **d**
6620 Identificación de riesgos : enfermedades infecciosas
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
6600 Manejo de la radioterapia
6530 Manejo de la vacunación **c**
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 delirium
6680 Monitorización de los signos vitales
6560 Precauciones con el láser **J**
6470 Precauciones contra fugas
6500 Precauciones en incendios provocados
6570 Precauciones en la alergia al látex
3200 Precauciones en la aspiración **K**
6580 Precauciones en la neutropenia
6592 Precauciones en pandemias
2920 Precauciones quirúrgicas **J**
6490 Prevención de caídas
3540 Prevención de las lesiones por presión **L**
6340 Prevención del suicidio **U**
6550 Protección contra las infecciones
6425 Registro corporal
6420 Restricción de zonas de movimiento
6580 Restricción física **C**
6430 Restricción química **H**
6670 Terapia de validación
6650 Vigilancia
6660 Vigilancia : monitorización con vídeo

Nivel 1 Dominios

5. Familia
Cuidados que apoyan a la unidad familiar

Nivel 2 Clases

W. Cuidados gestacionales

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: lactante
5247 Asesoramiento antes de la concepción
5242 Consejo genético **R**
6840 Cuidados de canguro (del niño prematuro)
3000 Cuidados de la circuncisión **J**
1875 Cuidados del drenaje: umbilical
6800 Cuidados del embarazo de alto riesgo
6826 Cuidados del lactante: prematuro
6824 Cuidados del lactante: recién nacido
6750 Cuidados del parto por cesárea
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
5294 Facilitación de la superación de la aflicción: muerte perinatal **R**
7104 Favorecimiento de la integridad familiar: familia con recién nacido
6924 Fototerapia: neonato
6612 Identificación de riesgos: familia con recién nacido
6850 Inducción del parto
7886 Manejo de la tecnología reproductiva
6855 Manejo del dolor de parto **E**
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

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
8272 Cuidados del adolescente
6820 Cuidados del lactante
6810 Cuidados del lactante: ayuda para la exploración ocular
8274 Cuidados del niño
5562 Educación parental: adolescentes S
5566 Educación parental: crianza familiar de los niños S
5568 Educación parental: lactante S
5655 Enseñanza: desarrollo del lactante (0-3 meses) S
5658 Enseñanza: desarrollo del lactante (4-6 meses) S
5656 Enseñanza: desarrollo del lactante (7-9 meses) S
5657 Enseñanza: desarrollo del lactante (10-12 meses) S
5680 Enseñanza: desarrollo en la primera infancia (1-5 años) S
5650 Enseñanza: desarrollo en la infancia media (6-12 años) S
5670 Enseñanza: desarrollo del adolescente (12-21 años) S
5634 Enseñanza: entrenamiento del control de esfínteres 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
5682 Enseñanza: nutrición en la primera infancia (1-5 años) S
5652 Enseñanza: nutrición en la infancia media (6-12 años) S
5672 Enseñanza: nutrición del adolescente (12-21 años) S
6648 Enseñanza: prevención de las lesiones deportivas V
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
5684 Enseñanza: seguridad en la primera infancia (1-5 años) S
5654 Enseñanza: seguridad en la infancia media (6-12 años) S
5674 Enseñanza: seguridad del adolescente (12-21 años) S
7200 Favorecimiento de la normalización
8340 Favorecimiento de la resiliencia
6710 Favorecimiento del apego
8300 Favorecimiento del rol parental
8278 Mejora del desarrollo: lactantes
5210 Orientación anticipatoria R

8200-8499

X. Cuidados durante la vida

Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y favorecer 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
7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar
7260 Cuidados de relevo
7170 Facilitación de la presencia de la familia U
7110 Favorecimiento de la implicación familiar
7100 Favorecimiento de la integridad familiar
6614 Identificación de riesgos: genéticos
7130 Mantenimiento de procesos familiares
5370 Mejora de roles R
7120 Movilización familiar
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
7410 Autorización de seguros
7380 Ayuda con recursos económicos
2880 Coordinación preoperatoria **J**
7310 Cuidados de enfermería al ingreso
7560 Facilitación de las visitas
7440 Facilitación de los permisos
7320 Gestión de casos **c***
7330 Negociación de cuidados culturales
7400 Orientación en el sistema sanitario
7300 Planificación anticipada de los cuidados
7370 Planificación para el alta
6485 Planificación para el alta: preparación del hogar
7470 Prevención del reingreso
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. Gestión de la información Intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria
7680 Ayuda en la exploración 7685 Colaboración con otros profesionales sanitarios 7620 Comprobación de sustancias controladas 7630 Contención de los costes 7800 Control de calidad 7650 Delegación 7640 Desarrollo de vías clínicas 7700 Evaluación de compañeros 7760 Evaluación de productos 7770 Facilitación del desarrollo profesional 7840 Gestión de la cadena de suministro 7850 Gestión de la competencia 8550 Gestión de los recursos económicos c 7690 Interpretación de datos de laboratorio 7880 Manejo de la tecnología 7820 Manejo de muestras 7615 Mejora de la colaboración 7722 Preceptor: empleado 7726 Preceptor: estudiante 7610 Pruebas diagnósticas en el punto de atención 7810 Reunión de seguridad 7660 Revisión del carro de emergencias 7830 Supervisión del personal 7892 Transporte: dentro del centro 7890 Transporte: entre centros	8070 Ayuda en el acceso a la historia clínica electrónica 7910 Consulta 8180 Consulta mediante telecomunicación 7930 Declaración 8100 Derivación 7920 Documentación 7926 Documentación: reuniones 8130 Gestión del protocolo de investigación 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 8020 Reunión multidisciplinar sobre cuidados 7970 Seguimiento de la política sanitaria c 8190 Seguimiento tras el alta 8060 Transcripción de órdenes 8140 Transferencia de cuidados del paciente 6658 Vigilancia: monitorización remota
7600 a 7899	**7900 a 8199**

Nivel 1
Dominios

7. Comunidad
Cuidados que apoyan la salud de la comunidad

Nivel 2
Clases

c. Favorecimiento 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
8500 Desarrollo de la salud de la comunidad
8700 Desarrollo de un programa
5510 Educación para la salud **S**
8740 Facilitación de la justicia social
8720 Favorecimiento de la resiliencia: comunidad
7320 Gestión de casos **Y***
8550 Gestión de los recursos económicos **a**
6530 Manejo de la vacunación **V**
8750 Marketing social
7970 Seguimiento de la política sanitaria **b**

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

d. Gestión del riesgo de la comunidad

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

6520 Cribado de salud V
9050 Favorecimiento de la seguridad en el vehículo V
6610 Identificación de riesgos V
6484 Manejo ambiental: comunidad
6489 Manejo ambiental: seguridad del trabajador
8820 Manejo de enfermedades transmisibles
8810 Preparación ante el bioterrorismo
8840 Preparación para una catástrofe en la comunidad
8880 Protección de riesgos ambientales
6652 Vigilancia: comunidad

TERCERA PARTE

Clasificación

A

Acompañamiento físico 6576

Definición: Acompañamiento de una persona a la que se considera un riesgo para la seguridad, a realizar actividades o pruebas diagnósticas.

Actividades:
- Revisar cada situación individualmente, asegurando el acompañamiento cuando sea necesario.
- Determinar el número y el tipo de personal y de equipos necesarios.
- Determinar las estrategias de seguridad necesarias.
- Garantizar medios de comunicación adecuados entre todos los implicados.
- Explicar la necesidad de acompañamiento y las funciones de las personas implicadas.
- Garantizar la seguridad de las personas y del personal en todo momento.
- Monitorizar continuamente los equipos, según las indicaciones.
- Seguir las políticas del centro en materia de acompañamiento.
- Documentar el acompañamiento, incluidos el destino y las personas asistentes.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Evans, S. (2021). Accompaniment as a form of patient care. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*, *32*(2), 38-40. https://doi.org/10.1097/CPT.0000000000000175.

Frauenfelder, F. (2019). Psychiatric adult inpatient nursing described in the NANDA-I and NIC: Frauenfelder, F. (2019). *Psychiatric adult inpatient nursing described in the NANDA-I and NIC: A systematic evaluation of nursing classifications* [Doctoral dissertation, Radbound University] Radbound Repository. https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/203856.

American Psychiatric Nurses Association. (2014). *Scope and standards of psychiatric-mental health nursing* (2nd ed.).

Keltner, N. L., & Steele, D. (2019). *Psychiatric nursing* (8th ed.). Elsevier.

Rebar, C. R., Gersch, C., & Heimgartner, N. M. (2020). *Psychiatric nursing made incredibly easy* (3rd ed.). Wolters Kluwer.

University of Iowa Hospitals and Clinics. (2018). Patient accompaniment. *Policy and Procedure Manual.*

Varcarolis, E. M., & Fosbre, C. D. (2021). *Essentials of psychiatric-mental health nursing* (4th ed.). Elsevier.

Acuerdo sobre la conducta 4420

Definición: Negociación con un individuo de un acuerdo que refuerce un cambio de una conducta específica.

Actividades:
- Ayudar a identificar la conducta y el deseo de cambio.
- Determinar la capacidad mental y cognitiva.
- Ayudar a identificar los propios puntos fuertes y capacidades.
- Evitar centrarse en el diagnóstico o en el proceso de la enfermedad al ayudar a identificar los objetivos.
- Fomentar un entorno abierto y de aceptación para la negociación de acuerdos.
- Ayudar a identificar objetivos realistas y alcanzables.
- Ayudar a identificar objetivos apropiados a corto y largo plazo, en conductas fácilmente observables y en términos positivos.
- Animar a escribir los objetivos, si es posible.
- Aclarar los correspondientes roles del profesional sanitario y del individuo.
- Explorar recursos y métodos para alcanzar los objetivos.
- Ayudar a identificar y superar los obstáculos.
- Explorar métodos para evaluar el cumplimiento de los objetivos.
- Facilitar la participación de otras personas importantes en el proceso de establecimiento del acuerdo, si así lo desea la persona.
- Facilitar la elaboración de un acuerdo escrito que incluya todos los elementos acordados.
- Ayudar a establecer requisitos de tiempo o frecuencia para la realización de conductas y acciones.
- Ayudar a fijar plazos realistas.
- Identificar la fecha prevista para la rescisión del acuerdo.
- Coordinar las oportunidades de revisión del acuerdo y los objetivos.
- Facilitar la renegociación de los términos del acuerdo, si es necesario.
- Ayudar a discutir los sentimientos sobre el acuerdo.
- Observar si hay signos de incongruencia y falta de compromiso para cumplir el acuerdo.
- Identificar las consecuencias o sanciones por incumplimiento del acuerdo, si se desea.
- Tener el acuerdo firmado por todas las partes implicadas.
- Aportar una copia del acuerdo firmado y fechado.
- Alentar a identificar refuerzos o recompensas apropiados y significativos.
- Incentivar a elegir el refuerzo o recompensa que mantenga la conducta.
- Especificar el momento de entrega de los refuerzos o recompensas.
- Enseñar diversos métodos de observación y registro de las conductas.
- Colaborar en la elaboración de un organigrama que ayude a seguir los progresos hacia los objetivos.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Bargmann, A. L., & Brundrett, S. M. (2020). Implementation of a multicomponent fall prevention program: Contracting with patients for fall safety. *Military Medicine*, *185*, 28-34. https://doi.org/10.1093/milmed/usz411.

Call, C. C., Schumacher, L. M., Rosenbaum, D. L., Convertino, A. D., Zhang, F., & Butryn, M. L. (2019). Participant and interventionist perceptions of challenges during behavioral weight loss treatment. *Journal of Behavioral Medicine*, *42*(2), 353-364. https://doi.org/10.1007/s10865-018-9965-0.

Fisher, E., Bromberg, M. H., Tai, G., & Palermo, T. M. (2017). Adolescent and parent treatment goals in an internet-delivered chronic pain self-management program: Does agreement of treatment goals matter? *Journal of Pediatric Psychology*, *42*(6), 657-666. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw098.

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

McAuliffe Staehler, T. M., & Palombi, L. C. (2020). Beneficial opioid management strategies: A review of the evidence for the use of opioid treatment agreements. *Substance Abuse, 41*(2), 208-215. https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1692122.

Rager, J. B., & Schwartz, P. H. (2017). Defending opioid treatment agreements: Disclosure, Not promises. *Hastings Center Report, 47*(3), 24-33.

Wickenbergh, E., Nilsson, L., Bladh, M., Kjølhede, P., & Wodlin, N. B. (2020). Agreements on perceived use of principles for Enhanced Recovery After Surgery between patients and nursing staff in a gynecological ward. *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology, 250*, 216-223. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.014.

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.
- Sugerir 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.
- Usar 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.
- Aplicar presión gradualmente y mantenerla 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.
- Observar 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*. 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. https://doi.org/10.1155/2011/543291.

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., Zlea, E. T-C., & Won+g, V. (2012). Acupressure, reflexology, and auricular acupressure for insomnia: A systematic review of randomized controlled trials. *Sleep Medicine, 13*(8), 971-984.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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 con-

A

tribuyentes, 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.
- 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). In B. St. Marie (Ed.), *Core curriculum for pain management nursing* (2nd ed.). Kendall Hunt.

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

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

Pasero, C., & McCaffery, M. (2011). *Pain assessment and pharmacologic management*. Elsevier Mosby.

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

Administración de analgésicos: intraespinal 2214

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.
- Asegurarse de que el sitio del catéter esté visible y cubierto con un apósito transparente para vigilarlo.
- Asegurarse de que los bordes del apósito en el sitio del catéter sean transparentes para evitar que el apósito se enrolle.
- Controlar el sitio del catéter y los apósitos para verificar si el catéter queda suelto o el apósito está húmedo, notificar al personal apropiado según el protocolo de la institución.
- Etiquetar el catéter y el sitio «Catéter intraespinal: no inyectar».
- Cuidar el sitio del catéter de acuerdo con el protocolo de la institución.
- Evitar el uso de alcohol en el catéter o los conectores (el alcohol es neurotóxico).
- Asegurar la aguja en su lugar con cinta adhesiva y aplicar 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 la 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.
- Aplicar hielo desde el dedo del pie y observar cuándo 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 en las 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.). 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- 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.
- 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.*

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

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

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

Rothrock, J. C., & Rothrock, J. C. (2015). *Alexander's care of the patient in surgery.* 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). 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). Prentice Hall, Pearson.

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). Mosby Elsevier.

Administración de hemoderivados 4030

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

Actividades:

- Verificar las órdenes del profesional sanitario.
- Obtener la historia de transfusiones.
- Asegurarse de que está presente el brazalete de identificación.
- Obtener o comprobar el consentimiento informado.
- 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).
- Verificar que sea correcta la persona, el grupo sanguíneo, el grupo Rh, el número de unidad y la fecha de caducidad, con dos profesionales capacitados.
- Registrar la verificación, según el protocolo del centro.
- Enseñar los riesgos, beneficios y alternativas a la transfusión.
- Enseñar los signos y síntomas de una reacción transfusional (p. ej., mareo, dolor torácico, prurito, pápulas, erupción cutánea, disnea, sensación de asfixia, dolor abdominal, dolor de espalda, hematuria).
- Premedicar, si está indicado.
- Asegurarse de que está preparado para comenzar la transfusión.
- Asegurarse de que hay un buen acceso venoso antes de obtener los hemoderivados.
- Disponer de una vía i.v. exclusiva y de un calibre adecuado para la infusión de sangre.
- 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.
- Mantener una técnica aséptica estricta.
- Iniciar la transfusión de sangre no más de 30 minutos después de su salida del banco de sangre.
- Evitar la transfusión de más de una unidad de sangre, componente de la sangre o hemoderivado a la 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 el estado y los signos vitales (p. ej., estado basal, durante y después de la transfusión).
- Monitorizar la aparición de reacciones transfusionales (p. ej., fiebre, escalofríos, temblores, aumento de la temperatura en 1 °C respecto al valor inicial).
- 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 hemoderivados 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 y del sistema al laboratorio después de una reacción sanguínea.
- En caso de reacción sanguínea, notificarlo inmediatamente al laboratorio.
- Documentar la reacción transfusional y el estado del receptor, según las normas del centro.

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2004 y 2024

Bibliografía:

Akyol, A. (2019). Evaluating nurses' knowledge of blood transfusion in Turkey. *International Journal of Caring Sciences, 12*(1), 521-528.

American Association of Blood Banks (AABB). (2018). *Standards for blood banks and transfusion services* (31st ed.). American Association of Blood Banks.

Bezerra, C. M., Cardoso, M. V. L. M. L., Silva, G. R. F. D., & Rodrigues, E. D. C. (2018). Creation and validation of a checklist for blood transfusion in children. *Brazilian Nursing Journal, 71*(6), 3020-3026.

Infusion Nursing Society. (2021). *Policies and procedures for infusion therapy: Acute care* (6th ed.).

Infusion Nursing Society. (2021). *Standards of practice* (8th ed.).

Mirzaei, S. (2019). Association between adverse clinical outcomes after coronary artery bypass grafting and perioperative blood transfusions. *Critical Care Nurse, 39*(1), 26-35.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2020). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and techniques* (10th ed.). Elsevier.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Administración de medicación 2300

Definición: Preparación, administración y evaluación de la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Actividades:

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.
- Favorecer y utilizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Instruir sobre la finalidad de cada medicamento y responder a las preguntas de forma adecuada.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicación (es decir, persona correcta, medicación correcta, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Preparar la medicación solo para una persona cada vez.
- Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiados para la modalidad de administración de la medicación.
- Garantizar que las órdenes de prescripción de medicamentos contengan el nombre de la persona, el nombre del medicamento, la cantidad y frecuencia de la dosis, la vía de administración, el motivo de la medicación y la firma adecuada para la autorización.
- Clarificar las órdenes de prescripción de medicación a las que les falte cualquier información requerida, antes de su administración.
- 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).
- Negarse a administrar medicamentos que puedan poner en peligro la seguridad de la persona.
- Mirar el registro de administración de medicación, las salidas impresas o la pantalla de ordenador de administración de medicación de una sola persona cada vez.
- Utilizar el sistema de distribución de medicación exigido por las normas y los procedimientos del centro (p. ej., dosis unitarias, sistema automatizado de dispensación de medicación).
- Evitar la administración de medicamentos que no estén correctamente etiquetados, con precintos rotos o caducados.
- Eliminar los fármacos no utilizados o caducados, de acuerdo con las normas del centro.
- Calcular la dosis de medicación, según sea necesario.
- Comprobar dos veces todos los cálculos.
- Evitar interrupciones al preparar, verificar o administrar medicamentos.
- Prescribir o recomendar medicamentos, según proceda, de acuerdo con la autoridad prescriptora.
- Administrar los medicamentos de acuerdo con la autoridad prescriptora, el protocolo, la política y el procedimiento.
- Utilizar las prescripciones del profesional sanitario, las normas del centro y los procedimientos para guiar el método adecuado de administración de la medicación (p. ej., escanear la pulsera de identificación del paciente y escanear el código de barras de la medicación).
- Anotar las alergias antes de administrar la medicación y retener los medicamentos, según proceda.
- Monitorizar las posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos, incluidos los de venta libre y los remedios a base de hierbas.
- Verificar con la persona o los cuidadores el tipo de medicación, el motivo de la administración, las acciones esperadas y los efectos adversos antes de administrarla, ya que las personas a menudo pueden identificar medicaciones inapropiadas.
- Responder a todas las preguntas antes de administrar los medicamentos para garantizar el conocimiento del régimen de medicación.
- Comprobar en el registro el recuento de medicamentos anterior cuando se preparen medicamentos compuestos por sustancias controladas, y asegurarse de que el recuento actual y el suministro disponible coinciden.
- Firmar la salida de las sustancias controladas, según el protocolo del centro.
- Informar inmediatamente de cualquier discrepancia en el recuento de sustancias controladas.
- Asegurarse de que los hipnóticos, narcóticos y antibióticos se suspendan o se vuelvan a prescribir en su fecha de renovación.
- No dejar los medicamentos desatendidos.
- Asegurarse de que la persona toma todos los medicamentos.
- Documentar los medicamentos solo después de haberlos administrado y de haber observado que se han tomado.
- Permanecer con la persona hasta que haya ingerido todos los medicamentos.
- Administrar la medicación que se debe tomar a una hora determinada exactamente a la hora indicada (es decir, no más de 30 minutos antes o después de la hora indicada).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso).
- Monitorizar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, según corresponda.
- Ayudar a la persona a tomar la medicación, según sea necesario.
- Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas.
- Utilizar una técnica aséptica para la administración de medicamentos parenterales.
- Instruir a la persona y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación.
- Validar y registrar la comprensión sobre las acciones esperadas y efectos adversos de la medicación.
- Monitorizar para determinar la necesidad de medicamentos a demanda, según corresponda.
- Monitorizar los efectos terapéuticos de la medicación.
- Monitorizar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones por los medicamentos administrados.
- Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta de la persona (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.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2013 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Medications. In *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 750-829). Pearson.

Boyer, M. J. (2020). *Math for nurses* (10th ed.). Wolters-Kluwer.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Nonparenteral medications. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 523-579). Mosby.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Parenteral medications. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 580-628). Mosby.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Safe medication preparation. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 501-522). Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

Williams, P. A. (2020). Medications and older adults. In *Basic geriatric nursing* (7th ed., pp. 132-149). Elsevier.

Administración de medicación: cutánea 2316

Definición: Preparación y aplicación de medicamentos en la epidermis.

Actividades:

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficaz de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Comprobar la exactitud e integridad de todos los registros de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar los conocimientos de la persona sobre la medicación y su comprensión del método de administración.
- Instruir sobre la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicamentos (es decir, persona correcta, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).
- Determinar el estado de la piel en la zona donde se aplicará la medicación.
- Limpiar la zona si es necesario, ya que las incrustaciones cutáneas y el tejido muerto bloquean el contacto de la medicación con el tejido afectado.
- Retirar la dosis anterior de medicación y limpiar la piel.
- Evitar aplicar la nueva medicación sobre la aplicada anteriormente, ya que disminuye el beneficio terapéutico.
- Exponer solo las zonas afectadas, manteniendo cubiertas las zonas no afectadas según esté indicado.
- Medir la cantidad correcta de medicación sistémica aplicada tópicamente, utilizando dispositivos de medición estandarizados.
- Aplicar el fármaco tópico en el espesor prescrito.
- Aplicar el agente tópico con la piel todavía húmeda, si la piel está excesivamente seca.
- Aplicar parches transdérmicos y medicaciones tópicas en zonas de la piel sin vello, según proceda.
- Indicar que el parche transdérmico no puede cortarse, ya que los cambios en el tamaño del parche modifican la dosis.
- Indicar que se notifique al profesional sanitario para cambiar la prescripción si se necesita una nueva concentración del medicamento.
- Ablandar la medicación según sea necesario frotando enérgicamente entre las manos enguantadas.
- Extender la medicación uniformemente sobre la piel, según proceda.
- Aplicar la medicación con movimientos largos y uniformes, siguiendo la dirección del crecimiento del vello.
- Rotar los lugares de aplicación de los medicamentos sistémicos tópicos.
- Informar de que la piel puede estar grasienta después de la aplicación.
- Escribir la fecha, la hora y las iniciales en las aplicaciones de antianginosos que utilicen papeles para la aplicación de la dosis
- Agitar enérgicamente los envases de aerosol antes de la aplicación.
- Sujetar el pulverizador a la distancia recomendada para administrar la medicación.
- Indicar que vuelva la cara o se cubra brevemente la cara con una toalla, según esté indicado.
- Agitar los medicamentos en suspensión, según las instrucciones.
- Aplicar los medicamentos en suspensión sobre una gasa o compresa y aplicar acariciando en la dirección del crecimiento del vello.
- Aplicar los medicamentos en polvo cuando la superficie de la piel esté completamente seca.
- Cubrir la cara adecuadamente si está cerca de la zona de aplicación.
- Espolvorear ligeramente la piel y cubrir con un apósito, según esté indicado.
- Monitorizar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación.
- Enseñar la técnica de autoadministración, según proceda.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Medications. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 759-813). Pearson.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Administering topical medications to the skin. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 536-541). Mosby.

Sanoski, C. A., & Valierand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

Administración de medicación: disco intraocular 2322

Definición: Preparación e inserción de medicamentos en forma de disco intraocular.

Actividades:

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficaz de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- Comprobar la exactitud e integridad de todos los registros de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar el conocimiento de la persona sobre la medicación y la comprensión del método de administración.
- Instruir sobre la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicación (es decir, persona correcta, medicación correcta, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Utilizar al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).
- Colocar en decúbito supino o sentado en una silla con el cuello ligeramente hiperextendido y los ojos mirando hacia arriba.
- Entregar pañuelos para secar la medicación o las lágrimas, según esté indicado.
- Limpiar el párpado y las pestañas de cualquier secreción, asegurándose de que cada área de la superficie de limpieza se utiliza una sola vez, moviéndose desde la zona interna hacia la externa.
- Presionar suavemente la yema del dedo contra el disco para asegurar la adherencia al dedo.
- Humedecer la yema del dedo con solución salina estéril si el disco no se adhiere.
- Colocar la cara convexa del disco sobre la yema del dedo.
- Tirar del párpado inferior hacia abajo y alejarlo del ojo.
- Pedir que mire hacia arriba.
- Colocar el disco en el saco conjuntival para que flote en la esclerótica entre el iris y el párpado inferior.
- Tirar del párpado inferior hacia fuera y sobre el disco, asegurándose de que el disco está cubierto por el párpado inferior y ya no es visible.
- Asegurarse de que el disco no está colocado sobre la córnea o bajo el párpado superior.
- Retirar tras el período de tiempo prescrito a menos que el disco se disuelva en el ojo.
- Retirar tirando suavemente del párpado inferior hacia abajo.
- Pellizcar el disco entre el pulgar y el índice para extraerlo.
- Monitorizar los efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación.
- Enseñar sobre la técnica de autoadministración, según proceda.
- Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta según el protocolo de la agencia.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Medications. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 813-815). Pearson.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Administering ophthalmic medications. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 541-547). Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

Administración de medicación: enteral 2301

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

Actividades:

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficaz de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionada con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Comprobar la exactitud e integridad de todos los registros de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión de la persona sobre el método de administración.
- Dar instrucciones sobre la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicamentos (es decir, persona correcta, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).
- Determinar cualquier contraindicación para recibir medicación oral a través de la sonda (p. ej., inflamación intestinal, peristaltismo reducido, cirugía gastrointestinal reciente, conectado a aspiración gástrica).
- Asegurarse de que se seleccionan las sondas correctas para la medicación.
- Garantizar la compatibilidad de la medicación con la solución de alimentación por sonda enteral, según esté indicado.
- Programar la medicación para que coincida con las horas de las tomas con fórmula, según esté indicado.
- Obtener la forma farmacéutica líquida de la medicación, si está disponible.
- Consultar con el farmacéutico antes de decidir alterar la forma de cualquier medicamento, según sea necesario.
- Evitar triturar medicamentos sublinguales, de liberación sostenida, masticables, de acción prolongada o con cubierta entérica.
- Ponerse en contacto con el profesional sanitario para obtener un medicamento sustitutivo si no se dispone de alternativas de formulación para los medicamentos que no pueden modificarse.
- Preparar la medicación (p. ej., triturar, mezclar con líquidos, abrir las cápsulas, perforar las cápsulas de gel con una aguja estéril o disolver) como se indica en las instrucciones del medicamento.
- Ajustar la cantidad de agua si es necesario para las restricciones de líquidos.
- Interrumpir la alimentación enteral por sonda y enjuagar la sonda con 15 ml de agua antes de administrar la medicación.

- Administrar los medicamentos individualmente para evitar la obstrucción de la sonda enteral.
- Asegurarse de que los medicamentos están disueltos antes de administrarlos.
- Informar de las acciones esperadas y de los posibles efectos adversos de cada medicamento.
- Utilizar la jeringa correcta para la administración de la medicación por sonda enteral.
- Comprobar la colocación de la sonda aspirando el contenido gastrointestinal, revisando el nivel de pH y el color de 5 a 10 ml de aspirado (es decir, contenido gástrico: pH ≤5,5, color verdoso a tostado o blanquecino; contenido pulmonar: pH >6, color claro a amarillo claro con mucosidad), o realizando una radiografía, según las directrices del centro.
- Colocar en posición de Fowler alta durante la administración de la medicación, 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.
- Determinar el volumen del residuo gástrico y retener la medicación si es superior a 200 ml.
- Volver a comprobar el volumen del residuo gástrico en 30 a 60 minutos si se ha retenido la medicación por un volumen del residuo excesivo, asegurándose de que también se retiene la alimentación.
- Ponerse en contacto con el profesional sanitario si se retiene la medicación por un volumen del residuo gástrico excesivo después de la segunda comprobación.
- Retirar el émbolo de la jeringa y conectarla a la sonda doblada o pinzada.
- Enjuagar la sonda con 15 a 30 ml de agua después de soltar la sonda pinzada o doblada.
- Subir o bajar el émbolo de la jeringa para ajustar el flujo, según sea necesario.
- Pellizcar o pinzar el tubo antes de instilar toda el agua para evitar que entre aire en el estómago.
- Poner la medicación en la jeringa y soltar el tubo pinzado.
- 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 15-30 ml de agua caliente, o la cantidad adecuada según la edad, después de administrar la medicación.
- Después de la última dosis de medicación, beber de 30 a 60 ml de agua o la cantidad adecuada para su edad.
- Registrar la cantidad total de líquido en el registro de entradas y salidas.
- Reanudar la alimentación por sonda, según la prescripción.
- Retener la solución de alimentación entre 30 y 60 minutos más si la medicación no es compatible con la solución de alimentación.
- Desconectar la succión y mantener la sonda pinzada durante 20 a 30 minutos para mejorar la absorción si los medicamentos se administran a través de la sonda utilizada para la descompresión.
- Enjuagar y volver a colocar la jeringa en la zona de almacenamiento junto a la cama.
- Mantener la cabecera de la cama elevada un mínimo de 30 grados durante 1 hora tras la administración de la medicación.
- Monitorizar si hay efectos terapéuticos, efectos adversos, toxicidad del fármaco e interacciones farmacológicas.
- Documentar la administración de medicación y la sensibilidad, según las directrices del centro.

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2004 y 2024

Bibliografía:

Alsaeed, D., Furniss, D., Blandford, A., Smith, F., & Orlu, M. (2018). Carers' experiences of home enteral feeding: A survey exploring medicines administration challenges and strategies. *Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics, 43*(3), 359-365. https://doi.org/10.1111/jcpt.12664.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Medications. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 780-781). Pearson.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Li, T., Eisenhart, A., & Costello, J. (2017). Development of a medication review service for patients with enteral tubes in a community teaching hospital. *American Journal of Health-System Pharmacy, 74*, S47-S51. https://doi.org/10.2146/ajhp160519.

Portela Beserra, M. P., Gonçalves de Oliveira, C. L. C., Portela, M. P., de Oliveira Lopes, M. V., de França Fonteles, M. M., Beserra, M. P. P., De Oliveira, C. L. C. G., Lopes, M. V., de, O., Fonteles, M. M., & de, F. (2017). Drugs via enteral feeding tubes in inpatients: dispersion analysis and safe use of dispensers. *Nutricion Hospitalaria, 34*(2), 257-263. https://doi.org/10.20960/nh.486.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Administering medications through a feeding tuve. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 530-536). Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

Smith, S. F., Duell, D. J., Martin, B. C., Aebersold, M. L., & Gonzalez, L. (2017). Administering medications per enteral (NG or NI) feeding tube. In *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (9th ed., pp. 585-586). Pearson.

Administración de medicación: infusión subcutánea continua 2321

Definición: Preparación y administración de medicamentos en infusión continua por vía subcutánea.

Actividades:

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficaz de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Comprobar la exactitud e integridad de cada registro de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar el conocimiento de la persona sobre la medicación y la comprensión del método de administración.
- Instruir sobre la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicación (es decir, persona correcta, medicación correcta, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- Obtener y programar la bomba de administración de medicación.
- Asegurarse de que la bomba de administración de medicación dispone de funciones de seguridad (p. ej., intervalos de bloqueo, alarmas de aviso).
- Verificar el envase de la medicación precargada con el registro de administración de medicación y con otro miembro del personal autorizado.
- Conseguir un catéter intravenoso pequeño de palomilla y un tubo conectado.
- Utilizar la aguja de menor longitud y menor calibre necesaria para establecer y mantener la infusión.
- Preparar la aguja y el tubo de la bomba utilizando una técnica aséptica.
- Colocar a la persona en decúbito supino, cubrirla y proporcionarle intimidad.
- Seleccionar el lugar de inyección apropiado, libre de irritaciones, prominencias óseas y cintura (p. ej., los lugares más comunes son bajo la subclavia y el abdomen).
- Seleccionar el lugar de inyección teniendo en cuenta la medicación (p. ej., los analgésicos se administran mejor en la parte superior del tórax, la insulina se absorbe mejor en el abdomen).
- Seleccionar el lugar de inyección donde el tubo de la bomba no moleste.
- Limpiar el lugar de la inyección dos veces (es decir, alcohol seguido de un antiséptico) y dejar que ambos se sequen.
- Pellizcar o levantar suavemente la piel.
- Insertar la aguja en un ángulo de 45 a 90 grados, liberar el pliegue cutáneo y asegurar las alas de la aguja.
- Colocar un apósito oclusivo transparente sobre el lugar de inserción.
- Indicar a la persona que alerte al personal si el sitio se vuelve doloroso, rojo o tumefacto o presenta fugas.
- Monitorizar cualquier reacción alérgica
- Rotar los sitios según sea necesario si se producen complicaciones
- Retirar la aguja y colocar una nueva en un sitio diferente si se queja de dolor localizado o ardor en el sitio, o si el sitio aparece enrojecido, tumefacto o con fugas.
- Suspender la infusión inmediatamente si aparecen signos de reacción alérgica y seguir las directrices del centro para una respuesta adecuada a la reacción alérgica.
- Instruir sobre la necesidad de un brazalete de alerta de medicación.
- Monitorizar los efectos esperados e inesperados de la medicación.
- Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta, según las normas del centro.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Alvarenga, C. S., La Banca, R. O., Neris, R. R., de Cássia Sparapani, V., Fuentealba-Torres, M., Cartagena-Ramos, D., Leal, C. L., Esper, M. V., & Nascimento, L. C. (2022). Use of continuous subcutaneous insulin infusion in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus: A systematic mapping review. *BMC Endocrine Disorders, 22*(1), 1-15. https://doi.org/10.1186/s12902-022-00950-7.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Medications. In *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed, pp. 794-797). Pearson.

Cicero, T. (2021). Intravenous therapy. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 472-541). Wolters-Kluwer.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

McGaugh, S. M., Zabarieva, D. P., Pooni, R., D'Souza, N. C., Vienneau, T., Ly, T. T., & Riddell, M. C. (2021). Carbohydrate requirements for prolonged, fasted exercise with and without basal rate reductions in adults with type 1 diabetes on continuous subcutaneous insulin infusion. *Diabetes Care, 44*(2), 610-613. https://doi.org/10.2337/dc20-1554.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Administering continuous subcutaneous medications. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 620-628). Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

Administración de medicación: inhalatoria 2311

Definición: Preparación y administración de medicamentos por inhalación.

Actividades:

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficaz de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Comprobar la exactitud e integridad de todos los registros de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración.
- Dar instrucciones sobre la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicamentos (es decir, persona correcta, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).
- Determinar la capacidad de manipular y administrar la medicación.
- Ayudar a utilizar el inhalador, según esté prescrito.
- Pedir que demuestre cómo utilizar el dispositivo si se le ha instruido previamente.
- Corregir las técnicas según sea necesario para el dispositivo y la medicación actuales.
- Enseñar el uso de la cámara de aire o la cámara espaciadora con el inhalador, según proceda.
- Enseñar el uso de inhaladores dosificadores activados por la respiración, según proceda.
- Agitar el inhalador, quitar la tapa del inhalador y mantenerlo sujeto al revés para administrar la medicación.
- Ayudar a colocarse el inhalador en la boca o la nariz, inclinar la cabeza ligeramente hacia atrás y espirar por completo.
- Indicar que apriete el inhalador para liberar la medicación mientras inhala lentamente.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Hacer que respire lenta y profundamente, con una breve pausa al final de la inspiración y una espiración pasiva cuando se utiliza un nebulizador.
- Hacer que aguante la respiración durante 10 segundos, según sea conveniente.
- Hacer que espire lentamente por la nariz o los labios fruncidos.
- Enseñar a repetir las inhalaciones según tenga prescrito, siguiendo las instrucciones para la medicación inhalada.
- Enseñar a esperar entre inhalaciones si se han prescrito dos inhaladores dosimétricos, según el protocolo del centro.
- Enseñar a extraer el cartucho de la medicación y a limpiar el inhalador con agua caliente.
- Enseñar a determinar si el inhalador está liberando aerosol.
- Enseñar a determinar si el inhalador está vacío.
- Dar instrucciones sobre el uso del nebulizador según sea necesario (p. ej., respirar por la boca o la nariz durante el uso, medicamentos y dosis, uso y limpieza del nebulizador y el equipo).
- Monitorizar las respiraciones y realizar la auscultación pulmonar, según sea conveniente.
- Monitorizar los efectos de la medicación y enseñar a la persona 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 de acuerdo con el protocolo del centro.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Medications. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 821-823). Pearson.

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018,). Using metered-dose inhalers, using dry powder inhaled medications, using small-volume nebulizers. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 554-565). Mosby.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

Administración de medicación: intradérmica 2312

Definición: Preparación y administración de medicamentos por vía intradérmica.

Actividades:

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficiente de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Comprobar la exactitud e integridad de todos los registros de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar el conocimiento de la persona sobre la medicación y la comprensión del método de administración.
- Informar de la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicamentos (es decir, persona correcta, medicación correcta, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).
- Determinar la comprensión de la finalidad de las pruebas cutáneas.
- Seleccionar la aguja y la jeringa correctas en función del tipo de inyección.
- Preparar correctamente la dosis de la ampolla o el vial siguiendo las instrucciones del fabricante.
- Seleccionar el lugar de inyección adecuado e inspeccionar la piel para evitar zonas con hematomas, inflamación, edema, lesiones o cambios de coloración.
- Insertar la aguja en un ángulo de 5 a 15 grados.
- Inyectar la medicación lentamente, observando si aparece una pequeña ampolla en la superficie de la piel.
- Inyectar solo pequeñas cantidades de medicamento (p. ej., 0,01-0,1 ml).
- Observar atentamente si hay hemorragia en el lugar después de retirar la aguja, o si no aparece la ampolla, lo que invalida los resultados de la prueba, ya que la medicación ha entrado en el tejido subcutáneo.
- Monitorizar si se produce una reacción alérgica.
- Marcar el lugar de la inyección y leer el lugar en el intervalo adecuado después de la inyección (p. ej., 48-72 horas).
- Monitorizar los efectos esperados del alérgeno o medicamento específico.
- Documentar la zona de inyección y el aspecto de la piel en el lugar de la inyección.
- Documentar el aspecto del punto de inyección tras el intervalo adecuado.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Medications. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 792-793). Pearson.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 589-593). Administering intramuscular injections. Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Administración de medicación: intraespinal 2319

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

Actividades:

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficaz de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Comprobar la exactitud e integridad de todos los registros de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración.
- Instruir sobre la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicamentos (es decir, persona correcta, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).
- Administrar medicamentos dentro del ámbito de la práctica y las directrices del centro.
- Mantener una técnica aséptica.
- Garantizar que los dispositivos de acceso intraespinal y los equipos de administración estén identificados y etiquetados como sistemas especializados de administración de infusiones y diferenciados de otros sistemas de administración y acceso a infusiones.
- Utilizar únicamente medicamentos sin conservantes.
- Filtrar las soluciones de infusión intraespinal con un filtro de 0,2 µm, sin tensioactivos, que retenga las partículas y elimine el aire.
- Utilizar diferentes dispositivos, sistemas y conectores de administración de medicamentos por vía intraespinal y otras vías parenterales.
- Preparar y almacenar los medicamentos intratecales por separado, y etiquetar claramente «Para uso intratecal».
- Realizar una doble comprobación independiente con otro profesional sanitario cualificado antes de la administración de la medicación, o cuando cambie la jeringa o el envase de la medicación, la velocidad o la concentración.
- Verificar la seguridad de la medicación para la vía intraventricular o intratecal y verificar la mezcla de la medicación con cloruro sódico al 0,9% sin conservantes u otra solución adecuada.
- Utilizar mascarilla durante todas las inyecciones de medicación intraespinal para reducir el riesgo de transmisión de flora orofaríngea con las gotas.
- Monitorizar los signos vitales, el nivel de confort, el estado neurológico, la movilidad y las funciones motoras y sensoriales.
- Confirmar la colocación del dispositivo de acceso intraespinal antes de cualquier infusión o administración de medicación.
- Aspirar los dispositivos de acceso epidural antes de administrar la medicación para comprobar la ausencia de líquido cefalorraquídeo y sangre.
- Notificar al profesional sanitario si se aspiran más de 0,5 ml de líquido seroso y no administrar la medicación, ya que es indicativo de migración del catéter al espacio intratecal.
- Aspirar los dispositivos de acceso intratecal y ventricular antes de administrar la medicación para determinar la presencia de líquido cefalorraquídeo y la ausencia de sangre.
- Preparar asépticamente una medicación sin conservantes a través de una aguja con filtro.
- Inyectar lentamente la medicación por prescripción del profesional sanitario y según el protocolo del centro.
- Utilizar únicamente una solución acuosa de clorhexidina o una solución de povidona yodada para el acceso al dispositivo o el cuidado del sitio.
- Dejar que se seque completamente cualquier antiséptico cutáneo, ya que todos los antisépticos tienen potencial neurotóxico.
- Monitorizar si en el lugar de introducción del catéter epidural o intratecal hay signos de infección.
- Aplicar y mantener limpio, seco e intacto el apósito estéril sobre el lugar de inserción.
- Fijar el lugar de acceso con un producto de fijación o tensar con esparadrapo el bucle del tubo fijándolo al cuerpo a fin de reducir el riesgo de desplazamiento accidental.
- Realizar el cuidado del sitio y los cambios de apósito sobre el dispositivo epidural implantado en túnel y al que se ha accedido de acuerdo con la política del centro.
- Utilizar apósitos semipermeables transparentes para permitir la visualización del sitio, y apósitos impregnados de clorhexidina para el dispositivo de acceso epidural cuando sea posible.
- Monitorizar el apósito situado sobre el lugar de inserción del catéter epidural o intratecal para ver si hay drenaje claro.
- Avisar al profesional sanitario si el apósito epidural o intratecal está húmedo.
- Fijar el catéter a la piel y poner esparadrapo en todas las conexiones de los tubos, según corresponda.
- Marcar el tubo, intratecal o epidural, según corresponda.
- Seguir el recorrido de todos los catéteres, equipos de administración o dispositivos complementarios entre la persona y el envase antes de conectar o volver a conectar cualquier dispositivo de infusión, en cada transición asistencial a un nuevo entorno o servicio, y como parte del proceso de transferencia.
- Comprobar si la bomba de infusión es del calibre adecuado y funciona correctamente, según el protocolo del centro.
- Utilizar una bomba de infusión electrónica con protección antiflujo libre para administrar infusiones continuas.
- Utilizar un equipo de administración sin conectores de inyección para reducir el riesgo de acceso intraespinal involuntario.
- Monitorizar el sistema de infusión, el flujo y la solución a intervalos regulares.
- Monitorizar si hay infección del sistema nervioso central (fiebre, alteración del nivel de consciencia, náuseas y vómitos).
- Determinar el tratamiento anticoagulante actual antes de la inserción o la retirada de vías intraespinales.
- Suspender los anticoagulantes antes de la inserción intraespinal y antes de la retirada debido al riesgo de hematoma epidural y parálisis.
- Mantener el acceso i.v. periférico durante al menos 24 horas tras la inserción debido a la posible necesidad de administrar naloxona en caso de depresión respiratoria.
- Monitorizar después de iniciar o reiniciar una infusión intraespinal durante al menos las primeras 24 horas, en intervalos de 1 a 2 horas hasta que se estabilice, después cada 4 horas, o en cada visita a domicilio.
- Instruir sobre los principios de la colocación del dispositivo de acceso intraespinal y qué esperar durante el procedimiento de inserción.

- Instruir sobre la importancia de informar sobre el consumo de alcohol y todos los medicamentos utilizados, incluidos los medicamentos con receta, de venta libre y complementarios.
- Dar instrucciones sobre los signos y síntomas que se deben notificar, incluidos los cambios en la percepción del dolor, los efectos secundarios nuevos o que empeoran y la fiebre.
- Informar sobre los signos clínicos de sobredosis, como mareos, sedación, euforia, ansiedad, convulsiones y depresión respiratoria.
- Indicar a las personas con sistemas de bomba de infusión implantados que no se doblen ni giren la cintura durante 6 semanas y que tengan precaución general con la flexión o torsión activa y repetitiva de la columna vertebral, ya que puede aumentar el riesgo de daño o desprendimiento del catéter.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta siguiendo el protocolo del centro.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

Hess, S. R., Lahaye, L. A., Waligora, A. C., Sima, A. P., Jiranek, W. A., & Golladay, G. J. (2019). Safety and side-effect profile of intrathecal morphine in a diverse patient population undergoing total knee and hip arthroplasty. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology, 29*(1), 125-129. https://doi.org/10.1007/s00590-018-2293-9.

Infusion Nurses Society. (2021). Infusion therapy standards of practice, 8th edition. *Journal of Intravenous Nursing, 39*(1S), 1-179.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Pittelkow, T. P., Bendel, M. A., Strand, J. J., & Moeschler, S. M. (2019). Curing opioid toxicity with intrathecal targeted drug delivery. *Case Reports in Medicine, 2019*. https://doi.org/10.1155/2019/3428576.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Parenteral medications. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 580-628). Mosby.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Safe medication preparation. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 501-522). Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

Scanlon, M. M., Gazelka, H. M., Moeschler, S. M., Hoelzer, B. C., Hooten, W. M., Bendel, M. A., & Lamer, T. J. (2017). Surgical site infections in cancer patients with intrathecal drug delivery devices. *Pain Medicine, 18*(3), 520-525. https://doi.org/10.1093/pm/pnw203.

Vice-O'Con, K. (2018). Pharmacologic methods for preventing pruritus in patients receiving intrathecal opioids for cesarean delivery. *AANA Journal, 86*(1), 59-66.

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

Definición: Preparación y administración de medicamentos por vía intramuscular.

Actividades:

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficaz de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Comprobar la exactitud e integridad de todos los registros de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar el conocimiento de la persona sobre la medicación y la comprensión del método de administración.
- Informar sobre la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicación (es decir, persona correcta, medicación correcta, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).
- Tener en cuenta las indicaciones y contraindicaciones de la inyección intramuscular.
- Elegir la aguja y la jeringa adecuadas según la información de la persona y de la medicación (p. ej., viscosidad de la medicación, cantidad de medicación, sitio de inyección, peso de la persona, cantidad de tejido adiposo).
- Investigar vías de administración alternativas cuando no se pueda seleccionar una aguja más larga y de mayor calibre para personas obesas en las que la cantidad de grasa interfiera con la capacidad de alcanzar el tejido muscular.
- Evitar inyectar en músculos demacrados o atrofiados.
- Desechar los medicamentos mezclados que no estén debidamente etiquetados.
- Preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla, un vial o una jeringa precargada, según las instrucciones del fabricante.
- Elegir el lugar de inyección adecuado (p. ej., ventroglúteo, vasto lateral, deltoides).
- Rotar los puntos de inyección para reducir el riesgo de hipertrofia cuando se administran frecuentemente las inyecciones prescritas.
- 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 grados.
- Seguir las normas del centro en relación con la aspiración antes de la inyección, ya que ya no se recomienda debido a las mayores molestias que produce la aspiración.
- Utilizar la aspiración, si está indicada.
- Inyectar la medicación lentamente si no se aspira sangre.
- Esperar 10 segundos después de inyectar la medicación, y entonces retirar suavemente la aguja y soltar la piel.
- Presionar suavemente el sitio de inyección y evitar masajearlo.
- Monitorizar si presenta dolor agudo en el lugar de inyección.
- Evitar inyectar grandes volúmenes de medicación (es decir, las dosis máximas son de 4-5 ml para adultos, 2 ml para niños, adultos mayores y personas delgadas, 1 ml para niños pequeños y lactantes mayores, 0,5 ml para lactantes más pequeños).
- Utilizar el método de recorrido en Z (es decir, tirar de la piel suprayacente y del tejido subcutáneo aproximadamente 2,5-3,5 cm

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

lateralmente hacia un lado con la parte cubital de la mano no dominante, mantener la piel en su sitio hasta que haya finalizado la inyección y luego soltar la piel), según esté indicado.
- Monitorizar si 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.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta de acuerdo con las normas del centro.

3.ª edición 2000; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Medications. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 801-802). Pearson.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Administering intramuscular injections. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 600-607). Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

Administración de medicación: intraósea 2303

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 normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficaz de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Comprobar la exactitud e integridad de todos los registros de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración.
- Instruir sobre la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicamentos (es decir, persona correcta, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).
- Administrar medicamentos dentro del ámbito de la práctica y las directrices del centro.
- Determinar la idoneidad de la persona para la terapia, estableciendo la capacidad de respuesta y la urgencia de la necesidad.
- Restringir el acceso intraóseo en situaciones contraindicadas (p. ej., síndrome compartimental en la extremidad de elección, sitio intraóseo utilizado previamente o intento fallido reciente de administración intraósea, fracturas en el sitio o por encima de este, cirugía ortopédica o aparataje previos, presencia de infección o quemaduras graves cerca del sitio de inserción, deterioro vascular local).
- Evitar el uso de un acceso intraóseo en presencia de enfermedades óseas (p. ej., osteogénesis imperfecta, osteopetrosis, osteoporosis).
- Utilizar un dispositivo intraóseo correcto para la edad y el estado de salud, preferiblemente un dispositivo intraóseo diseñado con seguridad.
- Seleccionar el lugar intraóseo correcto en función de la situación clínica y de acuerdo con las instrucciones del fabricante para el uso del dispositivo.
- Tener en cuenta las zonas más utilizadas tanto en adultos como en niños (p. ej., partes proximal y distal de la tibia, parte proximal del húmero, parte distal del fémur en niños, esternón en adultos).
- Asegurarse de que se identifican los puntos de referencia correctos antes de la inserción, cuando sea clínicamente posible, para evitar complicaciones relacionadas con una colocación incorrecta.
- Garantizar el tamaño correcto de la aguja con broca o atornillador para el dispositivo intraóseo, en función del índice de masa corporal.
- Elegir el tamaño correcto de la aguja con fiador para los dispositivos sin broca o atornillador.
- Considerar el uso de lidocaína subcutánea como anestésico local antes de la inserción en el lugar previsto.
- Inmovilizar la extremidad y realizar una antisepsia cutánea con una solución correcta (p. ej., clorhexidina con base alcohólica, povidona yodada, alcohol al 70%), según las normas y los procedimientos del centro
- Administrar lidocaína al 1% en el punto de introducción, según corresponda.
- Insertar la aguja con el fiador en un ángulo de 60-90 grados en dirección inferior.
- Extraer el fiador interno, si es necesario.
- Confirmar la colocación correcta del dispositivo intraóseo mediante la posición correcta de la aguja, la sensación de pérdida de resistencia al penetrar en el hueso y la ausencia de signos de infiltración al lavar con 5 a 10 ml (adultos) o 2 a 5 ml (pediátricos) de cloruro sódico al 0,9% sin conservantes.
- Aspirar sangre o médula ósea para confirmar la colocación cuando sea posible, aunque no es un indicio de colocación incorrecta si existen otros indicios de confirmación de la colocación.
- Considerar el uso de ecografía Doppler en color para confirmar la colocación inicial y la posición tras el movimiento de la persona.
- Lavar la aguja con solución, según el protocolo del centro.
- Fijar la aguja en su sitio con esparadrapo y aplicar el vendaje estéril 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.
- Asegurar la compatibilidad de los medicamentos y líquidos en infusión.
- Determinar el flujo y ajustar correspondientemente.
- Observar si hay signos y síntomas de extravasación de líquidos y medicamentos, infección o embolia grasa.
- Reducir el riesgo de infiltración o extravasación evitando múltiples intentos de acceso intraóseo en el mismo sitio, asegurando

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

la correcta colocación de la aguja, asegurando el dispositivo intraóseo, volviendo a comprobar la colocación intraósea con el transporte o el cambio de posición de la persona, y antes de infundir soluciones muy irritantes o vesicantes conocidos e infusiones de gran volumen.
- Garantizar una evaluación continua y frecuente de la zona intraósea y la extremidad, incluida la palpación y la circunferencia de la pantorrilla para la colocación tibial.
- Limitar el tiempo de infusión a menos de 24 horas, sin superar las 48 horas en total.
- Retirar inmediatamente el dispositivo intraóseo en un plazo de 24 horas, cuando finalice el tratamiento o si aparecen signos de disfunción.
- Seguir las instrucciones del fabricante sobre el uso y la retirada del dispositivo intraóseo para reducir el riesgo de complicaciones.
- Documentar el sitio, el tipo y el tamaño de la aguja, el tipo de líquido y medicación, el flujo y la respuesta, según el protocolo del centro.
- Informar de la respuesta a la terapia, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Canalizar una vía i.v. y suspender la línea intraósea después de que el estado se estabilice.
- Mejorar el uso adecuado de la vía intraósea mediante programas de formación y competencia.
- Incluir en todos los programas de competencia la validación inicial y continua de los conocimientos y habilidades de inserción segura mediante la demostración, la demostración del manejo adecuado del dispositivo y la capacidad de reconocer las complicaciones relacionadas con el acceso intraóseo.

2.ª edición 1996; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Infusion Nurses Society. (2021). Infusion therapy standards of practice, 8th edition. *Journal of Infusion Nursing, 39*(1S), 1-179.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Konopka, E., Webb, K., Reserva, J., Moy, L., Ton-That, H., Speiser, J., & Tung, R. (2021). Cutaneous complications associated with intraosseous access placement. *Cutis, 107*(6), E31-E33. https://doi.org/10.12788/cutis.0303.

Nguyen, L., Suarez, S., Daniels, J., Sanchez, C., Landry, K., & Redfield, C. (2019). Effect of intravenous versus intraosseous access in prehospital cardiac arrest. *Air Medical Journal, 38*(3), 147-149. https://doi.org/10.1016/j.amj.2019.02.005.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Safe medication preparation. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 501-522). Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

Santos, A. P., Conkin, R., & Dowd, K. (2017). Needle break: Complication and management of intraosseous vascular access. *American Surgeon, 83*(1), e18-e20. https://doi.org/10.1177/000313481708300112.

Administración de medicación: intrapleural 2302

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

Actividades:
- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficaz de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Comprobar la exactitud e integridad de todos los registros de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar los conocimientos de la persona sobre la medicación y su comprensión del método de administración.
- Dar instrucciones sobre la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicamentos (es decir, persona correcta, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).
- Seguir las normas y los protocolos del centro para el manejo y monitorización de catéteres intrapleurales.
- Determinar el nivel de confort.
- Instruir sobre el propósito, los beneficios y el fundamento del uso del catéter interpleural y de la medicación.
- Monitorizar los signos vitales.
- Mantener una técnica aséptica.
- Confirmar la correcta colocación del catéter mediante un estudio radiográfico del tórax.
- Monitorizar el dolor antes y después de la inserción del catéter, si es adecuado.
- Dejar tiempo inmediatamente antes de iniciar el procedimiento para realizar la evaluación final de que se han identificado la persona, el lugar, la posición y el procedimiento correctos y de que se dispone de toda la información pertinente y del equipo necesario.
- 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 la 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 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.
- Monitorizar si hay disnea o ruidos 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- 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.
- Cubrir todas las necesidades asistenciales 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.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2013 y 2024

Bibliografía:

Banka, R., Ellayeh, M., & Rahman, N. (2021). Pleurodesis. In *Reference Module in Biomedical Sciences*. Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-08-102723-3.00143-8.

Cheng, G. S., & Ilfeld, B. M. (2018). An evidence-based review of the efficacy of perioperative analgesic techniques for breast cancer-related surgery. *Pain Medicine, 18*(7), 1344-1365.

Dhanjal, S., & Shannon, C. (2020). *Interpleural analgesia*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526020/.

Koshini, S. (2020). *A comparative randomized study of thoracic paravertebral block versus inter pleural block for post operative analgesia after modified radical mastectomy, cholecystectomy and nephrectomy surgeries*. Chengalpattu: Doctoral dissertation, Chengalpattu Medical College and Hospital.

Rajaretnam, N., Smith, N., Massey, L., Rockett, M., & Aroori, S. (2020). Is epidural analgesia still the gold standard analgesic technique for pancreaticoduodenectomy? *HPB, 22*, S306.

Spasova, A. (2021). *Interpleural analgesia in the treatment of pain syndromes: Methodology and clinical application*. Sciencia Scripts.

Administración de medicación: intravenosa (i.v.) 2314

Definición: Preparación e infusión de medicaciones por vía intravenosa.

Actividades:

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficaz de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Comprobar la exactitud e integridad de todos los registros de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte de la persona.
- Dar instrucciones sobre la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicamentos (es decir, persona correcta, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).
- Confirmar las directrices del centro con respecto a los requisitos para la monitorización especial mientras se administra la medicación (p. ej., telemetría con medicación para el corazón).
- Utilizar concentraciones y dosis estandarizadas de medicación i.v., preferiblemente preparada y dispensada desde la farmacia o preparada comercialmente cuando sea posible.
- Evitar la preparación de medicaciones i.v. de alto nivel de alerta (p. ej., quimioterapia, heparina, dopamina, dobutamina, nitroglicerina, potasio, antibióticos, magnesio) en la unidad asistencial.
- Utilizar únicamente concentraciones de infusión estandarizadas de medicamentos i.v. de alto nivel de alerta.
- Realizar un doble control independiente por parte de dos miembros del personal con licencia para los medicamentos de alto nivel de alerta, de acuerdo con las directrices del centro.
- Comprobar posibles incompatibilidades entre fármacos i.v.
- Evitar mezclar medicamentos incompatibles en la misma vía o solución i.v.
- Insertar una vía i.v. adicional si es necesario para administrar medicaciones incompatibles, o si la vía i.v. actual contiene medicación que no puede interrumpirse o detenerse temporalmente.
- Limitar el uso de dispositivos de infusión complementarios (p. ej., alargadores) a una única vía i.v. para reducir el riesgo de contaminación o desconexión accidental.
- Utilizar la tecnología de acuerdo con las normas y procedimientos del centro (p. ej., código de barras, bomba inteligente con *software* de reducción de errores de dosis, equipo de administración con control de volumen, equipo de administración de miniinfusiones), cuando esté disponible.
- Etiquetar todos los medicamentos preparados en jeringuillas.
- Desechar y no utilizar ninguna jeringa de medicación que no esté etiquetada, a menos que la medicación se prepare en la cabecera del paciente y se administre inmediatamente sin interrupción del proceso.
- 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.
- No diluir los medicamentos de administración i.v. a menos que lo recomiende el fabricante, la política del organismo o la bibliografía de referencia.
- Verificar la colocación y la permeabilidad del catéter i.v. en la vena.
- Mantener la esterilidad del sistema i.v.
- Realizar la desinfección de las superficies de conexión (p. ej., conectores sin aguja, conectores de inyección) antes de la administración de la medicación, el lavado y los procedimientos de bloqueo.

- Administrar la medicación i.v. a la velocidad recomendada por el fabricante, las normas del centro o la literatura de referencia.
- Elegir el puerto de inyección del tubo i.v. más cercano a la persona, ocluir la vía i.v. encima del puerto y aspirar para ver si hay retorno de sangre antes de inyectar el bolo i.v. en una línea existente.
- Observar la zona por encima del punto de inserción del catéter i.v. para ver si se hincha o se vuelve tumefacta durante la administración y durante 48 horas después de la inserción de la vía i.v.
- Interrumpir la administración de la medicación si se produce tumefacción o inflamación, y retirar el catéter i.v. si hay infiltración.
- Lavar la conexión i.v. con una solución adecuada antes y después de administrar la medicación, según el protocolo del centro.
- Conectar el tubo de infusión para medicaciones i.v. en Y respecto a la bolsa de medicación y llenar el tubo abriendo la pinza del regulador de flujo.
- Colgar la bolsa de medicación en Y por encima del nivel de la bolsa de líquido principal y conectarla al conector apropiado de la vía de infusión principal.
- Regular el flujo con la pinza deslizante o ajustando la velocidad de infusión de la bomba i.v.
- Asegurarse de que la infusión primaria comienza automáticamente cuando se vacía la solución de la vía secundaria.
- Observar atentamente si se producen reacciones adversas durante la administración y varios minutos después.
- Interrumpir inmediatamente la administración de la medicación si se observa una reacción adversa.
- Seguir las normas del centro para dar una respuesta adecuada a una reacción alérgica (p. ej., administración de antihistamínicos).
- Interrumpir inmediatamente la administración de medicación si la vía i.v. presenta síntomas de infiltración o flebitis.
- Determinar cuánto daño puede producir la medicación i.v. en el tejido subcutáneo.
- Seguir las normas del centro para el cuidado de la extravasación de la vía i.v.
- Detener los líquidos i.v. y cerrar la vía i.v. si se detecta que la medicación i.v. es incompatible con los líquidos i.v. durante la administración (es decir, si el líquido i.v. se enturbia en el sistema).
- Reiniciar los líquidos i.v. con un nuevo sistema si hay medicamentos incompatibles en el sistema actual.
- Limpiar el conector de inyección al envase de líquido i.v. con un antiséptico o un hisopo con alcohol antes de añadir la medicación al envase de líquido i.v.
- Mezclar suavemente la solución girando la bolsa o el frasco si se añade medicación al envase de líquido i.v.
- Determinar si la solución i.v. actual es suficiente para añadir la medicación cuando se añade a una infusión existente.
- Rellenar la etiqueta de la medicación y colocar en el recipiente del líquido i.v.
- Seguir el trayecto de todos los catéteres o equipos de administración o dispositivos complementarios entre la persona y el envase de líquido antes de conectar o volver a conectar cualquier dispositivo de infusión.
- Etiquetar los equipos de administración con la solución de infusión o la medicación tanto cerca de la conexión con la persona como cerca del envase de la solución.
- Indicar a la persona, los cuidadores y el personal auxiliar que obtengan ayuda de personal de enfermería siempre que exista o se perciba la necesidad de conectar o desconectar dispositivos o infusiones, a menos que la persona o el cuidador administren de forma independiente los medicamentos de infusión (p. ej., en el entorno de atención domiciliaria).
- Documentar qué soluciones y medicamentos se están infundiendo a través de qué dispositivo o luz, cuando se utilicen varios dispositivos de acceso vascular (DAV) o catéteres de varias luces.
- Dirigir las tubuladuras que tienen distintos propósitos en diferentes direcciones (p. ej., catéteres i.v. dirigidos hacia la cabeza, sondas de alimentación dirigidas hacia los pies).
- Desechar las agujas, las jeringuillas y el equipo de acuerdo con las prácticas del centro.
- Mantener el acceso i.v., según convenga.
- Seguir las prácticas del centro relacionadas con los cambios recomendados para el sitio i.v., los tubos i.v. y los líquidos i.v.
- Monitorizar para determinar la respuesta a la medicación.
- Monitorizar el montaje del equipo i.v., el flujo y la solución a intervalos regulares, según el protocolo del centro.
- Monitorizar la presencia de infiltración y flebitis en el lugar de infusión.
- Proporcionar educación a la persona y al cuidador, incluida la administración de infusiones y los signos y síntomas que deben notificarse, como los que pueden aparecer después de que la persona abandone el centro sanitario.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta de la persona, de acuerdo con las normas del centro.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Medications. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 803-811). Pearson.

Cicero, T. (2021). Intravenous therapy. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 472-541). Wolters-Kluwer.

Gorski, L. A. (2017). The 2016 Infusion Therapy Standards of Practice. *Home Healthcare Now*, *35*(1), 10-18. https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000481.

Infusion Nursing Society. (2021). *Policies and procedures for infusion therapy: Acute care* (6th ed.).

Infusion Nursing Society. (2021). *Standards of practice* (8th ed.).

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Parenteral medications. In *Clinical nursing skills and techniques*. (9th ed., pp. 607-619). Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

Administración de medicación: nasal 2320

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

Actividades:

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficaz de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- Comprobar la exactitud e integridad de todos los registros de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar los conocimientos de la persona sobre la medicación y su comprensión del método de administración.
- Instruir sobre la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicamentos (es decir, persona correcta, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).
- Indicar que se suene la nariz con suavidad antes de administrar la medicación nasal, a menos que esté contraindicado.
- Ayudar 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.
- Colocar en decúbito supino con la cabeza sobre el borde de la cama o con una almohada bajo los hombros para inclinar la cabeza hacia atrás, cuando instile la medicación en las zonas sinusales.
- Girar la cabeza hacia el lado de la zona sinusal que se ha de tratar, cuando se instilen gotas en los senos maxilares o frontales.
- Mantener a la persona en decúbito supino con la cabeza inclinada hacia atrás para los senos etmoidales o esfenoidales.
- Indicar que respire por la boca durante la administración de las gotas nasales.
- Colocar el cuentagotas 1 cm por encima de las fosas nasales e instilar el número de gotas prescrito.
- Indicar que permanezca en posición supina durante 5 minutos después de administrar las gotas nasales.
- Indicar que permanezca 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.
- Dirigir la parte superior del aplicador pulverizador hacia la línea media de la nariz.
- Administrar el aerosol durante la inhalación.
- Indicar que no se suene la nariz durante los minutos posteriores a la administración.
- Mantener a los niños en posición vertical durante la administración para evitar que traguen el exceso de aerosol.
- Dar instrucciones sobre la inserción de la medicación a través de un taponamiento nasal o tampón (p. ej., dejarlo en su sitio durante el tiempo prescrito, no sonarse la nariz, efectos previstos de la medicación).
- Indicar que evite el uso de aerosoles nasales descongestionantes con demasiada frecuencia o durante varios días, ya que puede producirse congestión nasal de rebote.
- Indicar que se alternen los orificios nasales si se utilizan regularmente medicamentos irritantes (p. ej., calcitonina).
- Indicar que cada miembro de la familia debe tener un cuentagotas o pulverizador diferente.
- Indicar que se utilicen los aerosoles nasales o las gotas nasales de venta libre solo para una enfermedad y que después se desechen.
- Monitorizar para determinar la respuesta a la medicación.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta, según el protocolo del centro.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Medications. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 817-818). Pearson.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Administering nasal instillations. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 550-554). Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

Administración de medicación: oftálmica 2310

Definición: Preparación e instilación de medicamentos oftálmicos.

Actividades:

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficaz de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Comprobar la exactitud e integridad de todos los registros de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte de la persona.
- Dar instrucciones sobre la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicamentos (es decir, persona correcta, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).
- Colocar en decúbito supino o sentado con el cuello ligeramente hiperextendido, con los ojos mirando hacia el techo.
- Proporcionar pañuelos de papel para secar la medicación o las lágrimas, según se indique.
- Limpiar el párpado y las pestañas de cualquier secreción, asegurándose de que cada zona de la superficie de limpieza se utiliza solo una vez y moviéndose desde la zona interna hacia la externa.
- Colocar el dedo o el pulgar en el borde inferior de la órbita ósea y tirar suavemente del párpado inferior hacia abajo.

- Colocar la otra mano en la frente sujetando el envase de la medicación con esta mano.
- Instilar la medicación en el saco conjuntival utilizando una técnica aséptica.
- Evitar tocar los párpados, las pestañas o el globo ocular con la mano o con el aplicador del medicamento.
- Evitar dejar caer la solución directamente sobre la córnea, ya que esto aumenta las molestias.
- Soltar el párpado inferior y e indicar que se cierre el ojo.
- Repetir la administración de la medicación si parpadea o cierra el ojo, lo que provoca que la medicación caiga sobre los bordes externos del párpado.
- Ejercer una presión suave en el conducto nasolagrimal si la medicación tiene efectos sistémicos.
- Evitar aplicar presión directamente en el globo ocular.
- Indicar que cierre el ojo suavemente para ayudar a distribuir la medicación.
- Aplicar un parche ocular, según esté indicado.
- Fijar el parche con esparadrapo, evitando presionar el ojo.
- Monitorizar si hay efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación.
- Explicar que algunos medicamentos pueden causar visión borrosa.
- Aconsejar que el uso de gafas de sol disminuye el efecto fotofóbico de los medicamentos dilatadores.
- Indicar que no se debe conducir ni realizar actividades que requieran visión aguda si se están tomando medicamentos que afectan a la visión (p. ej., medicamentos que dilatan la pupila o paralizan los músculos ciliares).
- Enseñar la técnica de autoadministración, según sea conveniente.
- Documentar la administración de medicación y la respuesta de acuerdo con las normas del centro.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Medications. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 813-815). Pearson.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Administering ophthalmic medications. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 541-547). Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

Administración de medicación: oral 2304

Definición: Preparación y administración de medicamentos por la boca.

Actividades:

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficaz de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Comprobar la exactitud e integridad de todos los registros de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar los conocimientos de la persona sobre la medicación y su comprensión del método de administración.
- Instruir sobre la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicamentos (es decir, persona correcta, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).
- Preparar la medicación para una persona cada vez.
- Mirar solo un registro de administración de medicación, una copia impresa o una pantalla de administración de medicación de ordenador cada vez.
- Determinar las preferencias de líquidos y si los medicamentos pueden administrarse con estos líquidos, manteniendo las restricciones de líquidos si así se ha prescrito.
- Determinar cualquier contraindicación para recibir 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).
- Administrar la medicación que se debe tomar a una hora determinada exactamente a la hora indicada (es decir, no más de 30 minutos antes o después de la hora indicada).
- Colocarlo en posición sentada o de Fowler antes de administrar los medicamentos.
- Mantenerlo en la misma posición durante 30 minutos después de administrar los medicamentos.
- Si no puede sentarse, tumbarlo de lado.
- Ayudar a tomar la medicación sujetando el vaso, colocando una sola pastilla en la boca a la vez.
- No apresurar ni forzar la administración de la medicación.
- Evaluar la capacidad de deglución y el riesgo de aspiración mediante una herramienta de detección de disfagia antes de la administración del fármaco, según esté indicado.
- Comprobar las posibles interacciones y contraindicaciones de los fármacos.
- Observar la fecha de caducidad en el envase o el envoltorio del fármaco y desechar la medicación que haya caducado.
- Administrar los medicamentos con el estómago vacío o con alimentos, o de 2 a 3 horas después de comer, dependiendo del tipo de medicamento.
- Evitar manipular o preparar medicamentos a menos que se lleven guantes.
- 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- Triturar la medicación o mezclarla con una pequeña cantidad de alimentos blandos (p. ej., compota de manzana, flan), según requiera el estado o la edad de la persona.
- No triturar ni partir los medicamentos con cubierta entérica, ya que pueden liberarse demasiado pronto, inactivarse o no alcanzar el lugar de acción previsto.
- No masticar ni tragar las pastillas para disolver.
- Si se trata de medicamentos efervescentes, añadir el comprimido o el polvo a un vaso de agua junto a la cama y administrarlo inmediatamente después de disolverlo.
- Informar de las acciones y posibles efectos adversos esperados de los medicamentos.
- Enseñar la administración correcta de medicación sublingual.
- Colocar la medicación sublingual debajo de la lengua y enseñarle que no debe deglutir la pastilla, sino dejar que se disuelva.
- Colocar la medicación del vestíbulo oral contra la mucosa de la mejilla hasta que se disuelva.
- Indicar que no coma ni beba nada hasta que la medicación sublingual o del vestíbulo oral esté completamente disuelta.
- Asegurarse de que ha tomado todos los medicamentos.
- No dejar los medicamentos desatendidos.
- Documentar los medicamentos solo después de haberlos administrado y de haber observado que se han ingerido.
- Permanecer con la persona hasta que haya ingerido todos los medicamentos.
- Monitorizar una posible aspiración, según proceda.
- Realizar comprobaciones de la boca después de la administración de la medicación, según proceda.
- Volver a la posición de confort 30 minutos después de la administración de la medicación.
- Utilizar carros de medicación automatizados y controlados por ordenador o carros de medicación de dosis unitarias, según las normas del centro.
- Instruir a la persona o al miembro de la familia sobre la forma de administrar el medicamento.
- Monitorizar los efectos terapéuticos, los efectos adversos, la toxicidad del fármaco y las interacciones de los medicamentos.
- Documentar los medicamentos administrados y la respuesta del paciente, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Medications. In *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 792-793). Pearson.

Boyer, M. J. (2020). *Math for nurses* (10th ed.). Wolters-Kluwer.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Administering intramuscular injections. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 589-593). Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

Administración de medicación: ótica 2308

Definición: Preparación e instilación de medicamentos óticos.

Actividades:

- Seguir las políticas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficaz de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Comprobar la exactitud e integridad de cada registro de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar el conocimiento de la medicación de la persona y su comprensión acerca del método de administración.
- Dar instrucciones sobre la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicamentos (es decir, persona correcta, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).
- Colocar en decúbito lateral con el oído que debe tratarse hacia arriba, o el paciente sentado en una silla.
- Limpiar el pabellón auditivo y el orificio del conducto auditivo externo con aplicadores con punta de algodón.
- Calentar el medicamento antes de la instilación (es decir, introducirlo en agua caliente durante un breve espacio de tiempo, sujetarlo firmemente con la mano).
- 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 por encima del conducto auditivo y dejando caer las gotas en la parte lateral del conducto auditivo externo para permitir que las gotas fluyan hacia dentro (es decir, evitar instilar las gotas en la abertura auricular porque causa mucha molestia).
- Cuando sea posible, utilizar una punta de goma flexible para evitar las lesiones por un movimiento súbito.
- Indicar que debe permanecer en la misma posición entre 5 y 10 minutos.
- Realizar una suave presión o masajear la abertura del conducto del oído con el dedo.
- Colocar una bola de algodón o una mecha en el oído externo para mantener el medicamento en el conducto auditivo externo, según esté indicado.
- Retirar el algodón transcurridos 15 minutos.
- Esperar de 5 a 10 minutos para instilar las gotas en el otro oído, según la prescripción.
- Enseñar la técnica de autoadministración, según proceda.
- Documentar la administración de medicación y la respuesta de acuerdo con las normas del centro.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:
Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Medications. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 815-817). Pearson.
Boyer, M. J. (2020). *Math for nurses* (10th ed.). Wolters-Kluwer.
Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.
Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Administering ear medications. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 547-550). Mosby.
Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

A

Administración de medicación: rectal 2315

Definición: Preparación e introducción de supositorios, comprimidos, cápsulas o pastillas rectales.

Actividades:
- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficaz de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Comprobar la exactitud e integridad de todos los registros de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar los conocimientos de la persona sobre la medicación y su comprensión del método de administración.
- Instruir sobre la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicamentos (es decir, persona correcta, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).
- Revisar la historia clínica en busca de antecedentes de cirugía rectal, hemorragias o contraindicaciones para la medicación rectal.
- Determinar si se presentan signos y síntomas de alteraciones gastrointestinales (p. ej., estreñimiento, diarrea).
- Determinar la capacidad de retención de la medicación.
- Colocar al paciente en decúbito lateral (lateral izquierdo) con la pierna superior flexionada hacia arriba.
- Mantener la intimidad cuando sea posible, cubriendo con ropa de cama o toallas, permitiendo la exposición de las nalgas.
- Lubricar el dedo índice enguantado de la mano dominante y el extremo redondeado del supositorio.
- Lubricar la pastilla, cápsula o comprimido de forma similar al supositorio, según esté indicado.
- Indicar que respire profundamente y despacio por la boca y que relaje el esfínter anal.
- Retraer las nalgas.
- Introducir suavemente el supositorio, la pastilla, el comprimido o la cápsula a través del ano, pasando el esfínter anal interno y contra la pared rectal (es decir, 10 cm en adultos, 5 cm en niños).
- Evitar que los medicamentos se incrusten en las heces.
- Presionar las nalgas durante unos minutos.
- Indicar que permanezca en posición horizontal o de lado durante 5 minutos.
- Indicar que retenga la medicación, según las instrucciones del fabricante.
- Colocar en decúbito supino para insertar la medicación a través de la colostomía.
- Utilizar lubricante y la misma técnica que para la inserción a través de la zona anal, para supositorios o medicación a través de la colostomía.
- Monitorizar los efectos de la medicación.
- Instruir sobre la técnica de autoadministración, según proceda.
- Asegurarse de que la persona es consciente de que debe retirar el envoltorio de aluminio antes de administrar los supositorios.
- Asegurarse de que la persona obtiene el mismo efecto con la administración rectal de medicamentos que con la oral.
- Garantizar la capacidad de manipular la medicación o el aplicador en caso de autoadministración.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta, según el protocolo del centro.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:
Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Medications. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 820-821). Pearson.
Hua, S. (2019). Physiological and pharmaceutical considerations for rectal drug formulations. *Frontiers in Pharmacology, 10*, 1196. https://doi.org/10.3389/fphar.2019.01196.
Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.
Lam, S. H. F., Li, D. R., Hong, C. E., & Vilke, G. M. (2018). Systematic review: Rectal administration of medications for pediatric procedural sedation. *Journal of Emergency Medicine, 55*(1), 51-63. https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.04.025.
Lindauer, A., Sexson, K., & Harvath, T. A. (2017). Teaching caregivers to administer eye drops, transdermal patches, and suppositories. *AJN American Journal of Nursing, 117*(1), 54-59. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000511568.58187.36.
Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Administering rectal suppositories. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 569-580). Mosby.
Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.
Selge, C., Bausewein, C., & Remi, C. (2018). Rectal administration of baclofen at the end of life. *Journal of Pain & Symptom Management, 56*(5), e1-e3. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.07.023.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

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 normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficaz de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Comprobar la exactitud e integridad de todos los registros de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar los conocimientos de la persona sobre la medicación y su comprensión del método de administración.
- Instruir sobre la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicamentos (es decir, persona correcta, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).
- Determinar el nivel de confort.
- Monitorizar el estado neurológico y los signos vitales.
- Eliminar el cabello situado sobre el reservorio, según el protocolo del centro.
- Mantener una técnica aséptica, incluido el uso de mascarillas, para evitar la transmisión por gotitas de la flora orofaríngea.
- Preparar el cuero cabelludo con un exfoliante antiséptico, utilizando una solución acuosa de clorhexidina o una solución de povidona yodada y dejando que se seque completamente antes del acceso.
- Llenar el reservorio con líquido cefalorraquídeo, aplicando una suave presión con el dedo índice.
- Perforar el reservorio con una aguja más pequeña o más fina, en dirección oblicua, y luego aspirar mientras se observa el color y la opacidad del líquido cefalorraquídeo.
- Recoger muestras de líquido cefalorraquídeo, del modo apropiado, según la orden del profesional sanitario o el protocolo del centro, según corresponda.
- Evaluar el líquido cefalorraquídeo en busca de sangre o turbidez antes de inyectar la medicación.
- Preparar y almacenar la medicación intratecal por separado y claramente etiquetada como «Para uso intratecal».
- Realizar una doble comprobación independiente con otro profesional sanitario cualificado antes de la administración de la medicación y cuando cambie la jeringuilla o el envase de la medicación, la velocidad o la concentración.
- Verificar la seguridad de la vía intraventricular y su mezcla con cloruro sódico al 0,9% sin conservantes o soluciones para quimioterapia (p. ej., metotrexato sódico, citarabina).
- Inyectar la medicación lentamente según la prescripción del profesional sanitario y según el protocolo del centro, utilizando agujas del tamaño adecuado con filtros.
- Utilizar solo medicamentos sin conservantes para los reservorios ventriculares.
- Aplicar presión con el dedo índice en el depósito para asegurar la mezcla del medicamento con el líquido cefalorraquídeo.
- Garantizar la disponibilidad de naloxona para tratar sobredosis involuntarias.
- Garantizar que el reservorio nunca esté vacío.
- Prestar especial atención a la colocación de las agujas para evitar inyecciones accidentales en el tejido circundante.
- Considerar el uso de ecografía para acceder al tabique de la bomba, según esté indicado.
- Aplicar un apósito en el sitio, si procede.
- Observar la zona en busca de signos de hemorragia y fuga de líquido cefalorraquídeo.
- Monitorizar durante 2 horas en decúbito supino cualquier deterioro neurológico.
- Mantener el acceso i.v. periférico durante al menos 24 horas debido a la posible necesidad de administrar naloxona para la depresión respiratoria.
- 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, según el protocolo del centro.

2.ª edición 1996; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 750-829). Pearson.

Infusion Nurses Society. (2021). Infusion therapy standards of practice, 8th edition. *Journal of Intravenous Nursing, 39*(1S), 1-179.

Jeston, S. (2020). *Ventricular reservoir management in neonates.* The Royal Children's Hospital in Melbourne. https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Ventricular_reservoir_management_in_Neonates/.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Parenteral medications. In *Clinical nursing skills and techniques.* (9th ed., pp. 580-628). Mosby.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Safe medication preparation. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 501-522). Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

Zubair, A., & De Jesus, O. (2021). *Ommaya Reservoir.* In *StatPearls.* StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559011/.

Administración de medicación: subcutánea 2317

Definición: Preparación y administración de medicaciones por vía subcutánea.

Actividades:

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficaz de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).
- Comprobar la exactitud e integridad de todos los registros de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar los conocimientos de la persona sobre la medicación y su comprensión del método de administración.
- Instruir sobre la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicamentos (es decir, persona correcta, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).
- Tener en cuenta las indicaciones y contraindicaciones de la inyección subcutánea.
- Elegir la aguja y la jeringa correctas según la información de la persona y de la medicación.
- Preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial, según las instrucciones del fabricante.
- Elegir el lugar de inyección adecuado (p. ej., cara externa del brazo, abdomen, cara anterior del muslo).
- Alternar sistemáticamente los lugares de inyección de insulina dentro de una zona anatómica.
- Utilizar agujas más cortas para la insulina en personas con un IMC igual o inferior a 25.
- Hacer que la persona se autoadministre la insulina, siempre que sea posible.
- Guardar los viales de insulina en el frigorífico, no en el congelador.
- Mantener los viales en uso a temperatura ambiental.
- No inyectar insulina fría.
- Palpar el lugar de inyección para valorar si hay edema, masas o hipersensibilidad dolorosa, y evitar esas áreas.
- Evitar zonas con cicatrices, contusiones, abrasiones o infecciones.
- Utilizar lugares abdominales al administrar heparina subcutánea, manteniéndolos al menos a 5 cm del ombligo.
- Asegurarse de no tomar medicamentos a base de plantas que interactúen con la heparina (p. ej., ajo, jengibre, *ginkgo*, castaño de indias, matricaria).
- No expulsar el aire de las jeringuillas precargadas con heparina de bajo peso molecular a menos que deba modificarse la dosis.
- No aspirar al administrar inyecciones de heparina.
- Administrar la inyección utilizando una técnica aséptica.
- Introducir la aguja rápidamente en un ángulo de entre 45 y 90 grados en función del tamaño de la persona.
- Limitar la medicación a un volumen pequeño en función de la persona (es decir, 0,5-1,5 ml en adultos, hasta 0,5 ml en niños) y emplear medicamentos hidrosolubles.
- Seleccionar un sistema sin aguja o con aguja en función de las necesidades.
- Utilizar sitios de inyección abdominales para personas delgadas.
- Asegurarse de que la medicación llega al tejido subcutáneo introduciendo la aguja en un ángulo de 90 grados si se pueden tomar 5 cm de tejido; introducirla en un ángulo de 45 grados si solo se pueden tomar 2,5 cm.
- Aplicar una presión suave en el sitio, y evitar masajearlo.
- Monitorizar si se producen los efectos esperados o adversos de la medicación.
- Enseñar a la persona y a su familia la técnica de inyección con agujas hipodérmicas normales y medicación, así como con plumas de inyección.
- Asegurarse de que aprende las técnicas de autoadministración cuando se requieren inyecciones regulares.
- Utilizar demostraciones de retorno de las técnicas de inyección para validar el aprendizaje.
- Indicar a la persona y a su familia que observen los puntos de inyección en busca de complicaciones y que informen inmediatamente de estas al profesional sanitario.
- Garantizar el cebado de la pluma de inyección antes de administrar la medicación.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Medications. In *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 794-797). Pearson.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Administering intramuscular injections. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 593-600). Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

Administración de medicación: vaginal 2318

Definición: Preparación e introducción de medicaciones vaginales.

Actividades:

- Seguir las normas y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de los medicamentos.
- Favorecer un entorno que maximice la administración segura y eficaz de los medicamentos.
- Familiarizarse con el estado de la persona que recibe la medicación y con las indicaciones y la información relacionadas con la medicación (p. ej., intervalos de dosis, efectos terapéuticos esperados, posibles reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- Comprobar la exactitud e integridad de todos los registros de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Revisar el historial médico y los antecedentes de alergias.
- Determinar los conocimientos de la persona sobre la medicación y su comprensión del método de administración.
- Instruir sobre la finalidad de la medicación y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicamentos (es decir, persona correcta, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso, evaluación de la glucemia, nivel de dolor).
- Pedir que orine antes de la administración.
- Asegurar la intimidad cubriendo el abdomen o las extremidades inferiores, según esté indicado.
- Garantizar una iluminación adecuada utilizando la luz de la habitación o una lámpara de cuello de cisne portátil, según esté indicado.
- Aplicar un lubricante hidrosoluble en el extremo redondeado del supositorio o en el comprimido.
- Lubricar el dedo índice enguantado de la mano dominante.
- Separar suavemente los pliegues de los labios de delante a atrás.
- Introducir el extremo redondeado del supositorio, el comprimido o la cápsula unos 7-10 cm a lo largo de la pared posterior del conducto vaginal, o introducir el aplicador unos 5-7 cm.
- Retirar el dedo y limpiar el exceso de lubricante de la zona.
- Utilizar la misma posición y técnicas para las aplicaciones de gel, crema o espuma, llenando el aplicador siguiendo las instrucciones del medicamento.
- Insertar el aplicador de 5 a 7,5 cm y empujar el émbolo del aplicador para depositar la medicación.
- Indicar que permanezca en posición horizontal durante 10 minutos como mínimo.
- Utilizar la misma posición para las duchas vaginales o la irrigación, añadiendo una cuña y un absorbente debajo.
- Asegurarse de que las duchas vaginales o la irrigación estén a la temperatura corporal.
- Cebar el tubo o la boquilla del recipiente.
- Separar los pliegues labiales e insertar la boquilla, dirigiéndola hacia el sacro siguiendo el suelo vaginal.
- Elevar el recipiente de 30 a 50 cm por encima del nivel de la vagina.
- Dejar fluir la solución mientras se gira la boquilla.
- Administrar toda la solución.
- Retirar la boquilla y ayudar a sentarse, permaneciendo en la cuña durante unos minutos.
- Limpiar y secar el perineo según esté indicado tras la administración de la medicación.
- Ofrecer una compresa perineal, según esté indicado.
- Limpiar todo el equipo, incluido el aplicador, después de cada uso.
- Mantener una higiene perineal correcta.
- Monitorizar si se producen los efectos de la medicación.
- Enseñar la técnica de autoadministración, según proceda.
- Indicar que se utilicen todos los medicamentos según la prescripción, para garantizar la eficacia del tratamiento.
- Indicar que se abstenga de mantener relaciones sexuales según lo indicado en las instrucciones.
- Seguir utilizando la medicación durante la menstruación.
- Evitar el uso excesivo de medicamentos vaginales, ya que pueden irritar la mucosa vaginal.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta de la paciente, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión,

3.ª edición 2000; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Medications. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 818-820). Pearson.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Administering vaginal instillations. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 565-569). Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Pesar al paciente diariamente.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Monitorizar los niveles de albúmina, proteínas totales, electrólitos, perfil lipídico, glucemia y perfil bioquímico.
- Monitorizar los signos vitales.
- Monitorizar los análisis de 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 la 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 (ASPEN) 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., 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). 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.

Aislamiento 6630

Definición: Confinamiento solitario en un ambiente totalmente protector con estrecha vigilancia por parte del personal de enfermería por motivos de seguridad o para el manejo 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 con la intervención restrictiva en el paciente.
- Implicar al paciente en la toma de decisión de paso a una intervención más o menos restrictiva, cuando corresponda.
- Determinar la necesidad del paciente de continuar con el aislamiento.
- Registrar las razones de la intervención restrictiva, la respuesta del paciente a la intervención, el estado físico del paciente, los cuidados de enfermería proporcionados durante la intervención y el fundamento para suspender dicha intervención.
- Tratar con el paciente y el personal, al finalizar la intervención restrictiva, las circunstancias que condujeron a esta intervención, así como cualquier inquietud del paciente relacionada con la intervención.
- Disponer el nivel siguiente correspondiente de intervención restrictiva (sujeción física o restricción de área), si es necesario.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

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

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

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). Lippincott Williams & Wilkins.

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

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

Olsen, D. P. (1998). Ethical considerations of video monitoring of psychiatric patients in seclusion and restraint. *Archives of Psychiatric Nursing, 12*(2), 90-94.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Alimentación 1050

Definición: Proporcionar la ingesta nutricional a la persona que no pueda alimentarse por sí mismo.

Actividades:

- Identificar la dieta prescrita.
- Disponer la bandeja de comida y la mesa de forma atractiva.
- Determinar las preferencias alimentarias, culturales o religiosas e incorporarlas a las rutinas de alimentación.
- Crear un ambiente placentero durante la comida, retirando el equipo y los suministros innecesarios.
- Proporcionar una analgesia adecuada antes de las comidas, según corresponda.
- Facilitar la higiene bucal después de las comidas, según sea necesario.
- Identificar la presencia del reflejo de deglución, si fuera necesario.
- Disponer los alimentos en la bandeja como prefiera (p. ej., cortar carne, abrir paquetes).
- Evitar colocar los alimentos en el lado ciego.
- Describir la ubicación de los alimentos en la bandeja a la persona con problemas de visión.
- Colocar en una posición cómoda para comer.
- Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito.
- Preguntar las preferencias en el orden de los alimentos.
- Sentarse durante la comida para inducir sensación de placer y relajación.
- Mantenerse en posición erguida, con la cabeza y el cuello flexionados 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 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.
- Establecer el ritmo de alimentación para evitar la fatiga.
- Pedir 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 picoteo o los alimentos y bebidas preferidos, según corresponda.
- Servir las comidas a la temperatura más apetecible.
- Evitar distraer durante la deglución.
- Comer sin prisas y lentamente.
- Prestar atención a la persona mientras está comiendo.
- Posponer la alimentación si 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 o a la familia a que alimenten a la persona.
- Animar a comer en el comedor si está disponible.
- Proporcionar interacción social, según proceda.
- Proporcionar dispositivos adaptados para facilitar la alimentación independiente (p. ej., mangos largos, mangos con circunferencia grande, correa pequeña en los cubiertos), según sea necesario.
- Utilizar una taza con asa grande, si es necesario.
- Utilizar platos y vasos irrompibles y con peso, si es necesario.
- Proporcionar indicaciones frecuentes y supervisión estrecha, según proceda.
- Elogiar los intentos de alimentación independiente.
- Monitorizar el peso corporal, el estado de hidratación y los valores de laboratorio, según proceda.
- Instruir a la persona y a la familia sobre los métodos de ayuda a la alimentación.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.
- Documentar las sesiones de alimentación, según esté indicado.

1.ª edición 1992; revisada en 2008 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Nutrition. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice.* (10th ed., pp. 1152-1154). Pearson.

Berta, J. W. (2022). Nutrition alterations and management. In L. D. Urden, K. M. Stacy, & M. E. Lough (Eds.), *Critical care nursing: Diagnosis and management* (9th ed., p. 95). Elsevier.

Miller, T. (2021). Nutrition. In P. A. Potter, A. G. Perry, P. A. Stockert, & A. M. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (10th ed., pp. 1120-1121). Elsevier.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2021). Oral nutrition. In *Clinical nursing skills and technique* (10th ed., pp. 826-831). Mosby.

St. Onge, J. L. (2021). Nutrition. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function.* Wolters-Kluwer.

Touhy, T. (2020). Nutrition. In K. Jett, & T. A. Touhy (Eds.), *Toward healthy aging* (10th ed., pp. 173-189). Elsevier.

Williams, P. (2020). Maintaining fluid balance and meeting nutritional needs. In *Basic geriatric nursing* (7th ed., pp. 117-124). Elsevier.

Alimentación con biberón 1052

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

Actividades:

- Determinar el patrón de sueño y vigilia del lactante antes de iniciar la toma.
- Calentar el líquido a temperatura ambiente antes de proceder con la toma.
- Colocar al lactante con apoyo en una posición semi-Fowler durante la toma.
- Expulsar los gases del lactante frecuentemente durante y después de la toma.
- Colocar la tetina en la parte superior de la lengua.
- Controlar la toma regulando la blandura de la tetina y el tamaño del orificio y del biberón.
- Aumentar la capacidad de alerta del lactante aflojándole la ropa, acariciando sus manos y pies o hablándole.
- Fomentar la lactancia estimulando el reflejo de hociqueo, 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 del líquido y mejorar el cierre de los labios.

- Controlar la toma de líquido.
- Monitorizar y evaluar el efecto de succión durante la toma.
- Vigilar el peso del lactante, cuando proceda.
- Hervir la leche no pasteurizada.
- Hervir el agua utilizada en la preparación de la leche, si está indicado.
- Instruir en las técnicas de esterilización del equipo de alimentación.
- Instruir acerca de la dilución correcta de la leche concentrada.
- Instruir sobre el almacenamiento correcto de la leche en polvo.
- Instruir sobre el almacenamiento correcto de la leche materna.
- Enseñar que no se debe obligar a finalizar la toma de líquido.
- 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 acerca de la utilización del horno microondas para calentar la leche.
- Demostrar las técnicas de higiene bucal adecuadas a la dentición del lactante que han de utilizarse después de cada toma.
- Comentar las alternativas al biberón a la hora de acostarse para evitar la caries por el biberón.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Appleton, J., Russell, C. G., Laws, R., Fowler, C., Campbell, K., & Denney-Wilson, E. (2018). Infant formula feeding practices associated with rapid weight gain: A systematic review. *Maternal Child Nutrition, 14*, e12602. https://doi.org/10.1111/mcn.12602.

Hockenberry, M. J., Rodgers, C. C., & Wilson, D. (2022). *Wong's essentials of pediatric nursing*. Elsevier.

Kotowski, J., Fowler, C., Hourigan, C., & Orr, F. (2020). Bottle-feeding an infant feeding modality: An integrative literature review. *Maternal & Child Nutrition, 16*(2), e12939. https://doi.org/10.1111/mcn.12939.

Matson, S., & Smith, J. E. (2016). *Core curriculum for maternal-newborn nursing*. Elsevier.

Savage, J. S., Hohman, E. E., Marini, M. E., Shelly, A., Paul, I. M., & Birch, L. L. (2018). INSIGHT responsive parenting intervention and infant feeding practices: Randomized clinical trial. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 15*(1), 64. https://doi.org/10.1186/s12966-018-0700-6.

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). https://doi.org/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*.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Alimentación enteral por sonda 1056

Definición: Aporte de nutrientes y de líquido a través de una sonda insertada en el tracto gastrointestinal.

Actividades:

- Consultar con el dietista para seleccionar el tipo y la concentración de la alimentación enteral.
- Verificar la fórmula correcta, la fecha de caducidad y la integridad del envase.
- Preparar la fórmula para su administración siguiendo las directrices del fabricante, asegurándose de que la fórmula esté a temperatura ambiental.
- Realizar valoraciones abdominales adecuadas antes de iniciar la alimentación (p. ej., ruidos intestinales, firmeza a la palpación, expansión del perímetro).
- Vigilar la correcta colocación de la sonda, según el protocolo del centro.
- Evitar las pruebas de pH para confirmar la colocación en personas que reciben medicación antiácida o alimentación continua.
- Marcar la sonda en el punto de salida para mantener la colocación correcta y comprobar periódicamente si se mueve, una vez confirmada la colocación mediante radiografía.
- Confirmar la colocación de la sonda mediante examen radiográfico antes de la administración inicial de alimentación o medicación por sonda, según el protocolo del centro.
- Monitorizar los informes de las radiografías rutinarias de tórax y abdomen para comprobar la ubicación de la sonda de alimentación.
- Repetir la radiografía para confirmar la colocación de la sonda si la evaluación a pie de cama crea alguna duda sobre la ubicación de la sonda.
- Comprobar la colocación de la sonda inmediatamente antes de cada toma intermitente o según el protocolo del centro para la alimentación continua.
- Evitar el uso de jeringuillas intravenosas para administrar alimentos o soluciones en las sondas, para reducir la posibilidad de acceder inadvertidamente a las vías intravenosas.
- Comprobar el residuo según la prescripción del profesional sanitario o la política del centro, antes de la administración de medicamentos y de hacer cambios en la alimentación enteral.
- Esperar para verificar la colocación al menos 1 hora después de la administración de la medicación por sonda o por boca.
- Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45 grados durante la alimentación.
- Colocar en posición de anti-Trendelenburg durante la alimentación si la persona necesita permanecer en decúbito supino.
- Proporcionar un chupete al lactante durante la toma, según corresponda.
- Sostener al lactante y hablar con él durante la alimentación para estimular las actividades de alimentación habituales.
- Monitorizar los signos y síntomas de dificultad respiratoria durante la alimentación (p. ej., tos, asfixia, reducción de la saturación de oxígeno).
- Interrumpir la alimentación si se observa dificultad respiratoria y obtener una radiografía según el protocolo del centro.
- Finalizar la alimentación de 30 a 60 minutos antes de bajar la cabecera de la cama.
- Parar la alimentación por sonda 1 hora antes de realizar algún procedimiento o traslado si la persona se ha de colocar con una elevación de la cabeza de menos de 30 grados.
- Irrigar la sonda cada 4-6 horas durante la alimentación continuada, antes y después de cada alimentación intermitente, después de administrar medicación, y cuando se desconecte la alimentación por sonda, para evitar la oclusión de la sonda, según el protocolo del centro.
- Desobstruir la sonda de alimentación con una solución de ablandador de carne y agua (p. ej., 1 cucharada en 30 ml de agua tibia), dejar reposar durante 5 minutos y luego enjuagar con agua tibia, según el protocolo del centro.
- Administrar las necesidades totales de agua libre al día según la recomendación de un dietista.
- Utilizar una técnica limpia para la administración de alimentación por sonda, con una técnica aséptica para las conexiones de los tubos.
- Evitar manipular el sistema de alimentación o tocar las tapas de los recipientes, las aberturas de los recipientes, el punzón o el conector del punzón para evitar la proliferación bacteriana.
- Comprobar la frecuencia de goteo por gravedad o la frecuencia de bombeo cada hora.
- Utilizar solo bombas específicas para la alimentación por sonda.
- Etiquetar la bolsa con el tipo de alimentación por sonda, la concentración, la cantidad, la fecha, la hora y las iniciales.
- Reducir la velocidad de la alimentación por sonda y disminuir la concentración para controlar la diarrea.
- Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos.
- 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.
- Desechar los recipientes de alimentación enteral y los equipos de administración cada 24 horas.
- Monitorizar mensualmente si hay cambios en el crecimiento, la altura o el peso, según proceda.
- Monitorizar para detectar signos de edema o deshidratación.
- Monitorizar las condiciones que aumentan el riesgo de migración o dislocación del tubo (p. ej., vómitos, arcadas, succión nasotraqueal, agitación).
- Monitorizar las entradas y salidas de líquidos.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar si hay cambios del estado de ánimo.
- Preparar al individuo y a la familia para la alimentación por sonda en casa, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Nutrition. In *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 1127-1167). Pearson.

Miller, T. (2021). Nutrition. In A. Perry, P. Potter, P. Stockert, & A. Hall (Eds.), *Fundamentals of Nursing* (10th ed., pp. 1120-1147). Elsevier.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Enteral nutrition. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 830-860). Mosby: St. Louis.

Rebar, C. R. (2021). Concepts of care for patients with malnutrition: Undernutrition and obesity. In D. Ignativicius, M. L. Workman, C. R. Rebar, & N. M. Heimgaartner (Eds.), *Medical-Surgical nursing: Concepts for interprofessional collaborative care* (10th ed., pp. 1205-1208). Elsevier.

St. Onge, J. L. (2021). Nutrition. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Williams, P. (2020). Maintaining fluid balance and meeting nutritional needs. In *Basic geriatric nursing* (7th ed., pp. 104-130). Elsevier.

Yang, G., Zheng, B., & Yu, Y. (2021). Risk assessment of intermittent and continuous nasogastric enteral feeding methods in adult inpatients: A meta-analysis. *Evidence-based Complementary & Alternative Medicine (eCAM), 2021*, 1-10.

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.
- Colocar el catéter intrauterino mediante técnica estéril.
- Calibrar y lavar el catéter después de la colocación.
- Administrar una infusión de una solución isotónica i.v. rápidamente en la cavidad intrauterina, según la prescripción.
- Bajar la cabecera de la cama de 15 a 30 grados o colocar en decúbito supino con los pies más altos que el nivel del corazón (posición de Trendelenburg).
- 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 y 2024

Bibliografía:

Ahmed, B. (2021). Amnioinfusion in severe oligohydramnios with intact membrane: An observational study. *Journal of Maternal and Fetal Neonatal Medicine, 23*, 1-4. https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1918081.

Contro, E., & Jauniaux, E. (2021). Amnioinfusion: from termination of pregnancy to therapy. *British Journal of Gynecology, 128*(2), 303. https://doi.org/10.1111/1471-0528.16484.

Matson, S., & Smith, J. E. (2016). *Core curriculum for maternal-newborn nursing* (5th ed). Elsevier.

Mol, B., Kempen, L., Teeffelen, A., Schuit, E., & Pajkrt, E. (2017). Does amnioinfusion improve perinatal outcome in midtrimester rupture of membranes? A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Child Health*, 53. https://doi.org/10.1111/jpc.13494_203.

Aplicación de calor o frío 1380

Definición: Estimulación de la piel y tejidos subcutáneos con calor o frío para disminuir el dolor, los espasmos musculares 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 funcionamiento de todos los equipos utilizados en la aplicación de calor o frío.
- Determinar el estado de la piel e identificar cualquier alteración que requiera un cambio de procedimiento o las contraindicaciones de la estimulación.
- Seleccionar el sitio de estimulación, considerando lugares alternativos cuando la aplicación directa no sea posible (p. ej., adyacente a, distal a, entre las zonas afectadas y el cerebro, y contralateral).
- Envolver el dispositivo de aplicación de calor/frío con un paño de protección, si corresponde.
- Utilizar un paño humedecido junto a la piel para aumentar la sensación de calor/frío, cuando corresponda.
- Utilizar hielo después de un esguince de tobillo para reducir el 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- 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). Prentice Hall.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). Pain management (12th ed.). In *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (Vol. 1, pp. 230–262). Lippincott Williams & Wilkins.

Thompson, C., Kelsberg, G., 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., p. 471). Thomson Delmar Learning, 471.

Apoyo a la familia 7140

Definición: Favorecimiento 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 esta.
- 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 a 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.
- 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 of 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 of 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Apoyo al cuidador 7040

Definición: Ofrecer la información, los consejos y el apoyo necesarios para facilitar los cuidados realizados por una persona distinta de un profesional sanitario.

Actividades:

- Determinar la aceptación del rol de cuidador.
- Determinar la cantidad de ayuda necesaria.
- Determinar el nivel de conocimientos, capacidades y limitaciones.
- Aceptar las expresiones de emociones negativas.
- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.
- Monitorizar las interacciones en relación con los cuidados.
- Proporcionar información sobre el estado, el tratamiento y los cuidados de acuerdo con las preferencias del receptor de los cuidados.
- Monitorizar el estrés y estimular las estrategias de afrontamiento.
- Enseñar técnicas de manejo del estrés y estrategias para el mantenimiento de los cuidados de salud.
- Apoyar al cuidador a establecer límites y cuidar de sí mismo.
- Educar sobre el proceso de duelo.
- Apoyar durante el proceso de duelo.
- Animar a participar en grupos de apoyo, redes sociales, recursos comunitarios y recursos en línea.
- Alentar los cuidados de relevo, según sea necesario.
- Ofrecerse a prestar cuidados durante períodos cortos si experimenta dificultades o aumento del estrés.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Adashek, J. J., & Subbiah, I. M. (2020). Caring for the caregiver: A systematic review characterizing the experience of caregivers of older adults with advanced cancers. *ESMO open, 5*(5), e000862.

Bruening, R., Sperber, N., Miller, K., Andrews, S., Steinhauser, K., Wieland, G. D., Lindquist, J., Shepherd-Banigan, M., Ramos, K., Henius, J., Kabat, M., & Van Houtven, C. (2020). Connecting caregivers to support: Lessons learned from the VA Caregiver Support Program. *Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society, 39*(4), 368-376.

Egan, K. J., Pinto-Bruno, Á. C., Bighelli, I., Berg-Weger, M., van Straten, A., Albanese, E., & Pot, A. M. (2018). Online training and support programs designed to improve mental health and reduce burden among caregivers of people with dementia: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association, 19*(3), 200-206. e1.

Parmar, J., Anderson, S., Duggleby, W., Holroyd, L. J., Pollard, C., & Brémault, P. S. (2021). Developing person-centered care competencies for the healthcare workforce to support family caregivers: Caregiver centered care. *Health & Social Care in the Community, 29*(5), 1327-1338.

Zebrak, K. A., & Campione, J. R. (2021). The effect of National Family Caregiver Support Program services on caregiver burden. *Journal of Applied Gerontology, 40*(9), 963-971.

Apoyo al procedimiento: lactante 6965

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

Actividades:

- Asegurar la presencia de una persona dedicada a dar apoyo al lactante.
- 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. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006275.pub2.

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

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Apoyo de hermanos 7280

Definición: Ayuda a un niño para que afronte la enfermedad, afección crónica o discapacidad de un hermano.

Actividades:

- Explorar los conocimientos sobre el estado clínico.
- Evaluar el estrés relacionado con la enfermedad.
- Explorar los procesos de afrontamiento.
- Facilitar que los familiares sean conscientes de los sentimientos de los hermanos.
- Proporcionar información sobre las respuestas frecuentes.
- Asumir el papel de defensor cuando esté indicado (p. ej., en situaciones de riesgo vital cuando la ansiedad sea elevada y los padres u otros miembros de la familia no puedan desempeñar su rol).
- Reconocer que cada niño responde de forma diferente.
- Fomentar el cuidado del hermano pequeño en el propio hogar, si es posible.
- Ayudar a mantener o modificar las rutinas habituales y las actividades de la vida diaria, según sea necesario.
- Favorecer la comunicación entre hermanos.
- Valorar a cada niño individualmente, evitando comparaciones.
- Ayudar al niño a ver las diferencias y similitudes entre él y su hermano con necesidades especiales.
- Fomentar las visitas al hermano afectado.
- Explicar los cuidados del hermano afectado.
- Fomentar la participación en el cuidado del hermano afectado, según proceda.
- Instruir sobre estrategias para interactuar con el hermano afectado.
- Permitir que los hermanos resuelvan sus propias dificultades.
- Reconocer y respetar cuando no se está emocionalmente preparado para visitar al hermano afectado.
- Respetar la reticencia del niño sano a estar con el hermano con necesidades especiales o a incluirlo en las actividades.
- Fomentar el mantenimiento de las pautas de interacción de los padres o la familia.
- Ayudar a aclarar, explorar y exponer preocupaciones y temores.
- Utilizar dibujos, títeres y juego dramático para ver cómo percibe los acontecimientos.
- Aclarar la preocupación por contraer la enfermedad del hermano afectado y desarrollar estrategias para afrontar la preocupación.
- Instruir en relación con la patología de la enfermedad, según la etapa de desarrollo y el estilo de aprendizaje.
- Utilizar sustitutos concretos para el hermano que no puede visitar al hermano afectado (p. ej., fotos, vídeos).
- Explicar que ellos no son la causa de la enfermedad.
- Instruir sobre estrategias para satisfacer las propias necesidades emocionales y de desarrollo.
- Elogiar cuando tenga paciencia, se haya sacrificado o haya sido especialmente útil.
- Reconocer las fortalezas y habilidades personales para afrontar el estrés con éxito.
- Remitir al niño a un grupo de hermanos, según proceda.
- Remitir al niño a recursos comunitarios, si es necesario.
- Comunicar la situación a la enfermera de la escuela para promover el apoyo de acuerdo con los deseos de los padres.
- Animar a los padres a ofrecer momentos de atención individual a los hermanos.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Aita, M., Savanh, M. H. A. P., De Clifford-Faug Sa, G., & Charbonneau, L. (2021). Promoting family and siblings' adaptation following a preterm birth: A quality improvement project of a family-centered care nursing educational intervention. *Journal of Pediatric Nursing, 58*, 21-27. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.11.006.

Havill, N., Fleming, L. K., & Knafl, K. (2019). Well siblings of children with chronic illness: A synthesis research study. *Research in Nursing & Health, 42*(5), 334–348. https://doi.org/10.1002/nur.21978.

Hill, K., & Brenner, M. (2019). Well siblings' experiences of living with a child following a traumatic brain injury: A systematic review protocol. *Systematic Reviews, 8*(1), 81. https://doi.org/10.1186/s13643-019-1005-9.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. M. S. (Eds.). (2018). *Wong's nursing care of infants and children* (11th Ed.). Elsevier.

Leane, M. (2019). Siblings caring for siblings with intellectual disabilities: Naming and negotiating emotional tensions. *Social Science & Medicine, 230*, 264-270. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.022.

Wakimizu, R., Fujioka, H., Nishigaki, K., & Matsuzawa, A. (2020). Quality of life and associated factors in siblings of children with severe motor and intellectual disabilities: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences, 22*(4), 977-987. https://doi.org/10.1111/nhs.12755.

Apoyo emocional 5270

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

Actividades:

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

- Facilitar la identificación del patrón habitual de afrontamiento de los temores.
- Explorar medidas para afrontar la situación.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Discutir las posibles consecuencias de no afrontar los sentimientos de culpa y vergüenza.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo.
- Identificar la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de expresar y liberar la respuesta emocional.
- Permanecer con la persona y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
- No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando esté enfermo o fatigado.
- Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Arnold, J. L., & Baker, C. (2018). The role of mental health nurses in supporting young people's mental health: A review of the literature. *Mental Health Review Journal*, *23*(3), 197-220. https://doi.org/10.1108/MHRJ-09-2017-0039.

Cole, E. (2019). "Many nurses don't know what to say to someone in distress". *Nursing Standard*, *34*(1), 40-42. https://doi.org/10.7748/ns.34.1.40.s18.

Duarte Bard, N., Olizsewski Feijó, I., Ramires Ipuchima, J., Aparecida Paz, A., & da Costa Linch, G. F. (2020). Nursing diagnoses and interventions in mental health used in hospital admissions units: Integrative review. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, *12*(1), 1165-1171. https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8029.

Joo, S., Chai, H. W., Jun, H. J., & Almeida, D. M. (2020). Daily stressors facilitate giving and receiving of emotional support in adulthood. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, *36*(3), 330-337. https://doi.org/10.1002/smi.2927.

Levy-Storms, L., & Chen, L. (2020). Communicating emotional support: family caregivers' visits with residents living with dementia in nursing homes. *Journal of Women & Aging*, *32*(4), 389-401. https://doi.org/10.1080/08952841.2020.1787787.

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 a los individuos con riesgo de posible abuso (p. ej., complicaciones del embarazo, bajo peso al nacer, discapacidad, antecedentes asociados con abusos o desatención, rechazo, exceso de crítica, sentimientos de inutilidad y falta de amor, dependencia de los demás para recibir cuidados).
- Considerar los factores de riesgo parentales de un posible abuso (p. ej., abuso de sustancias, conducta delictiva, conflicto o violencia familiar, problemas de salud mental, percepción del niño como un problema por parte de los progenitores, embarazo no planificado, embarazo en la juventud, progenitores solteros o no casados, temperamento de los progenitores, uso del castigo físico).
- Identificar los factores sociales y ambientales que pueden ser indicadores de posibles abusos (p. ej., aislamiento social, baja autoestima, problemas de salud física, estrés en la vivienda, factores de estrés socioeconómicos, desempleo parental, falta de atención prenatal, escaso apoyo social, violencia en el vecindario, desventajas de la comunidad).
- Identificar personas que tengan dificultad para confiar en los demás o que sientan que no son apreciadas por los demás.
- Determinar si la persona siente que la solicitud de ayuda constituye un indicador de incompetencia personal.
- 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 las personas dependientes.
- Determinar la relación entre los cuidadores y los individuos.
- Determinar si los adultos pueden relevarse entre sí cuando sea necesario para tratar con un familiar dependiente.
- Determinar si el niño o el 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 (p. ej., pobreza, desempleo, divorcio, pérdida).
- Observar si hay signos de abandono en familias de alto riesgo.
- Observar si el niño o 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 al ingreso del niño o 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 o 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 lactante, 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 lactante o piden ayuda en exceso.
- Observar si se repiten las visitas a la clínica, a urgencias o a la consulta del profesional sanitario por problemas leves.
- Observar si hay un deterioro progresivo del cuidado físico y emocional del niño o 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- 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 a la persona con riesgo a especialistas adecuados.
- Informar a los correspondientes profesionales sanitarios 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 a la persona a casas de acogida en el caso de parejas maltratadas, si procede.
- Remitir a los progenitores a grupos de apoyo, si está indicado.
- Animar a la persona a contactar con la policía cuando su seguridad física esté amenazada.
- Informar a la persona de las leyes y los servicios relacionados con el abuso.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Berkowitz, C. D. (2017). Physical abuse of children. *The New England Journal of Medicine*, *376*(17), 1659-1666. https://doi.org/10.1056/NEJMcp1701446.

Centers for Disease Control and Prevention. (2021, March 15). *Child abuse and neglect prevention*. https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/index.html.

Centers for Disease Control and Prevention. (2021, June 2). *Elder abuse*. https://www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/index.html.

Hoehn, E. F., Wilson, P. M., Riney, L. C., Ngo, V., Bennett, B., & Duma, E. (2018). Identification and evaluation of physical abuse in children. *Pediatric Annals*, *47*(3), e97-e101. https://doi.org/10.3928/19382359-20180227-01.

Hoft, M., & Haddad, L. (2017). Screening children for abuse and neglect: A review of the literature. *Journal of Forensic Nursing*, *13*(1), 26-34. https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000136.

Pickering, C. E., Ridenour, K., Salaysay, Z., Reyes-Gastelum, D., & Pierce, S. J. (2017). Identifying elder abuse & neglect among family caregiving dyads: A cross sectional study of psychometric properties of the QualCare scale. *International Journal of Nursing Studies*, *69*, 41-46. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.012.

Raz, M., Dettlaff, A., & Edwards, F. (2021). The perils of child "protection" for children of color: Lessons from history. *Pediatrics*, *148*(1), 1-4. https://doi.org/10.1542/peds.2021-050237.

Read, J., Harper, D., Tucker, I., & Kennedy, A. (2018). Do adult mental health services identify child abuse and neglect? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*(1), 7-19. https://doi.org/10.1111/inm.12369.

Teeuw, A. H., Kraan, R., van Rijn, R. R., Bossuyt, P., & Heymans, H. (2019). Screening for child abuse using a checklist and physical examinations in the emergency department led to the detection of more cases. *Acta Paediatrica*, *108*(2), 300-313. https://doi.org/10.1111/apa.14495.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

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.
- 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, prótesis auditiva), 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).

© Elsevier. Reproducir sin autorización es un delito.

- 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 al 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*. 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). 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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).

A

- 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 al 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 lactante que va a nacer.
- Vigilar las reacciones de los nuevos progenitores hacia su lactante, observando si hay sentimientos de disgusto, miedo o desilusión por el sexo.
- Observar si uno de los progenitores coge al lactante con los brazos extendidos, manipula al lactante 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.
- Proporcionar a los progenitores información para afrontar el prolongado llanto del niño, destacando que no deben zarandear al lactante.
- 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 lactante 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). Academic Press.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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). 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). 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.* 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 a expresar preocupaciones y sentimientos, incluidos el miedo, la culpabilidad, la vergüenza y la autoculpabilización.
- 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.* National Institute of Justice.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). 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). Mosby Elsevier.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

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 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.
- Determinar si el individuo muestra señales de abuso físico, abuso emocional, explotación o adicción religiosa.
- Informar de la sospecha de abusos a las correspondientes autoridades eclesiásticas y/o legales.
- Determinar si el individuo tiene una red religiosa funcional para ayudar a encontrar las necesidades de pertenencia, atención y trascendencia de manera saludable.
- Ofrecer servicios de oración y sanación de la persona y para la curación de la familia o la congregación, si el profesional se siente cómodo y el individuo lo acepta.
- 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 centrado en las necesidades del individuo.
- Proporcionar recursos al individuo que ha sido víctima de abusos sobre los beneficios del perdón, cuando y si procede.
- Remitir a un especialista profesional si se sospecha un abuso de rituales mágicos y/o satánicos.
- Documentar las interacciones según la política del centro.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Davis, M., & Johnson, M. (2021). Exploring black clergy perspectives on religious/spiritual related domestic violence: First steps in facing those who wield the sword abusively. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 30*(7), 950-971. https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1738615.

Dayan, H. (2018). Sexual abuse and charismatic cults. *Aggression & Violent Behavior, 41*, 25-31. https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.04.004.

Oakley, L., Kinmond, K., & Humphreys, J. (2018). Spiritual abuse in Christian faith settings: Definition, policy and practice guidance. *Journal of Adult Protection, 20*(3), 144-154. https://doi.org/10.1080/10926771.2011.627914.

Proctor, M.-T., Cleary, M., Kornhaber, R., & McLean, L. (2019). Christians with chronic complex trauma and relationally focused spiritual difficulties: A conversational model perspective. *Journal of Spirituality in Mental Health, 21*(2), 77-110. https://doi.org/10.1080/19349637.2018.1460228.

Videbeck, S. H. (Ed.). (2020). *Psychiatric-mental health nursing* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

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). W. B. Saunders.

Edwards, A., & Elwyn, G. (2001). *Evidence-based patient choice: Inevitable or impossible?* 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). 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). Mosby.

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

Apoyo espiritual 5420

Definición: Ayuda a la persona o a la familia a sentir equilibrio y conexión con un poder superior.

Actividades:

- Reconocer las propias creencias espirituales respecto a la relación con un poder superior.
- Transmitir compromiso, interés y compasión.
- Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática.
- Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual, según corresponda (p. ej., valoraciones espirituales formales; afirmaciones al ingreso relacionadas con la religión, la nacionalidad y el idioma; afirmaciones relacionadas con la enfermedad).
- Asegurarse de que se dispone del tiempo adecuado para la interacción terapéutica.
- Comenzar las conversaciones con preguntas y estímulos concretos y fáciles de discutir, estando abiertos a si la persona o el familiar desean hablar de creencias más personales.
- Tratar con dignidad y respeto.
- Preguntar si se considera espiritual o religioso y utilizar la respuesta para determinar si la conversación debe continuar.
- Permitir que la persona o la familia dirijan la conversación (es decir, que tengan el máximo control sobre el discurso).
- Determinar la importancia de la fe o las creencias para la persona o la familia (p. ej., asistencia regular a servicios religiosos; sesiones de oración programadas; cumplimiento de rituales religiosos).
- Animar a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espirituales.
- Favorecer la revisión vital a través de la reminiscencia.
- Estar abierto a expresiones de preocupación, soledad o impotencia.
- Estar disponible para escuchar los sentimientos y expresar empatía.
- Asegurarse de que la enfermera estará disponible para apoyar a la persona en momentos de sufrimiento.
- Animar a abrirse a los sentimientos sobre la enfermedad y la muerte.
- Ayudar a expresar y aliviar la ira de forma adecuada.
- Ofrecer oportunidades para debatir sobre los distintos sistemas de creencias y visiones del mundo.
- Utilizar técnicas de clarificación de valores para ayudar a aclarar creencias y valores, según proceda.
- Compartir las propias creencias sobre el significado y el propósito, según proceda.
- Compartir la propia perspectiva espiritual, según proceda.
- Facilitar el uso de la meditación, la oración y otras tradiciones y rituales religiosos.
- Escuchar atentamente la comunicación y desarrollar el sentido de la oportunidad para la oración o los rituales espirituales.
- Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.
- Enseñar métodos de relajación, meditación y visualización guiada, según proceda.
- Proporcionar música, literatura o programas de radio o televisión espirituales, según esté indicado.
- Tomar la iniciativa en las oraciones por personas, familias o grupos, supervisando la disposición, la apertura y el nivel de comodidad para orar o para que oren por ellos, según esté indicado.
- Rezar con la persona o la familia, si lo solicitan.
- Ser consciente de las normas, celebraciones y costumbres religiosas que puedan afectar a los cuidados de enfermería o espirituales (p. ej., leyes dietéticas, ayuno, transfusiones de sangre, agua que fluye libremente para la limpieza).
- Adaptar los cuidados de enfermería a los rituales espirituales o religiosos de la persona, siempre que sea posible.
- Organizar visitas de asesores espirituales o clérigos, según esté indicado.
- Fomentar la participación en interacciones espirituales o religiosas con familiares, amigos y otras personas.
- Determinar si la persona desea asistir a servicios religiosos.
- Facilitar la asistencia a los servicios religiosos siempre que sea posible (p. ej., servicios transmitidos en directo por televisión).
- Fomentar la participación en grupos de apoyo.
- 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, según sea posible y adecuado.
- Remitir para guía y apoyo adicionales en conexión con el cuerpo, la mente y el espíritu, según sea necesario.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Burkhardt, M. A., & Nagai-Jacobson, M. C. (2022). Spirituality and health. In M. A. Blaszko Helming, D. A. Shields, K. M. Avino, & W. E. Rosa (Eds.), *Dossey & Keegan's Holistic nursing handbook: A handbook for practice* (8th ed., pp. 121-143). Jones & Bartlett.

Cone, P. H., & Giske, T. (2018). Integrating spiritual care into nursing education and practice: Strategies utilizing Open Journey Theory. *Nurse Education Today, 71*, 22-25.

Fowler, J. (2017). From staff nurse to nurse consultant: Spiritual care part 9 Judaism. *British Journal of Nursing, 26*(22), 1262.

Fowler, J. (2017). From staff nurse to nurse consultant: Spiritual care part 7 Islam. *British Journal of Nursing, 26*(19), 1082.

Fowler, J. (2017). From staff nurse to nurse consultant: Spiritual care part 6 Hinduism. *British Journal of Nursing, 26*(17), 996.

Fowler, J. (2017). From staff nurse to nurse consultant: Spiritual care part 4 Christianity. *British Journal of Nursing, 26*(14), 834.

Hawthorne, D. M., & Gordon, S. C. (2020). The invisibility of spiritual nursing care in clinical practice. *Journal of Holistic Nursing, 38*(1), 147-155.

Johnston-Taylor, E. (2020). What can I do when my manager says I cannot give spiritual care: Part 2? *Journal of Christian Nursing, 37*(3), 191.

Mamier, I., Taylor, E. J., & Winslow, B. W. (2019). Nurse spiritual care: Prevalence and correlates. *Western Journal of Nursing Research, 41*(4), 537-554.

Mcharo, S. K. (2018). T.R.U.S.T. model for inclusive spiritual care. *Journal of Holistic Nursing, 36*(3), 282-290.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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 los de la Cruz Roja y 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), 143-144.

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 aliviar, mitigar el dolor y aumentar la relajación y la comodidad.

Actividades:

- Obtener el consentimiento para utilizar la aromaterapia.
- Elegir el aceite esencial o la mezcla de aceites esenciales adecuada para conseguir el resultado deseado.
- Administrar los aceites esenciales utilizando métodos adecuados (p. ej., tópicos, en inhalación).
- Determinar la respuesta del paciente al aroma elegido antes de utilizarlo.
- Enseñar el uso de aceites esenciales, el 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.
- Evitar el uso prolongado del mismo aceite esencial o la aplicación tópica repetida en el mismo sitio.
- Garantizar una ventilación adecuada cuando se utilicen aceites esenciales.
- Enseñar los propósitos y la aplicación de la aromaterapia, según corresponda.
- Valorar los signos vitales basales y monitorizarlos durante el seguimiento, según corresponda.
- Monitorizar el nivel de estrés, estado de ánimo y ansiedad referido antes y después de la aromaterapia.
- Evaluar la respuesta a la aromaterapia.
- Documentar las respuestas a la aromaterapia.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

Allard, M. E., & Katseres, J. (2018). Using essential oils to enhance nursing practice and for self-care. *Nurse Practitioner, 43*(5), 39-46. https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000531915.69268.8f.

Dilek, B., & Necmiye, C. (2020). Usage of aromatherapy in symptom management in cancer patients: A systematic review. *International Journal of Caring Sciences, 13*(1), 537-546.

Es-haghee, S., Shabani, F., Hawkins, J., Zareian, M. A., Nejatbakhsh, F., Qaraaty, M., & Tabarrai, M. (2020). The effects of aromatherapy on premenstrual syndrome symptoms: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine (ECAM), 2020*, 1-13. https://doi.org/10.1155/2020/6667078.

Weiwei, Gu., Hui, Zhao, & Zhang, Min (2020). Massage therapy in nursing as nonpharmacological intervention to control agitation and stress in patients with dementia. *Alternative Therapies in Health & Medicine, 26*(6), 29-33.

Safajou, F., Soltani, N., Taghizadeh, M., Amouzeshi, Z., & Sandrous, M. (2020). The effect of combined inhalation aromatherapy with lemon and peppermint on nausea and vomiting of pregnancy: A double-blind, randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research, 25*(5), 401-406. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_11_19.

Wu, C.-Y., Lee, H.-F., Chang, C. W., Chiang, H.-C., Tsai, Y.-H., & Liu, H.-E. (2020). The immediate effects of lavender aromatherapy massage versus massage in work stress, burnout, and HRV parameters: A randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine (ECAM), 2020*, 1-10. https://doi.org/10.1155/2020/8830083.

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.* Cambridge University Press.

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

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

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

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

Asesoramiento 5240

Definición: Ofrecer ayuda y orientación para la resolución de problemas y dificultades personales, sociales o psicológicos.

Actividades:

- Proporcionar privacidad y confidencialidad.
- Transmitir autenticidad, calidez, sinceridad, interés y cariño incondicional.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Invitar a una conversación social para calmar la ansiedad.
- Invitar a describir las razones por las que busca asesoramiento.
- Determinar el propósito, los objetivos y la agenda de las sesiones de asesoramiento.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza, la empatía, la compasión y el respeto.
- Establecer la duración de las sesiones de asesoramiento y de la relación de asesoramiento.
- Establecer metas conjuntamente.
- Esforzarse por comprender las preocupaciones, los problemas y las dificultades.
- Ayudar a identificar el problema o la situación causante del sufrimiento.
- Determinar cómo pueden interferir los problemas en la vida diaria.
- Identificar qué pensamientos, sentimientos y conductas están asociados al problema.
- Determinar cuánto tiempo ha persistido el problema.
- Identificar cualquier patrón de acontecimientos que pueda estar asociado con el problema.
- Determinar cómo puede estar afectando a la persona la conducta de la familia.
- Determinar qué estrategias se han utilizado anteriormente para manejar el problema.
- Ayudar a que enumere y priorice todas las alternativas posibles al problema.
- Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista de la persona y el del equipo asistencial acerca de la situación.
- Verbalizar la discrepancia entre los sentimientos y la conducta.
- Mantener la conciencia de las conductas no verbales como signos del estado emocional.
- Proporcionar información objetiva, según sea necesario y apropiado.
- Fomentar la expresión de los sentimientos.
- Dar tiempo para responder.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- Utilizar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.
- Pedir a la persona y a sus allegados que identifiquen lo que pueden y no pueden hacer respecto a lo que está ocurriendo.
- Utilizar herramientas que ayuden a aumentar la autoconciencia y el conocimiento de la situación (papel y lápiz, cinta de audio, cinta de vídeo o ejercicios interactivos con otras personas), según corresponda.
- Desaconsejar la toma de decisiones en situaciones de estrés grave, siempre que sea posible.
- Revelar aspectos seleccionados de las experiencias propias o de la personalidad para dar autenticidad y confianza, si resulta oportuno.
- Utilizar un enfoque terapéutico establecido para guiar las sesiones de asesoramiento (p. ej., psicodinámico, conductual, cognitivo, humanista, integrador-holístico).
- Ayudar 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.
- Evaluar la consecución de los objetivos establecidos y la resolución del problema planteado.
- Preparar la finalización de la relación terapéutica.
- Organizar el seguimiento o la derivación.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Egan, G., & Reese, R. J. (2019). *The skilled helper: A problem management and opportunity development approach to helping* (11th ed.). Cengage.

Rosenthal, H. (2017). *Encyclopedia of counseling: Master review and tutorial for the national counselor examination, state counseling exams, and the counselor preparation comprehensive examination* (4th ed.). Routledge.

Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagen, R. (2018). *Counseling and psychotherapy theories in context and practice: Skills, strategies, and techniques* (3rd ed.). Wiley.

Sue, D. W., Sue, D., Neville, H. A., & Smith, L. (2019). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (8th ed.). Wiley.

Wong, D. W., Hall, K. R., & Hernandez, L. W. (2021). *Counseling individuals through the lifespan* (2nd ed.). Sage.

Asesoramiento antes de la concepción 5247

Definición: Prestación de apoyo terapéutico a las personas en edad fértil antes del embarazo para fomentar la salud y reducir riesgos.

Actividades:

- Garantizar la privacidad y la confidencialidad.
- Establecer una relación terapéutica de confianza.
- Revisar los antecedentes de salud, incluidos los antecedentes prenatales y obstétricos, los antecedentes de desarrollo y el estado de salud pasado y presente relacionado con factores de riesgo genético confirmados o presuntos.
- Revisar el entorno en busca de posibles factores de riesgo (p. ej., posibles exposiciones a teratógenos y carcinógenos).
- Revisar el estilo de vida en busca de posibles factores de riesgo (p. ej., tabaco, alcohol, medicación prescrita, consumo de drogas).
- Desarrollar un perfil de riesgo sanitario orientado al embarazo con anterioridad a la concepción, que esté basado en los antecedentes, la utilización de fármacos de venta con receta, los antecedentes étnicos, las exposiciones laborales y domésticas, la dieta, los trastornos genéticos específicos y el estilo de vida.
- Explorar la preparación para el embarazo de los miembros de la pareja.
- Averiguar si se han producido abusos físicos, según corresponda.
- Obtener un historial sexual completo que incluya la frecuencia y momento de las relaciones, uso de lubricantes, espermicidas y hábitos poscoitales, como baños vaginales.
- Investigar las posibles causas de infertilidad en parejas que no han podido quedarse embarazadas durante más de 1 año.
- 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.
- Evaluar los niveles de hemoglobina o hematocrito, Rh, análisis de orina con tira reactiva, toxoplasmosis, enfermedades de transmisión sexual, rubéola, hepatitis y defectos genéticos.
- Aconsejar a las parejas que se hagan pruebas para identificar los riesgos, según sea necesario.
- Apoyar la toma de decisiones sobre la conveniencia del embarazo en función de los factores de riesgo identificados.
- 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).
- 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 del arenero del gato, dejar de fumar y sustitutos del alcohol).
- Remitir al servicio de información de teratógenos para obtener información específica acerca de los agentes medioambientales.
- Aconsejar el uso de ácido fólico a ambos miembros de la pareja desde al menos 3 meses antes de la concepción.
- 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, según corresponda.
- 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.
- Fomentar la participación en grupos de apoyo para parejas que intentan quedarse embarazadas.
- Proporcionar una copia del plan de cuidados por escrito a los dos miembros de la pareja.
- Proporcionar o recomendar los cuidados de seguimiento, según corresponda.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

2.ª edición 1996; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Fowler, J.R., Mahdy, H., Jack, B.W (2021). Preconception counseling. In *StatPearls*, StatPearls Publishing. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28722910/.

Henning, P. A., Burgess, C. K., Jones, H. E., & Norman, W. V. (2017). The effects of asking a fertility intention question in primary care settings: A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, *6*(1), 11. https://doi.org/10.1186/s13643-017-0412-z.

Hubberd, A. L., Watson, N. A., Cobb, E., Wardian, J. L., Morrow, C. C., & Sauerwein, T. J. (2020). Preconception counseling for women with diabetes. *Clinical Diabetes: A Publication of the American Diabetes Association*, *38*(1), 98-100. https://doi.org/10.2337/cd18-0109.

Murugesu, L., Hopman, M. E., Van Voorst, S. F., Rosman, A. N., & Fransen, M. P. (2019). Systematic development of materials for inviting low health-literate individuals to participate in preconception counseling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(21), 4223. https://doi.org/10.3390/ijerph16214223.

Smith, A., Barr, W. B., Bassett-Novoa, E., & LeFevre, N. (2018). Maternity care update: Preconception care. *FP essentials*, *467*, 11-16.

Asesoramiento en la lactancia 5244

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 esta.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna.
- Animar a la pareja, familia o amigos de la madre a que la apoyen (ofrecer alabanzas, ánimos y seguridad, realizar las tareas domésticas y asegurarse de que la madre tiene el descanso y nutrición adecuados).
- Proporcionar los materiales educativos que sean necesarios.
- Fomentar la asistencia a clases y grupos de apoyo de lactancia materna.
- Proporcionar a la madre la oportunidad de dar lactancia tras el parto, cuando sea posible.
- 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 leche (p. ej., técnicas de relajación, masaje mamario y entorno tranquilo).
- Explicar la diferencia de la succión nutritiva y no nutritiva.
- Monitorizar la capacidad del lactante para mamar.
- Mostrar la forma de amamantar (utilizar un dedo limpio para estimular el reflejo de succión y el enganche al pezón), si es necesario.
- Enseñar a la madre a dejar que el lactante termine con la primera mama antes de ofrecer la segunda.
- Instruir sobre el modo de interrumpir la succión del lactante, si es preciso.
- Explicar a la madre los cuidados del pezón.
- Monitorizar la presencia de dolor del pezón y de alteración de la integridad cutánea de los pezones.
- Explicar las técnicas para evitar o minimizar la congestión mamaria y las molestias asociadas (p. ej., tomas frecuentes, masaje mamario, compresas calientes, extracción de la leche, aplicación de compresas de hielo tras la lactancia o la extracción de leche, antiinflamatorios).
- Explicar los signos, síntomas y estrategias de manejo de la obstrucción de los conductos, la mastitis y la infección candidiásica.
- Comentar las necesidades de la idoneidad del reposo, hidratación y dieta equilibrada.
- Ayudar a determinar la necesidad de tomas de alimentación suplementarias, chupetes y pezoneras.
- Animar a la madre a llevar un sujetador de soporte bien ajustado.
- 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).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- 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). https://doi.org/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* (pp. 61-76). Sage.

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.). Jones & Bartlett.

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

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). F.A. Davis.

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

Bibliografía:

Dudek, S. G. (2014). *Nutrition essentials for nursing practice* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Franklin, B.A. (2010). *Counseling patients to favorably modify dietary and physical activity practices: The challenge of change*. http://pt.wkhealth.com/pt/re/chf/addcontent.14354749.htm;jsessionid=X8QJKPvRb9psL40CM0G1KyrRB2xqVKpLpyp1vvQG5fv3Gd40nwHB!-1552860756!18119562 8!8091!-1.

Wardlaw, G., & Smith, A. (2012). *Contemporary nutrition* (9th ed.). McGraw-Hill.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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.
- Monitorizar 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*, 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). Saunders Elsevier.

Asistencia en el mantenimiento del hogar 7180

Definición: Facilitar el mantenimiento de un entorno domiciliario limpio y seguro.

Actividades:

- Determinar las necesidades de mantenimiento del hogar.
- Implicar a la persona en la decisión de las necesidades de mantenimiento del hogar.
- Identificar las necesidades básicas de saneamiento en el lugar de residencia.
- Aconsejar las modificaciones estructurales necesarias para que el hogar sea accesible.
- Proporcionar información sobre la manera de convertir el hogar en un sitio seguro y limpio.
- Ayudar a los miembros de la familia a desarrollar expectativas realistas en la realización de sus roles.
- 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- 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.
- Enseñar sobre cuidados básicos a domicilio.
- Coordinar el uso de recursos de la comunidad.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Hrybyk, R. L., Frankowski, A. C., Nemec, M., & Peeples, A. D. (2021). It's a lot!" The universal worker model and dementia care in assisted living. *Geriatric Nursing, 42*(1), 233-239.

Keefe, J. M., Funk, L., Knight, L., Lobchuk, M., Macdonald, M., Mitchell, L., Rempel, J., Warner, G., & Stevens, S. (2020). Home care clients: A research protocol for studying their pathways. *BMC health services research, 20*(1), 535.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and technique* (10th ed.). Mosby.

Sorrell, J. M. (2020). Tidying up: Good for the aging brain. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 58*(4), 16-18.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

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). 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*, 434-438.

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

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 las 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 las normas del centro.

2.ª edición 1996; revisada en 2013

Bibliografía:

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

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

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

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

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

Aspiración de la vía aérea 3160

Definición: Extracción de secreciones de la vía aérea 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

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

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). Elsevier Saunders.

Evans-Smith, P. (2005). *Taylor's clinical nursing skills: A nursing process approach*. 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.* The Joanna Briggs Institute.

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. http://www.ama-assn.org/resources/doc/psa/standardization-prior-auth-whitepaper.pdf.

Mathews, A. W. (2012 August 2.). Remember managed care? Remember managed care? It's quietly coming back. *Wall Street Journal.*

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

Autotransfusión 2860

Definición: Recogida y reinfusión de la 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.).

Conner, R., Spruce, L., & Burlingame, B. (2013). *Perioperative standards and recommended practices*. 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., In, J. C., & Rothrock (2015). *Alexander's care of the patient in surgery*. Elsevier Mosby.

Waters, J., Dyga, R., & Yazer, M. (2010). *Guidelines for blood recovery and reinfusion in surgery and trauma*. American Association of Blood Banks.

Ayuda a la ventilación 3390

Definición: Favorecimiento de un patrón 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).
- Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación (p. ej., gasometría arterial, SaO_2, SvO_2, CO_2 final espiratorio, 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 pimpón o plumas).
- Ayudar con el espirómetro de incentivo, según corresponda.
- Realizar fisioterapia torácica con drenaje postural (p. ej., compresión torácica, compresión espiratoria de la caja torácica, percusión de la pared torácica) o disponer lo necesario, según esté indicado.
- Aplicar aspiración, según esté indicado.
- Realizar hiperinsuflación manual, según esté indicado.
- 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 la prescripción.
- Administrar medicación adecuada contra el dolor para evitar la hipoventilación.
- Deambular de tres a cuatro veces por día, según corresponda.
- Fomentar una hidratación adecuada.
- Proporcionar aire humidificado, según esté indicado.
- Monitorizar el estado respiratorio y de oxigenación.
- Administrar medicamentos (broncodilatadores, inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases.
- Aplicar medidas no farmacológicas de mejora de la respiración (p. ej., acupresión, musicoterapia, hipnosis), según proceda.
- Enseñar técnicas de respiración con los labios fruncidos, según corresponda.
- Enseñar técnicas y ejercicios de respiración (p. ej., respiración controlada, ejercicios de expansión torácica, técnica de espiración forzada, respiraciones controladas combinadas con resoplidos, ejercicios de respiración profunda), según corresponda.
- Iniciar un programa de entrenamiento de fortalecimiento y/o resistencia de los músculos respiratorios lo antes posible, según corresponda.
- Fomentar las vacunaciones (p. ej., neumonía, gripe anual).
- Animar a evitar el humo, los contaminantes y las personas con enfermedades respiratorias.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Boon, C. J. W. (2021). Oxygenation. In P. A. Potter, A. G. Perry, P. A. Stockert, & A. M. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (10th ed., pp. 930-935). Elsevier.

Bryant, R. (2022). The child with respiratory dysfunction. In Hockenberry, Rodgers & Wilson *Wong's essentials of pediatric nursing* (11th ed., pp. 619–677). Elsevier.

Jett, K. (2020). Respiratoryhealth and illness. In K. Jett, & T. A. Touhy (Eds.), *Toward healthy aging* (10th ed., pp. 315-320). Elsevier.

Slang, R., Finsrud, L. T., & Olsen, B. F. (2020). Nursing interventions in intensive care unit patients with breathing difficulties: A scopingreviewoftheevidence. *Nordic Journal of Nursing Research, 40*(4), 176-187. https://doi.org/10.1177/2057158520948834.

Stacy, K. (2022). Pulmonary therapeutic management. In L. D. Urden, K. M. Stacy, & M. E. Lough (Eds.), *Critical care nursing: Diagnosis and management* (9th ed., pp. 499-532). Elsevier.

Williams, P. (2020). Activity and exercise. In *Basic geriatric nursing* (7th ed., pp. 310-332) Elsevier.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Ayuda con el autocuidado 1800

Definición: Ayuda a otra persona para que realice las actividades de la vida diaria.

Actividades:

- Determinar el nivel de ayuda necesario para las actividades de autocuidado o las actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej., ir de compras, cocinar, tareas domésticas, lavandería, uso del transporte, manejo del dinero, manejo de la medicación, uso de la comunicación, uso del tiempo).
- Tener en cuenta la cultura y la edad a la hora de favorecer las actividades de autocuidado.
- Determinar las necesidades de cambios relacionados con la seguridad en el hogar (p. ej., marcos de puerta más anchos para permitir el acceso de la silla de ruedas al cuarto de baño, eliminación de alfombrillas).
- Determinar las necesidades de mejoras en el hogar (p. ej., lavandería y otras instalaciones situadas en la planta principal, barandillas laterales en los pasillos, barras de apoyo en los baños).
- Determinar los recursos económicos y las preferencias personales en relación con las modificaciones del hogar o los cuidados.
- Verificar la presencia de equipos de seguridad en el hogar (p. ej., detectores de humo, detectores de monóxido de carbono, extintores).
- Verificar la idoneidad de la iluminación en toda la casa, especialmente en las zonas de trabajo (p. ej., cocina, baño) y por la noche (p. ej., lámparas de noche colocadas adecuadamente).
- Proporcionar herramientas que ayuden en las actividades cotidianas (p. ej., extensores para alcanzar objetos en armarios, alacenas, encimeras, fogones y frigoríficos; mandos especializados para manejar equipos domésticos como hornillos o microondas).
- Proporcionar técnicas de mejora cognitiva (p. ej., calendarios actualizados, listas claramente legibles y comprensibles para los horarios de medicación, relojes fáciles de ver).
- Proporcionar dispositivos o técnicas de seguridad visual (p. ej., pintar los bordes de los escalones de amarillo brillante, despejar el camino por los pasillos de la casa, instalar superficies antideslizantes en duchas y bañeras).
- Establecer una rutina para las actividades de autocuidado y ayudar con las actividades, según sea necesario.
- Determinar si la capacidad física o cognitiva es estable o está disminuyendo, y responder a los cambios en consecuencia.
- Consultar con el terapeuta ocupacional o el fisioterapeuta para colaborar en las necesidades de autocuidado.
- Ayudar a establecer métodos y rutinas para cocinar, limpiar y hacer la compra.
- Indicar que se use ropa con mangas cortas o ajustadas al cocinar.
- Ayudar en la preparación de las tareas para que la persona pueda finalizarlas (p. ej., trocear la comida, colocar la ropa en un lugar de fácil acceso, desembalar la compra).
- Monitorizar la capacidad de autocuidado independiente.
- Monitorizar la necesidad de dispositivos adaptados para la higiene personal, el vestido, el acicalamiento, el uso del inodoro y la comida.
- Proporcionar un entorno terapéutico asegurando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.
- Proporcionar los artículos personales deseados (p. ej., desodorante, cepillo de dientes, jabón de baño).
- Proporcionar asistencia hasta que sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.
- Ayudar a aceptar las necesidades de dependencia.
- Utilizar la repetición constante de rutinas de salud como medio para establecerlas.
- Animar a realizar las actividades normales de la vida diaria a su nivel de capacidad.
- Fomentar la independencia, pero intervenir cuando sea incapaz de realizar las tareas.
- Instruir a la familia para que fomente la independencia, y que intervenga solo cuando sea incapaz de realizarlas.
- Proporcionar métodos de contacto para obtener apoyo y asistencia (p. ej., línea telefónica de ayuda, lista de números no urgentes de policía, bomberos, control de intoxicaciones, compañías de servicios públicos).
- Dar instrucciones sobre métodos alternativos de transporte (p. ej., autobuses y horarios de autobuses, taxis, transporte municipal o comarcal para discapacitados).
- Conseguir mejoras en el transporte para compensar las discapacidades (p. ej., mandos manuales en los coches, espejo retrovisor ancho), según proceda.
- Indicar que no se fume en la cama, mientras se está recostado o después de tomar medicamentos que alteran la mente.
- Aconsejar a la persona y al cuidador qué deben hacer si sufre una caída u otra lesión (p. ej., qué hacer, cómo acceder a los servicios de urgencia, cómo evitar lesiones mayores).
- Proporcionar un recipiente adecuado para los objetos punzantes usados, según proceda.
- Dar instrucciones sobre el almacenamiento adecuado y seguro de los medicamentos.
- Instruir sobre el uso adecuado del equipo de monitorización (p. ej., dispositivo de monitorización de la glucosa, lancetas).
- Instruir sobre los métodos apropiados para vendar heridas y la eliminación adecuada de los apósitos sucios.
- Verificar la capacidad de abrir los envases de medicamentos.
- Remitir a la familia y a los servicios comunitarios, según sea necesario.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2008 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., Frandsen, G., & Kozier (2018). *Erbd Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed.). Pearson.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

Hockenberry, M. J., Rodgers, C. C., & Wilson, D. (2022). *Wong's essentials of pediatric nursing* (11th ed.). Elsevier.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and technique* (10th ed.). Mosby.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.

Selbera, L. M., Boyd, L. D., Vineyard, J., & Smallidge, D. L. (2021). Impact of oral health education on the knowledge, behaviors, attitudes, and self-efficacy of caregivers for individuals with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Dental Hygiene, 95*(2), 21-27.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed). Elsevier.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Ayuda con el autocuidado: micción/defecación 1804

Definición: Ayuda a otra persona para que realice las funciones de eliminación.

Actividades:

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

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). Elsevier Mosby.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2004). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (6th ed.). Prentice Hall.

Ayuda con el autocuidado: transferencia 1806

Definición: Ayuda a una persona con limitación del movimiento independiente para que aprenda 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*. Mosby.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2004). *Fundamentals of nursing* (6th ed.). Mosby.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). Elsevier Mosby.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddar textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams and Wilkins.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

Ayuda con recursos económicos 7380

Definición: Ayudar a las personas a asegurar y manejar 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 a identificar las necesidades financieras, incluyendo el análisis de ingresos y gastos.
- Determinar la capacidad cognitiva para leer, rellenar formularios y manejar dinero.
- Determinar los gastos diarios.
- Ayudar a desarrollar un programa para priorizar las necesidades diarias.
- Diseñar un plan de asistencia para animar a la persona o a la familia a acceder a niveles adecuados de asistencia del modo más rentable posible.
- Informar de los servicios disponibles a través de programas estatales y autonómicos.
- Determinar si cumple los requisitos para los programas de exención.
- Remitir a la persona que puede cumplir los requisitos de programas financiados estatales o autonómicos a los individuos adecuados.
- Informar de los recursos disponibles y ayudarle a acceder a ellos (p. ej., programa de asistencia en la medicación, programa de beneficencia).
- Ayudar a desarrollar un presupuesto y remitirle a la persona adecuada para obtener recursos financieros (p. ej., planificador financiero, planificador estatal, consejero del consumidor), según sea necesario.
- Ayudar a rellenar las solicitudes para los recursos disponibles, según sea necesario.
- Ayudar en la planificación de la asistencia a largo plazo, según sea necesario.
- Ayudar a asegurarse de que el dinero está en un lugar seguro (banco).
- Ayudar 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 en reuniones multidisciplinares, si es necesario.
- Colaborar con instituciones de la comunidad para proporcionar los servicios necesarios.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Brandow, C. L., Swarbrick, M., & Nemec, P. B. (2020). Rethinking the causes and consequences of financial wellness for people with serious mental illness. *Psychiatric Services, 71*, 89-91. https://doi.org/10.1176/appi.ps.20190032.

Crawford, C. A. (2021). Studying social workers' roles in natural disasters during a global pandemic: What can we learn? *Qualitative Social Work, 20*(1/2), 456-462. https://doi.org/10.1177/1473325020973449.

Lechuga-Peña, S., Becerra, D., Mitchell, F. M., Lopez, K., & Sangalang, C. C. (2019). Subsidized housing and low-income mother's school-based parent involvement: Findings from the fragile families and child wellbeing study wave five. *Child & Youth Care Forum, 48*(3), 323-338. https://doi.org/10.1007/s10566-018-9481-y.

McMullen, L. (2019). Patient Assistance Programs: Easing the burden of financial toxicity during cancer treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 23*(5), 36-40. https://doi.org/10.1188/19.CJON.S2.36-40.

Nedjat-Haiem, F. R., Cadet, T., Parada, H., Jones, T., Jimenez, E. E., Thompson, B., Wells, K. J., & Mishra, S. I. 2021. (2021). Financial hardship and health related quality of life among older Latinos with chronic diseases. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 38*(8), 938-946.

Semin, J. N., Palm, D., Smith, L. M., & Ruttle, S. (2020). Understanding breast cancer survivors' financial burden and distress after financial assistance. *Supportive Care in Cancer, 28*(9), 4241-4248.

Shankaran, V., Linden, H., Steelquist, J., Watabayashi, K., Kreizenbeck, K., Leahy, T., & Overstreet, K. (2017). Development of a financial literacy course for patients with newly diagnosed cancer. *The American Journal of Managed Care, 23*(3 Suppl), S58-S64.

Spencer, J. C., Samuel, C. A., Wheeler, S. B., Rosenstein, D. L., Reeder-Hayes, K. E., Manning, M. L., & Sellers, J. B. (2018). Oncology navigators' perceptions of cancer-related financial burden and financial assistance resources. *Supportive Care in Cancer, 26*(4), 1315-1321.

Ayuda en el acceso a la historia clínica electrónica 8070

Definición: Facilitación del acceso electrónico a la información sanitaria personal y la comunicación con los profesionales sanitarios.

Actividades:

- Determinar la experiencia y la comodidad con el portal antes de intentar presentarlo y promocionarlo.
- Colaborar con los profesionales, la persona y los familiares para iniciar el acceso al portal y proporcionar la información deseada.
- Poner en marcha portales mediante un proceso sistemático adaptado a las limitaciones visuales y físicas.
- Determinar el nivel de capacidad relacionado con el dispositivo electrónico que se utilizará para acceder al portal personal.
- Adaptar el portal al estado de salud y el nivel de actividad de la persona.
- Proporcionar un punto de acceso, un ordenador portátil o una tableta para orientar sobre los usos y la importancia del portal, siempre que sea posible.
- Proporcionar instrucciones fáciles de usar que destaquen las ventajas del portal (p. ej., acceso a medicamentos, resultados de laboratorio, resultados de pruebas diagnósticas, recursos educativos específicos para cada persona, acceso puntual a información sanitaria, recordatorios de atención preventiva y de seguimiento).
- Favorecer activamente el uso del portal (p. ej., inscripción masiva, asegurarse de que todos los profesionales y el personal remiten al portal, añadir a todos los folletos, respaldar los beneficios).
- Instruir sobre las funciones del portal y cómo utilizar cada aplicación.
- Asegurarse de que el portal cuenta con funciones proactivas y atractivas (p. ej., orientación a la resolución de problemas, herramientas interactivas para la toma de decisiones, mensajes y herramientas personalizados).
- Garantizar que el portal funcione en tiempo real para el estado o las actividades actuales (p. ej., medicación actual con la hora de la última dosis y de la siguiente, informes actuales de laboratorio y de pruebas diagnósticas).

- Ofrecer orientación sobre la comunicación eficaz con los profesionales sanitarios.
- Considerar los portales con funciones de juego como medida de reducción del estrés o sistema de incentivos para personas seleccionadas.
- Recopilar periódicamente información sobre el uso del portal para facilitar su mejora.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Ammenwerth, E., Hoerbst, A., Lannig, S., Mueller, G., Siebert, U., & Schnell-Inderst, P. (2019). Effects of adult patient portals on patient empowerment and health-related outcomes: A systematic review. *Studies in Health Technology and Informatics, 264*, 1106-1110.

Centers for Medicare and Medicaid Services. (2020). *Medicare promoting interoperability program eligible hospitals, critical access hospitals, and dual-eligible hospitals attesting to CMS Objectives and Measures for 2020. Promoting Interoperability.* https://www.cms.gov/files/document/medicare-eh-2020-provide-patients-electronic-access-their-health-information.pdf.

Elkind, E., & Higgins, K. M. (2018). Patient portal considerations. *Nursing Management, 49*(3), 9-11.

Gerber, D. E., Beg, M. S., Duncan, T., Gill, M., & Lee, S. J. C. (2017). Oncology nursing perceptions of patient electronic portal use: A qualitative analysis. *Oncology Nursing Forum, 44*(2), 165-170.

Irizarry, T., Shoemaker, J., Nilsen, M. L., Czaja, S., Beach, S., & DeVito Dabbs, A. (2017). Patient portals as a tool for health care engagement: A mixed-method study of older adults with varying levels of health literacy and prior patient portal use. *Journal of Medical Internet Research, 19*(3), 99.

Mayhew, C., Strudwick, G., & Waddell, J. (2018). Clinical Nurse Specialists' perceptions of a mental health patient portal. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice, 32*(6), 313-322.

Sadasivaiah, S., Lyles, C. R., Kiyoi, S., Wong, P., & Ratanawongsa, N. (2019). Disparities in patient-reported interest in web-based patient portals: Survey at an urban academic safety-net hospital. *Journal of Medical Internet Research, 21*(3), e1.

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). Elsevier Mosby.

Jarvis, C. (2012). *Student laboratory manual for physical examination and health assessment* (6th ed.). Elsevier Saunders.

Seidel, H., Ball, J., Dains, J., Flynn, J., Solomon, B., & Stewart, R. (2011). *Mosby's guide to physical examination* (7th ed.). 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- 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.
- 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). 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). Springer.

Karoly, P. (2005). Self-control. In M. Hersen, & J. Rosqvist (Eds.), *Encyclopedia of behavior modification and cognitive behavior therapy* (pp. 504-508). Sage.

Karoly, P. (2005). Self-monitoring. In M. Hersen, & J. Rosqvist (Eds.), *Encyclopedia of behavior modification and cognitive behavior therapy* (pp. 521-525). 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). Springer.

Stuart, G. W. (Ed.). (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing* (9th ed.). Mosby Elsevier.

Watson, D. L., & Tharp, R. G. (2007). *Self-directing behavior: Self-modification for personal adjustment* (9th ed.). Wadsworth.

Ayuda para dejar de fumar 4490

Definición: Ayuda a una persona para que deje de fumar.

Actividades:

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

- Ofrecer seguimiento a las personas que intentan dejar de fumar, si es posible
- Aconsejar de forma clara, contundente y constante que se deje de fumar.
- Proporcionar asesoramiento especial e intervención psicosocial a las fumadoras embarazadas.
- Ayudar a identificar las razones para dejar de fumar.
- Ayudar a identificar las barreras que impiden dejar de fumar.
- Ayudar a las personas motivadas a fijar una fecha para dejar de fumar.
- Comentar los riesgos y las consecuencias de seguir fumando o vapeando, y las recompensas y los beneficios de dejar de fumar.
- Proporcionar intervenciones motivacionales para estimular futuros intentos de dejar de fumar.
- Enseñar los síntomas físicos de la abstinencia de la nicotina (p. ej., cefalea, mareos, náuseas, irritabilidad e insomnio).
- Monitorizar los síntomas de abstinencia tabáquica durante el tratamiento.
- Explicar que los síntomas físicos de la abstinencia de la nicotina son temporales.
- Investigar posibles desafíos para mantener la abstinencia.
- Explorar el uso de métodos alternativos para sustituir el consumo de cigarrillos (p. ej., vapeo, pipas).
- Informar sobre los peligros del vapeo como método alternativo (p. ej., los mismos problemas de salud relacionados con la nicotina, el vapeo crea adicción, la concentración de nicotina es mayor).
- Informar sobre productos sustitutivos de la nicotina (p. ej., parches, chicles, aerosoles nasales, inhaladores) para ayudar a reducir los síntomas físicos de la abstinencia.
- Ayudar a identificar aspectos psicosociales (p. ej., sentimientos positivos y negativos asociados con el hábito de fumar) que influyen en la conducta de fumar.
- Ayudar a desarrollar un plan para dejar de fumar que se dirija a los aspectos psicosociales que influyen en la conducta de fumar.
- Ayudar a reconocer situaciones que le incitan a fumar (p. ej., estar con personas que fuman, frecuentar lugares donde se permite fumar).
- Ayudar 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).
- Fomentar las autorrecompensas a intervalos específicos tras abandonar el hábito (p. ej., 1 semana, 1 mes, 6 meses).
- Animar al paciente a mantener un estilo de vida sin tabaco.
- Animar a acudir a un grupo de apoyo para dejar de fumar.
- Apoyar con métodos de autoayuda.
- Ayudar 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 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 que se 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.
- Manejar los medicamentos para la dependencia al tabaco, como la terapia sustitutiva con nicotina y el bupropión, según proceda.
- Organizar contactos de seguimiento con la persona para reconocer que la abstinencia es difícil, para reforzar la importancia de permanecer abstinente y para felicitar por los progresos.
- Proporcionar apoyo social durante el tratamiento para dejar de fumar.
- Favorecer las políticas que establecen y refuerzan un entorno sin humo.
- Aconsejar llevar un diario para las recaídas o casi recaídas, qué las causa y qué se puede aprender de ellas.
- Ayudar a la persona a afrontar las recaídas.
- Ofrecer derivación a otros servicios, según proceda.
- Ponerse en contacto con organizaciones de recursos nacionales y locales para obtener material informativo.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Barua, R. S., Rigotti, N. A., Benowitz, N. L., Cummings, K. M., Jazayeri, M. A., Morris, P. B., Ratchford, E. V., Sarna, L., Stecker, E. C., & Wiggins, B. S. (2018). 2018 ACC expert consensus decision pathway on tobacco cessation treatment: A report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *Journal of the American College of Cardiology, 72*(25), 3332-3365. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.10.027.

Corvalán, B., Véjar, M., María Paz, Bambs, S., Leonardo, Pavié, G., Claudia, Zagolin, B., Juana, Cerda, L., Jaime, & Mónica (2017). Clinical practice guidelines for smoking cessation. *Revista médica de Chile, 145*(11), 1471-1479. https://doi.org/10.4067/s0034-98872017001101471.

The Royal Australian College of General Practitioners. (2019). *Supporting smoking cessation: A guide for health professionals* (2nd ed.). RACGP.

Krist, A. H., Davidson, K. W., Mangione, C. M., Barry, M. J., Cabana, M., Caughey, A. B., Donahue, K., Doubeni, C. A., Epling, J. W., Kubik, M., Ogedegbe, G., Pbert, L., Silverstein, M., Simon, M. A., Tseng, C. W., & Wong, J. B. US Preventive Services Task Force. (2021). Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA, 325*(3), 265-279. https://doi.org/10.1001/jama. 2020.25019.

Verbiest, M., Brakema, E., van der Kleij, R., Sheals, K., Allistone, G., Williams, S., McEwen, A., & Chavannes, N. (2017). National guidelines for smoking cessation in primary care: A literature review and evidence analysis. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine, 27*, 2. https://doi.org/10.1038/s41533-016-0004-8.

World Health Organization. (2014). *Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112835/9789241506953_eng.pdf;jsessionid=B0B8CEF43A471878B490FAF8BE2E3EB7?sequence=1.

Ayuda para el control de la ira 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 periodos en que aumente la tensión.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A

- 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.). 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.). Lippincott Williams & Wilkins.

Stuart, G., & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed.). Mosby.

Ayuda para ganar peso 1240

Definición: Facilitación del aumento del peso corporal.

Actividades:

- Ayudar en la realización del diagnóstico para determinar la causa de la falta de peso, según corresponda.
- Pesar a los intervalos determinados, según corresponda.
- Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.
- Revisar el historial de medicación.
- Observar si hay náuseas y vómitos.
- Determinar la causa de las náuseas y/o vómitos y tratarla convenientemente.
- Administrar medicamentos para reducir las náuseas y el dolor antes de comer, si es necesario.
- Monitorizar el consumo diario de calorías.
- Monitorizar los niveles séricos de albúmina, proteínas totales, 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, teniendo en cuenta las opciones personales y las preferencias culturales y religiosas.
- Proporcionar cuidados bucales antes de las comidas, si es necesario.
- Disponer períodos de descanso, si es necesario.
- Asegurarse de que esté sentado antes de comer o alimentarse.
- Ayudar con la comida o alimentar al paciente, según corresponda.
- Proporcionar alimentos adecuados según la prescripción (p. ej., dieta general, de masticación fácil, fórmulas mezcladas o comerciales por medio de sonda nasogástrica o de gastrostomía, o nutrición parenteral total).
- Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida.
- Servir las comidas de forma agradable y atractiva.
- Analizar los factores socioeconómicos que contribuyen a una nutrición inadecuada.
- Analizar la percepción de los factores que interfieren con la capacidad o el deseo de comer.
- Remitir a instituciones comunitarias que puedan ayudar en la obtención de comida, según corresponda.
- Enseñar 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 los resultados realistas esperados respecto a la enfermedad y a la posibilidad de ganar peso.
- Determinar las preferencias 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 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.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Bibliografía:

Carl, R. (2019). Healthy weight practices for child and adolescent athletes. *Pediatric Annals, 48*(7), e286-e289. https://doi.org/10.3928/19382359-20190617-02.

Conviser, J. H., Fisher, S. D., & McColley, S. A. (2018). Are children with chronic illnesses requiring dietary therapy at risk for disordered eating or eating disorders? A systematic review. *International Journal of Eating Disorders, 51*(3), 187-213. https://doi.org/10.1002/eat.22831.

De Coen, J., Verbeken, S., & Goossens, L. (2021). Media influence components as predictors of children's body image and eating problems: A longitudinal study of boys and girls during middle childhood. *Body Image, 37*, 204-213. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.03.001.

Fitzpatrick, S., MacDonald, D. E., McFarlane, T., & Trottier, K. (2019). An experimental comparison of emotion regulation strategies for reducing acute distress in individuals with eating disorders. *Canadian Journal of Behavioural Science, 51*(2), 90-99. https://doi.org/10.1037/cbs0000119.

Helvaci, M. R., Algin, M. C., Abyad, A., & Pocock, L. (2018). Physical inactivity or an excessive eating habit. *Middle East Journal of Nursing, 12*(1), 14-18. https://doi.org/10.5742/MEJN.2018.93346.

McCabe, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Mellor, D., & Maïano, C. (2020). Body image, disordered eating, higher weight, and their associated factors: Can we use the same scales to measure constructs across different countries? *Body Image, 35*, 316-319. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.09.017.

Ayuda para perder peso 1280

Definición: Facilitación de 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 la 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.
- 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).

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2009). *Weight loss for life.* (Publication No. 04-3700).

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2010). *Active at any size.* (NIH Publication No. 10-4352).

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). Agency for Healthcare Research and Quality.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

B

Baño 1610

Definición: Limpieza corporal con fines de relajación, limpieza y curación.

Actividades:

- Considerar la cultura y la edad cuando se favorezcan actividades de baño.
- Determinar la cantidad y el tipo de ayuda necesaria (p. ej., baño completo en cama, baño parcial, baño con toallitas húmedas, baño con toalla, baño en bañera, ducha).
- Explicar el proceso de uso del limpiador sin aclarado envasado y calentado o del limpiador antimicrobiano, cuando esté indicado.
- Proporcionar los artículos personales deseados (p. ej., toalla, desodorante, jabón de baño, champú, loción, productos de aromaterapia).
- Proporcionar un entorno terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.
- Ayudar con la ducha en silla, bañera, baño con paciente encamado, ducha de pie o baño de asiento, según corresponda o se desee.
- Utilizar tiras de seguridad en la bañera y alfombrillas de goma o de toalla en el suelo para evitar resbalones.
- Cubrir con plástico todos los catéteres intravenosos o apósitos para heridas, cuando esté indicado.
- Ayudar a limpiar la espalda, la parte inferior de las piernas y los pies, cuando esté indicado.
- Limpiar de las zonas limpias a las sucias (es decir, del tórax a la zona perineal).
- Lavar y peinar el cabello y afeitar, si es necesario y se desea.
- Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.
- Fomentar la participación de los progenitores o la familia en los rituales habituales de la hora de acostarse, según corresponda.
- 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).
- Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales a la hora de acostarse, las señales o los apoyos previos al sueño y los objetos familiares (p. ej., para los niños, una manta o juguete favorito, un balancín, un chupete o un cuento; para los adultos, un libro para leer o una almohada de casa), según corresponda.
- 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.
- Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.
- Aplicar lociones y cremas hidratantes en las zonas de piel seca.
- Aplicar polvos secantes en los pliegues profundos de la piel, en poca cantidad para evitar que se forme una pasta y la irritación de las vías respiratorias.
- Monitorizar la capacidad funcional durante el baño.
- Ayudar a entrar o salir de la bañera o ducha, según sea necesario.
- Favorecer el bienestar psicosocial conversando durante el baño.
- Ofrecer el lavado de manos después de usar el inodoro y antes de las comidas.
- Facilitar que el propio individuo se bañe, afeite y lave o peine el cabello, cuando proceda.
- Supervisar la limpieza de las uñas, según la capacidad de autocuidado.
- Proporcionar ayuda hasta que sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.
- Facilitar la asistencia de un peluquero o esteticista, según sea necesario.
- Documentar la tolerancia al procedimiento, según esté indicado.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2021). Hygiene. In *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (11th ed., pp. 669-685). Pearson.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. M. (2021). Hygiene and self-care. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed., pp. 604-634). Wolters-Kluwer.

Hockenberry, M. J., Rodgers, C. C., & Wilson, D. (2022). *Wong's essentials of pediatric nursing* (11th ed.). Elsevier.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and technique* (10th ed.). Mosby.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed). Elsevier.

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.

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

- 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*. 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.

B

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). 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). Jones and Bartlett.

Bray, D. (2001). Biofeedback. In D. Rankin-Box (Ed.), *The nurse's handbook of complementary therapies* (pp. 145-152). Bailliere Tindall.

Fontaine, K. L. (2005). *Complementary & alternative therapies for nursing practice* (2nd ed.). Prentice Hall: Pearson.

Good, M. (2006). Biofeedback. In M. Snyder, & R. Lindquist (Eds.), *Complementary/alternative therapies in nursing* (5th ed., pp. 117-128). Springer.

Micozzi, M. S. (2006). *Fundamentals of complementary and integrative medicine* (3rd ed.). W. B. Saunders.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

Cambio de posición 0840

Definición: Colocación del cuerpo para favorecer el efecto terapéutico beneficioso y el bienestar fisiológico y psicológico.

Actividades:

- Colocar sobre un colchón o una cama terapéuticos adecuados.
- Proporcionar un colchón firme.
- Explicar el procedimiento de giro, según corresponda.
- Animar a la participación en los cambios de posición, según corresponda.
- Monitorizar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
- Premedicar antes de cambiarlo de posición, según corresponda.
- Colocar en la posición terapéutica especificada.
- Controlar la alineación neutra, sin rotación lateral extrema ni hiperextensión, según corresponda.
- Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada.
- Colocar en posición de alineación corporal correcta.
- Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, según corresponda.
- Elevar la parte corporal afectada, según corresponda.
- 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 (es decir, «el pulmón bueno abajo»), si resulta apropiado.
- Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos de rango de movimiento, si resulta apropiado.
- Fomentar los objetivos conjuntos para reducir el riesgo de lesiones u otras complicaciones de la inmovilidad.
- Identificar el número de profesionales necesarios para el cambio pasivo de posición.
- 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.
- Evitar cambiar de posición inmediatamente después de las comidas.
- Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición.
- Colocar en la cama una tabla para los pies, según esté indicado.
- 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 por encima del nivel del corazón, para mejorar el retorno venoso, según corresponda.
- Enseñar 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 a la persona inmovilizada 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 el timbre de llamada y los objetos de uso frecuente al alcance.
- Colocar el mando de la cama al alcance de la mano.
- Documentar la hora y el procedimiento de los cambios de posición pasivos.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed.). Pearson.

Katz, S., Arish, N., Rokach, A., Zaltzman, Y., & Marcus, E. L. (2018). The effect of body position on pulmonary function: A systematic review. *BMC Pulmonary Medicine, 18*(1), 159-175.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2022). *Clinical Nursing Skills and Techniques* (10th ed.). Elsevier.

Schutt, S. C., Tarver, C., & Pezzani, M. (2017). Pilot study: Assessing the effect of continual position monitoring technology on compliance with patient turning protocols. *Nursing Open, 5*(1), 21-28.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

Cambio de posición: decúbito prono 3330

Definición: Ayudar a las personas ventiladas a ponerse en decúbito prono.

Actividades:

- Considerar los criterios clínicos para el cambio de posición (p. ej., relación entre la presión parcial de oxígeno arterial y la fracción de oxígeno inspirado inferior a 150 mmHg) y las contraindicaciones para el cambio de posición (p. ej., inestabilidad vertebral, fracturas faciales o pélvicas, tórax abierto o pared torácica inestable, presión intracraneal no controlada, inestabilidad hemodinámica grave).
- Utilizar las normas y los procedimientos institucionales para estandarizar el cambio de posición a decúbito prono (p. ej., lista de comprobación, protocolo, directrices, instrucciones de trabajo sobre cuidados de enfermería).
- Explicar la justificación y el procedimiento del cambio de posición a decúbito prono, incluidos los riesgos y beneficios.
- Asegurar un número adecuado de profesionales para el cambio de posición con funciones preasignadas (p. ej., terapeuta respiratorio, enfermeras, fisioterapeuta).
- Asegurar la estabilidad y la posición de los dispositivos médicos durante la colocación (p. ej., tubo orotraqueal, drenaje torácico, alimentación enteral, sonda vesical).

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

- Registrar constantes vitales basales, datos hemodinámicos y estado de la cara anterolateral de la piel.
- Aplicar apósitos de espuma en las zonas con riesgo de sufrir lesiones por presión (p. ej., frente, barbilla, esternón, hombros, rodillas, crestas ilíacas anteriores).
- Pausar la alimentación enteral durante 1 hora antes del cambio de posición a decúbito prono, luego reanudarla.
- Asegurarse de que hay equipo de intubación de emergencia junto a la cama.
- Proporcionar una sedación adecuada.
- Realizar cuidados oculares (p. ej., aplicar lubricante o pomadas, cerrar los párpados con esparadrapo).
- Colocar a los miembros del equipo a ambos lados de la cama (es decir, tres a cada lado y con apoyo de la cabeza).
- Mover a la persona hacia arriba en la cama de modo que la cabeza quede fuera de la cama durante el giro y la cabeza sujeta por un miembro del equipo.
- Colocar los brazos en posición de nadador o a los lados del cuerpo.
- Evaluar las constantes vitales y la gasometría en la primera hora tras la maniobra y cada 4 o 6 horas, o según esté indicado.
- Monitorizar continuamente la saturación periférica de oxígeno y que los valores de saturación de oxígeno estén en niveles entre el 92% y el 96%.
- Monitorizar la dificultad respiratoria.
- Volver a la posición de decúbito supino si se produce inestabilidad hemodinámica (p. ej., extubación no programada, obstrucción del tubo endotraqueal, hemoptisis, SpO_2 <85% o PaO_2 <55 mmHg durante más de 5 minutos, parada cardíaca, frecuencia cardíaca inferior a 30 lpm, presión arterial sistólica inferior a 60 mmHg durante más de 5 minutos).
- Comprobar la posición del tubo orotraqueal tras la maniobra para evitar lesiones en la comisura labial y la extubación accidental.
- Rotar los brazos y la cabeza cada 2 horas.
- Recalibrar el equipo invasivo.
- Registrar el tiempo en decúbito prono.
- Registrar la tolerancia del procedimiento.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Binda, F., Marelli, F., Galazzi, A., Pascuzzo, R., Adamini, I., & Laquintana, D. (2021). Nursing management of prone positioning in patients with COVID-19. *Critical Care Nurse, 41*(2), 27-35. https://doi.org/10.4037/ccn2020222.

Gordon, A., Rabold, E., Thirumala, R., Husain, A. A., Patel, S., & Cheema, T. (2019). Prone positioning in ARDS. *Critical Care Nursing Quarterly, 42*(4), 371-375. https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000277.

Guérin, C., Albert, R. K., Beitler, J., Gattinoni, L., Jaber, S., Marini, J. J., Munshi, L., Papazian, L., Pesenti, A., Vieillard-Baron, A., & Mancebo, J. (2020). Prone position in ARDS patients: Why, when, how and for whom. *Intensive Care Medicine, 46*, 2385-2396. https://doi.org/10.1007/s00134-020-06306-w.

Montanaro, J. (2021). Using in situ simulation to develop a prone positioning protocol for patients with ARDS. *Critical Care Nurse, 41*(1), 12-24. https://doi.org/10.4037/ccn2020830.

Elharrar, X., Trigui, Y., Dols, A. M., Touchon, F., Martinez, S., Prud'homme, E., & Papazian, L. (2020). Use of prone positioning in non-intubated persons with COVID-19 and hypoxemic acute respiratory failure. *Journal of the American Medical Association (JAMA, 323*(22), 2336-2338. https://doi.org/10.1001/jama.2020.8255.

Jiang, L. G., LeBaron, J., Bodnar, D., Caputo, N. D., Chang, B. P., Chiricolo, G., & Sharma, M. (2020). Conscious proning: An introduction of a proning protocol for non-intubated, awake, hypoxic emergency department COVID-19 persons. *Academic Emergency Medicine, 27*(suppl 7), 566-569. https://doi.org/10.1111/acem.14035.

Zaretsky, J., Corcoran, J. R., Savage, E., Berke, J., Herbsman, J., Fischer, M., Kmita, D., Laverty, P., Sweeney, G., & Horwitz, L. I. (2022). Increasing rates of prone positioning in acute care patients with COVID-19. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 48*(1), 53-60. https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2021.09.005.

Cambio de posición: intraoperatorio 0842

Definición: Colocación del paciente o de una parte del cuerpo 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.
- 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- 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, torácica lateral, de litotomía, de 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.
- Monitorizar los efectos fisiológicos del posicionamiento y los dispositivos de tracción, según corresponda.
- Monitorizar 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., Perry, A., Potter, P., & Ostendorf, W. (2014). *Clinical nursing skills and techniques.* Elsevier Mosby.

Rothrock, J. C., In, J. C., & Rothrock (2015). *Alexander's care of the patient in surgery.* 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).
- Monitorizar la oxigenación tisular cerebral y la presión intracraneal en pacientes en estado crítico durante los cambios de posición, si procede.
- Aplicar una ortesis de tipo collarín.
- Instruir sobre los cuidados que se deben tener en cuenta con la ortesis de collarín, si es el caso.
- Monitorizar la capacidad de autocuidado mientras se utiliza la ortesis de collarín/dispositivo ortopédico.
- Colocar y mantener un entablillado o dispositivo ortopédico.
- Monitorizar la integridad de la piel por debajo del dispositivo ortopédico/ortesis 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/ortesis.

© Elsevier. Reproducción prohibida

- Monitorizar 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.*

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Management of patients with neurologic trauma* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins. 1910-1941.

Sprigle, S., Maurer, C., & Sorenblum, S. E. (2010). Load redistribution in variable position wheelchairs in people with spinal cord injury. *Journal o fSpinal Cord Medicine, 33*(1), 58-64.

C

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 grados, las rodillas a 105 grados y los tobillos a 90 grados, 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 grados desde la vertical.
- Inclinar el asiento 10 grados hacia la espalda.
- Colocar las piernas en una posición tal que se encuentren a 20 grados de la vertical.
- Monitorizar si el paciente es incapaz de mantener la postura correcta en la silla de ruedas.
- Monitorizar 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.
- Indicar al paciente que haga 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). Prentice Hall.

Mayall, J. K., & Desharnais, G. (1995). *Positioning in a wheelchair* (2nd ed.). 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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.). Springer.

Craven, R., & Hirnle, C. (2007). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Seroka, A. M. (1994). Values clarification and ethical decisión making. *Seminarsfor 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* (pp. 315-325). W. B. Saunders.

Colaboración con otros profesionales sanitarios 7685

Definición: Trabajar en un equipo interprofesional para prestar una atención sanitaria de calidad.

Actividades:

- Establecer relaciones de trabajo con el equipo interprofesional.
- Participar en la orientación del equipo interprofesional.
- Ayudar a los profesionales sanitarios a aprender las rutinas de la unidad asistencial.
- Participar en programas educativos.
- Fomentar una comunicación abierta y directa.
- Hacer seguimiento de los mensajes electrónicos importantes (p. ej., mensajes de texto, correos electrónicos) con contacto verbal.
- Fomentar el uso de una herramienta de comunicación estructurada (p. ej., Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación [SBAR]) para fomentar una comunicación clara, cuando sea necesario.
- Crear y utilizar un sistema para informar al equipo interprofesional de los cuidadores asignados.
- Entrenar a los residentes y a los profesionales sanitarios en rutinas desconocidas.
- Alertar al equipo interprofesional de los cambios en los procedimientos programados.
- Discutir directamente con el profesional sanitario implicado las preocupaciones sobre la atención sanitaria o los problemas relacionados con la práctica.
- Alentar a expresar las preocupaciones al equipo interprofesional.
- Informar de los cambios de situación, según proceda.
- Participar en las rondas a pie de cama y en los equipos de cuidados interprofesionales, según proceda.
- Participar en comités interprofesionales para abordar cuestiones clínicas.
- Utilizar los proyectos y comités interprofesionales como foros.
- Proporcionar información al equipo interprofesional apropiado.
- Hacer seguimiento de las solicitudes del equipo interprofesional de nuevos equipos o suministros.
- Proporcionar retroalimentación al equipo interprofesional sobre los cambios en la práctica, el equipo y el personal.
- Incluir al equipo interprofesional en los servicios de formación sobre nuevos equipos o cambios en la práctica.
- Alentar al equipo interprofesional a participar en programas educativos de colaboración.
- Apoyar la investigación en colaboración y las actividades de mejora de la calidad.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Abu Dalal, H. J., Ramoo, V., Chong, M. C., Danaee, M., & Aljeesh, Y. I. (2022). The impact of organizational communication satisfaction on health care professionals' work engagement. *Journal of Nursing Management, 30*(1), 214-225. https://doi.org/10.1111/jonm.13476.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2021). *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (11th ed.). Pearson.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (9th ed.). Wolters-Kluwer.

Galeno Rodrigues, M. E. N., da Costa Belarmino, A., Custódio, L. L., Verde Gomes, I. L., & Ferreira Júnior, A. R. (2020). Communication in health work

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

during the COVID-19 pandemic. *Investigacione&Educacion En Enfermeria, 38*(3), 1-11. https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n3e09.
Homeyer, S., Hoffmann, W., Hingst, P., Oppermann, R. F., & Dreier-Wolfgramm, A. (2018). Effects of interprofessional education for medical and nursing students: Enablers, barriers and expectations for optimizing future interprofessional collaboration—A qualitative study. *BMC Nursing, 17*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12912-018-0279-x.
Michel, L. (2017). A failure to communicate? Doctors and nurses in American hospitals. *Journal of Health Politics, Policy & Law, 42*(4), 709-717. https://doi.org/10.1215/03616878-3856149.
Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed.). Mosby.
Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

C

Comprobación de sustancias controladas 7620

Definición: Favorecimiento 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). 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.

Conciliación de medicación 2395

Definición: Creación de una lista exacta de todos los medicamentos que toma una persona.

Actividades:

- Conciliar la medicación en todos los momentos de transición, incluyendo el ingreso, los traslados y el alta.
- Conciliar la medicación cuando haya cambios en el estado de la persona o en la medicación.
- Utilizar una herramienta estandarizada para obtener toda la información de la medicación, incluidas la medicación prescrita, los medicamentos sin receta y los suplementos dietéticos y de fitoterapia.
- Eliminar las distracciones e ir despacio al conciliar los medicamentos.
- Recoger la lista de medicamentos cuando se ingresa en una institución sanitaria, se atiende a un paciente ambulatorio o se le traslada de una unidad a otra o de una institución a otra.
- Obtener una historia farmacológica completa examinando los viales o la lista de medicaciones, comprobándola con la persona y la familia y/o comunicándose con los profesionales sanitarios y la farmacia, si es necesario.
- Documentar el nombre, dosis, frecuencia y vía de administración del fármaco en la lista de medicaciones.
- Determinar cuándo se tomó la medicación por última vez.
- Comparar la lista de medicamentos con las indicaciones y la historia clínica para asegurar que la lista es exacta y completa.
- Comparar la medicación que se toma actualmente o que se debería tomar con la medicación que se acaba de prescribir, para detectar duplicidades, omisiones, interacciones y la necesidad de continuar con la medicación actual.
- Comparar la lista inicial de medicación domiciliaria, las prescripciones de medicación actuales y las órdenes de medicación al alta para garantizar que la medicación continúa, se reanuda o se interrumpe de forma adecuada tras el alta.
- Comunicar las discrepancias a los profesionales que han prescrito los medicamentos, si es necesario.
- Proporcionar información escrita sobre la medicación que se debe tomar al alta, para cada medicamento.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- Explicar la importancia de la información sobre el manejo de la medicación en el momento del alta.
- Enseñar a mantener una lista de medicación actualizada y verificarla con el profesional sanitario en cada visita o ingreso hospitalario.
- Enseñar a obtener todas las medicaciones en una farmacia para disminuir el riesgo de error.
- Enseñar a tener un papel activo en el manejo de la medicación.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

5.ª edición 2008; revisada en 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed.). Pearson. 750-829.

Fredericks, T. (2018). Medication reconciliation. *MEDSURG Nursing, 27*(5), 329-330.

Guisado-Gil, A. B., Mejías-Trueba, M., Alfaro-Lara, E. R., Sánchez-Hidalgo, M., Ramírez-Duque, N., & Santos-Rubio, M. D. (2020). Impact of medication reconciliation on health outcomes: An overview of systematic reviews. *Research in Social & Administrative Pharmacy, 16*(8), 995-1002. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.10.011.

Institute for Healthcare Improvement. (2018). Reconcile medications at all transition points. http://www.ihi.org/resources/Pages/Changes/ReconcileMedicationsatAllTransitionPoints.aspx.

Marien, S., Krug, B., & Spinewine, A. (2017). Electronic tools to support medication reconciliation: A systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association, 24*(1), 227-240. https://doi.org/10.1093/jamia/ocw068.

Ostendorf, W. R. (2021). Medication administration. In P. A. Potter, A. G. Perry, P. A. Stockert, & A. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (pp. 606-607). Elsevier.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Safe medication preparation. In *Clinical nursing skills and techniques.* (9th ed., pp. 501-522). Mosby.

Romanoski, M. (2018). Improving practice—Reconciliation of medications. *Geriatric Nursing, 39*(6), 723-724. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.10.010.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

The Joint Commission. (2018). Ambulatory health care national patient safety goals. https://www.jointcommission.org/assets/1/6/2018_AHC_NPSG_goals_final.pdf.

Tong, M., Hye Young Oh, J., Thomas, S., Patel, J. L., Hardesty, N. J., & Brandt (2017). Nursing home medication reconciliation. *Journal of Gerontological Nursing, 43*(4), 9-14. https://doi.org/10.3928/00989134-20170313-04.

Consejo genético 5242

Definición: Utilización de un proceso de comunicación terapéutica para ayudar a un individuo, una familia o un grupo a entender y afrontar una enfermedad genética específica.

Actividades:

- Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza, la empatía, la compasión y el respeto.
- Determinar la base de conocimiento, mitos, percepciones y percepciones erróneas relacionadas con las enfermedades genéticas.
- Explorar los factores de riesgo genético confirmados para determinar el nivel de comprensión.
- Determinar el propósito, los objetivos y la agenda del paciente para la sesión de consejo genético.
- Determinar la presencia y la calidad de los sistemas de apoyo y las habilidades de afrontamiento previas.
- Explorar el riesgo estimado en función del fenotipo (características de la persona), la historia familiar (análisis del árbol genealógico), la información del riesgo calculado o el genotipo (resultados de las pruebas genéticas).
- Proporcionar estimaciones del riesgo de ocurrencia o recurrencia para la persona y los miembros de la familia con riesgo.
- Informar sobre la evolución natural de la enfermedad o el estado, el tratamiento y las estrategias de manejo, información sobre el pronóstico y estrategias de prevención, si se conocen.
- Informar sobre los riesgos, los beneficios y las limitaciones de las opciones de tratamiento/manejo, así como sobre las opciones para enfrentarse con el riesgo de recurrencia.
- Proporcionar apoyo en la toma de decisiones a medida que las personas consideren sus opciones.
- Priorizar las áreas de disminución del riesgo en colaboración con el individuo, la familia o el grupo.
- Monitorizar la respuesta de la persona al enterarse de sus propios factores de riesgo genéticos.
- Permitir y alentar la expresión de sentimientos.
- Apoyar el proceso de afrontamiento.
- 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.
- Registrar un resumen escrito de la sesión de consejo genético, según esté indicado.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

McEwen, A., & Jacobs, C. (2021). Who we are, what we do, and how we add value: The role of the genetic counseling 'philosophy of practice' statement in a changing time. *Journal of Genetic Counseling, 30*(1), 114-120. https://doi.org/10.1002/jgc4.1308.

Mendes, Á., Metcalfe, A., Paneque, M., Sousa, L., Clarke, A. J., & Sequeiros, J. (2018). Communication of information about genetic risks: Putting families at the center. *Family Process, 57*(3), 836-846. https://doi.org/10.1111/famp.12306.

Patch, C., & Middleton, A. (2018). Genetic counselling in the era of genomic medicine. *British Medical Bulletin, 126*(1), 27-36. https://doi.org/10.1093/bmb/ldy008.

Sharma, S., Khanna, G., & Gangane, S. D. (2019). *Textbook of pathology and genetics for nurses* (2nd ed.). Elsevier.

Consulta 7910

Definición: Uso de conocimientos expertos para permitir que individuos, familias, grupos o instituciones alcancen los objetivos identificados.

Actividades:

- Identificar el propósito de la consulta.
- Determinar el método de comunicación preferido (p. ej., en persona, por teléfono, vídeo o internet).
- Tener en cuenta la cultura, la etnia y el contexto a la hora de establecer relaciones de consulta.
- Recoger datos para identificar la naturaleza del problema.
- Identificar y aclarar las expectativas de todas las partes implicadas.
- 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.
- Identificar conjuntamente los resultados deseados para resolver el problema.
- Desarrollar un contrato escrito para definir el acuerdo y evitar malentendidos.
- Favorecer el progreso hacia la autodirección y la responsabilidad.
- Proporcionar conocimientos técnicos a quienes soliciten ayuda.
- Implicar a los que solicitan la ayuda en todo el proceso de consulta.
- Desarrollar un plan de acciones y estrategias acordadas para lograr los resultados deseados.
- Reaccionar profesionalmente ante la aceptación o el rechazo de las ideas.
- Obtener el compromiso de los responsables de la toma de decisiones para llevar a cabo las acciones acordadas.
- Preparar un informe final de recomendaciones.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Arvelos Mendes, D. I., & Clemente Ferrito, C. R. (2021). Preoperative nursing consultations: Implementation and evaluation. *Revista de Enfermagem Referência, 8*, 1-8. https://doi.org/10.12707/RV20216.

da Silva Emiliano, M., da Costa Lindolpho, M., Cavalcanti Valente, G. S., Marinho Chrizóstimo, M., Chaves Sá, S. P., Moraes da Rocha, I., & da, C. (2017). Perception of nursing consultation by elderly people and their caregivers. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE, 11*(5), 1791-1797. https://doi.org/10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201706.

de Castro Júnior, A. R., de Abreu, L. D. P., de Lima, L. L., de Araújo, A. F., Martins Torres, R. A., & Ferreira da Silva, M. R. (2019). Nursing consultation in the outpatient care of youths. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE, 13*(4), 1157-1166. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a239115p1157-1166-2019.

Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasiński, D., Gulbrandsen, P., Han, P., Härter, M., Kinnersley, P., Lloyd, A., Mishra, M., Perestelo-Perez, L., Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., Witteman, H. O., & Van der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: Multistage consultation process. *British Medical Association (Clinical Research ed.), 359*, j4891.

Gomes da Rocha, C. G., Buss Heidemann, I. T. S., Fernandes Rumor, P. C., Oliveira Antonini, F., & Kuntz Durand, M. (2019). A. Bitencourt Magagnin, Social determinants of health in prenatal nursing consultation. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE, 13*, 944-950. https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241571.

Vasconcelos Sobral, M., Mendes de Paula Pessoa, V., Sampaio Florêncio, R., Alves Braga Solon, A., de Castro Bento, J., Ribeiro Feitosa Cestari, V., & de Menezes, L. (2018). Essential elements of the child and adolescent nursing consultation. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE, 12*(12), 3464-3475.

Consulta mediante telecomunicación 8180

Definición: Obtención de información, escucha, prestación de apoyo o enseñanza a distancia en respuesta a las preocupaciones manifestadas, entre distintos sitios.

Actividades:

- Identificarse con nombre y credenciales, organización; informar a la persona si la llamada se graba (p. ej., para la monitorización de la calidad), utilizar la voz para crear una relación terapéutica.
- Determinar si la persona desea proceder por teléfono o videoconferencia, según esté disponible.
- Informar a la persona sobre el objetivo y el proceso de la convocatoria.
- Obtener el consentimiento, si está indicado.
- Confirmar el número de teléfono de la persona o el método de reconexión en caso de interrupción (p. ej., dirección de correo electrónico, número de sala de chat).
- Pedir a la persona que se traslade a un lugar tranquilo o considere la posibilidad de utilizar auriculares para minimizar el ruido de fondo en la medida de lo posible.
- Identificar las preocupaciones sobre el estado de salud.
- Establecer el nivel de conocimientos y la fuente de estos.
- Determinar la capacidad de comprender la enseñanza o las instrucciones telefónicas (p. ej., déficits auditivos, confusión, barreras lingüísticas).
- Revisar la información pertinente sobre el propósito del contacto (p. ej., diagnósticos médicos, si los hay, antecedentes médicos, régimen de tratamiento actual, resultados de las pruebas).
- Hablar despacio y con claridad y evitar elevar el volumen de voz.
- Ser consciente de las señales visuales o de audio que acompañan a la información.
- Considerar los aspectos culturales y socioeconómicos en la respuesta de la persona.
- Proporcionar medios para superar cualquier barrera identificada para el aprendizaje o el uso de sistemas de apoyo.
- Identificar los problemas reales o potenciales relacionados con la aplicación del régimen de autocuidado.
- Hacer recomendaciones sobre cambios de régimen según proceda, utilizando las directrices establecidas según sea necesario y estén disponibles.
- Consultar con el profesional sanitario principal sobre cambios en la pauta de tratamiento, según sea necesario.
- Interrogar sobre quejas o síntomas relacionados, de acuerdo con el protocolo estándar según sea necesario y esté disponible.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- Obtener datos relacionados con la eficacia de los tratamientos actuales.
- Determinar la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.
- Identificar el grado de apoyo y participación de la familia en los cuidados.
- Involucrar a la familia o a otras personas significativas en la atención y planificación, según esté indicado.
- Determinar los riesgos para la seguridad de la persona que llama y de los demás.
- Determinar si las preocupaciones requieren una evaluación adicional, utilizando el protocolo estándar según sea necesario.
- Utilizar herramientas de detección para identificar a las personas que pueden necesitar una evaluación más exhaustiva en persona.
- Proporcionar instrucciones claras sobre cómo acceder a la atención necesaria, en caso de preocupación.
- Proporcionar información sobre el régimen de tratamiento y las responsabilidades de autocuidado resultantes de acuerdo con el ámbito de la práctica y las directrices establecidas, según sea necesario.
- Proporcionar información sobre las terapias y medicamentos prescritos, según proceda.
- Proporcionar información sobre promoción de la salud o educación sanitaria, según proceda.
- Proporcionar información sobre recursos comunitarios, programas educativos, grupos de apoyo y grupos de autoayuda, según se indique.
- Prestar servicios de forma tranquila, atenta y solidaria.
- Responder a las preguntas.
- Determinar la comprensión de la información proporcionada.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.
- Mantener la confidencialidad, según esté indicado.
- Documentar cualquier evaluación, consejo, instrucción u otra información proporcionada de acuerdo con las directrices organizativas especificadas.
- Seguir las directrices para investigar o denunciar situaciones de sospecha de abuso infantil, geriátrico o conyugal.
- Realizar seguimiento para determinar la disposición.
- Documentar la disposición y las acciones previstas de la persona.
- Determinar la necesidad y los intervalos de tiempo para nuevas evaluaciones intermitentes, según proceda.
- Determinar cómo se puede localizar a la persona o al miembro de la familia para retomar el contacto, según proceda.
- Documentar el permiso de devolución de llamada e identificar a las personas que pueden recibir información sobre la llamada.
- Discutir y resolver problemas de contacto con ayuda de supervisores o colegas.

2.ª edición 1996; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

American Academy of Ambulatory Care Nursing. (2018). *Scope and standards of practice for professional telehealth nursing* (6th ed.).

Chernitzer, D., & Gustin, T. S. (2020). Evaluating advanced practice nurses' knowledge and use of electronic consultations. *The Journal for Nurse Practitioners, 16*(2), 151-153. https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.11.023.

Fiona Imlach, F., McKinlay, E., Middleton, L., Kennedy, J., Pledger, M., Russell, L., Churchward, M., Cumming, J., & McBride-Henry (2020). Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: Survey and interviews on patient experiences and preferences. *BMC Family Practice, 21*, 269-282.

Nieman, C. L., & Oh, E. S. (2020). Connecting with older adults via telemedicine. *Annals of Internal Medicine, 173*, 831-832.

Rutledge, C., Kott, K., Schweickert, P. A., Poston, R., Fowler, C., & Haney, T. S. (2017). Telehealth and eHealth in nurse practitioner training: current perspectives. *Advances in Medical Education and Practice, 8*, 399-409.

Seehusen, D. A., & Azrak, A. (2019). The effectiveness of outpatient telehealth consultations. *American Family Physician, 100*(9), 575-577.

Sitton-Kent, L., Humphreys, C., & Miller, P. (2018). Supporting the spread of health technology in community services. *British Journal of Community Nursing, 23*(3), 118-122.

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 lactantes 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). W. B. Saunders.

Rombalski, J. J. (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* (pp. 149-158). Springer.

Weiss, S. J. (1988). *Touch*. Springer. 3-27.

Weiss, S. J. (1991). The tactile environment of caregiving: Implications for health science and health care. *The Science of Caring, 3*(2), 33-40.

C

Contención de los costes 7630

Definición: Gestión y facilitación del 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 necesario para proporcionar los servicios (p. ej., asistencia a domicilio, asistencia urgente, departamento de urgencias, clínica, asistencia aguda, asistencia a largo plazo).
- Asignar personal de forma acorde al presupuesto según las necesidades impuestas por la gravedad.
- Aplicar la tecnología para ayudar en la elaboración de presupuestos y la contención de costes (p. ej., programas de dotación de personal, seguimiento de productos, programas de predicción de suministros).
- Comunicar y coordinar las necesidades asistenciales 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).
- Negociar con los miembros del equipo interprofesional para evitar pruebas y procedimientos innecesarios/por duplicado.
- Dar de alta cuando ya no sean necesarios los cuidados.
- Buscar de forma rutinaria precios competitivos de los suministros y del equipo.
- Determinar si los suministros deberían ser desechables o reutilizables, y si deben comprarse o alquilarse.
- Obtener los suministros y el equipo a precios competitivos.
- Utilizar documentación estandarizada para contener los costes y mantener la calidad, según sea conveniente.
- Colaborar con los miembros del equipo interprofesional para contener los costes y mantener la calidad.
- Utilizar programas de mejora de la calidad para monitorizar 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 del coste y de las alternativas sobre cuándo y dónde adquirir servicios de asistencia sanitaria.
- Informar del coste, del tiempo y de las alternativas implicadas en una prueba o un procedimiento concreto.
- Animar a realizar preguntas acerca de los servicios y de los precios.
- Comentar la situación económica, según proceda.
- Examinar opciones creativas que aseguren los recursos necesarios.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Brydges, G., Krepper, R., Nibert, A., Young, A., & Luquire, R. (2019). Assessing executive nurse leaders' financial literacy level: A mixed-methods study. *JONA: The Journal of Nursing Administration, 49*(12), 596-603. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000822.

Conley, P. (2019). Certified and advanced degree critical care nurses improve patient outcomes. *Dimensions of Critical Care Nursing, 38*(2), 108-112. https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000342.

Huber, D. L., & Joseph, M. L. (2021). *Leadership and nursing care management* (7th ed.). Elsevier.

Kelly, P., & Porr, C. (2018). Ethical nursing care versus cost containment: Considerations to enhance RN practice. *Online Journal of Issues in Nursing, 23*(1), 3. https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol23No01Man06.

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2021). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and applications* (10th ed.). Wolters Kluwer.

Stadhouders, N., Kruse, F., Tanke, M., Koolman, X., & Jeurissen, P. (2019). Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review. *Health Policy, 123*(1), 71-79. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.015.

Ultimate Kronos Group (2021). Unleashing the power of healthcare workforce data. *Healthcare Financial Management, 75*(3), 16-19.

Welch, T. D., & Smith, T. (2020). Understanding FTEs and nursing hours per patient day. *Nurse Leader, 18*(2), 157-162. https://doi.org/10.1016/j.mnl.2019.10.003.

Young, C., White, M., & Dorrington, M. (2018). Nurse staffing improvements through interprofessional strategic workforce action planning. *Nursing Economic$, 36*(4), 163-194.

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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- 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 intradisciplinarios 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), 286-289. 282.

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.). Elsevier Mosby.

Control de infecciones 6540

Definición: Minimizar el contagio y la transmisión de agentes infecciosos.

Actividades:

- Seguir las precauciones universales en todas las actividades asistenciales.
- Lavarse las manos o utilizar desinfectante de manos antimicrobiano antes y después de cada actividad asistencial.
- Facilitar el acceso a los desinfectantes antimicrobianos para manos (p. ej., colgar el dispensador en la pared o colocarlo junto a las puertas de todas las áreas asistenciales).
- Utilizar EPI siempre que se prevea una posible exposición a material infeccioso.
- Garantizar el fácil acceso al EPI adecuado para atender a personas con material o enfermedad infecciosos conocidos (p. ej., guantes, mascarillas, gafas, batas de aislamiento).
- Favorecer la protección de ojos, nariz y boca.
- Colocar a las personas de forma que los aerosoles y las salpicaduras se alejen de la cara del cuidador.
- Proporcionar boquillas, mascarillas de reanimación de bolsillo con válvulas unidireccionales y otros dispositivos de ventilación para garantizar alternativas a la reanimación boca a boca y evitar la exposición de la nariz y la boca del cuidador a los líquidos orales y respiratorios durante las maniobras de reanimación.
- Utilizar mascarillas respiratorias con filtro de partículas (p. ej., N-95) durante los procedimientos que generen aerosoles cuando estos puedan contener determinados patógenos respiratorios (p. ej., *M. tuberculosis,* COVID-19, virus de la gripe aviar o pandémica).
- Emplear prácticas de trabajo seguras para evitar pinchazos y otras lesiones relacionadas con el instrumental cortopunzante (p. ej., dispositivos de seguridad para el instrumental cortopunzante, zonas adecuadas para desechar el instrumental cortopunzante).
- Proporcionar habitaciones unipersonales cuando exista preocupación por la transmisión de agentes infecciosos, según las normas y la capacidad del centro.
- Dar prioridad a las habitaciones unipersonales para personas que presenten situaciones que faciliten la transmisión de material infeccioso a otras personas (p. ej., heridas con drenaje, incontinencia fecal, secreciones no contenidas, malos hábitos de higiene personal).
- Dar prioridad a las habitaciones unipersonales para las personas con mayor riesgo de contraer infecciones hospitalarias (p. ej., personas con inmunodepresión, heridas abiertas, catéteres permanentes).
- Asignar los metros cuadrados adecuados por persona, según lo indicado por las directrices de los CDC (es decir, evitar el hacinamiento en las áreas asistenciales).
- Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles o con diagnóstico de enfermedad transmisible, según las precauciones de aislamiento apropiadas (p. ej., contacto, transmisión aérea, gotas, transmisión sanguínea).
- Limpiar adecuadamente el entorno del área de cuidados después de cada uso, según las normas del centro.
- Limpiar y desinfectar las superficies contaminadas con patógenos, incluidas las que están cerca de la persona (p. ej., barandillas de las camas, superficie de las mesillas de noche) y las superficies del entorno asistencial que se tocan con más frecuencia (p. ej., pomos de puertas, superficies dentro y alrededor de los aseos de las habitaciones), en comparación con otras superficies (p. ej., superficies horizontales de las salas de espera).
- Utilizar desinfectantes registrados por la Agencia de Protección Ambiental (EPA) que tengan actividad microbicida contra los patógenos con más probabilidades de contaminar el entorno asistencial, según las instrucciones del fabricante.
- Limpiar y desinfectar todos los artículos o equipos de contacto o cuidado, incluidos los juguetes en las áreas pediátricas y los dispositivos móviles multiuso que se mueven dentro y fuera de las habitaciones.
- Contener, transportar y manipular los equipos e instrumentos o dispositivos asistenciales que puedan estar contaminados con materiales infecciosos, según las normas del centro.
- Eliminar el material orgánico de los instrumentos o dispositivos críticos y semicríticos, utilizando los productos de limpieza recomendados antes de la desinfección y esterilización de alto nivel, para permitir procesos eficaces de desinfección y esterilización.
- Manipular los textiles y tejidos usados con la mínima agitación para evitar la contaminación del aire, las superficies y las personas.
- Colocar avisos escritos que indiquen el tipo de aislamiento para cada persona aislada, incluidas las restricciones de visitas o las actividades que debe realizar cualquier persona que entre en la habitación (p. ej.,

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

lavado de manos, uso de EPI, duración de la estancia permitida, distancia que debe mantenerse con respecto a la persona).
- Mantener las técnicas de aislamiento para las personas aisladas, según corresponda.
- Limitar el número de visitantes para las personas aisladas, según corresponda.
- Colocar carteles en las zonas públicas (p. ej., entradas, cafeterías, ascensores) con instrucciones para limitar las visitas si se tienen síntomas de infección respiratoria, tos o estornudos.
- Proporcionar pañuelos desechables y recipientes que no se puedan tocar (p. ej., tapa accionada con un pedal, papelera abierta forrada de plástico) para tirar los pañuelos desechables.
- Instruir a las personas sobre las técnicas adecuadas para lavarse las manos y para limpiarse las manos al entrar y salir de las habitaciones.
- Mantener los principios básicos de la técnica aséptica para la preparación y administración de medicamentos parenterales (p. ej., uso de agujas y jeringas estériles, de un solo uso y desechables para cada inyección administrada; evitar la contaminación del equipo de inyección y de la medicación; utilizar solo viales monodosis).
- Utilizar equipos de infusión y administración de líquidos (p. ej., bolsas intravenosas, tubos, conectores) para una sola persona y desecharlos adecuadamente después de su uso.
- Mantener un entorno aséptico óptimo durante la inserción a pie de cama de vías centrales o cualquier acceso parenteral.
- Mantener un entorno aséptico y una manipulación aséptica de todas las vías intravenosas y al cambiar todos los tubos y frascos de soluciones intravenosas.
- Mantener un sistema cerrado al realizar la monitorización hemodinámica invasiva.
- Cambiar las vías intravenosas periféricas y centrales y los apósitos de acuerdo con las directrices actuales de los CDC.
- Utilizar una técnica adecuada para el cuidado de las heridas.
- Limitar el uso de dispositivos invasivos (p. ej., sondas urinarias, sondas de alimentación) para disminuir la susceptibilidad a la infección y la colonización, siempre que sea posible.
- Interrumpir el uso de dispositivos invasivos (p. ej., sondas urinarias, vías intravenosas) cuando esté clínicamente indicado, para reducir el riesgo de infección.
- Aplicar protocolos de cuidado de sondas urinarias y directrices basadas en la evidencia para reducir el riesgo de infección.
- Administrar terapia antibiótica o agentes inmunizantes, según corresponda.
- Mantener el uso prudente de antibióticos.
- Instruir para que se tomen los antibióticos según lo prescrito y hasta que se terminen.
- Instruir a la persona y a los familiares sobre los signos y síntomas de infección y sobre cuándo comunicarlos al profesional sanitario.
- Instruir a la persona y a sus familiares sobre cómo evitar las infecciones.
- Favorecer las inmunizaciones y vacunaciones como medidas preventivas de infecciones, según corresponda.
- Ofrecer oportunidades de inmunización y vacunación a los trabajadores sanitarios.
- Proporcionar a los servicios sanitarios laborales relacionados con la prevención de infecciones (p. ej., evaluación del riesgo, administración del tratamiento recomendado tras la exposición, detección de la tuberculosis, vacunación contra la gripe, pruebas de ajuste de la protección respiratoria).
- Proporcionar y asistir anualmente a la educación relacionada con el control y la transmisión de patógenos (p. ej., lavado de manos, uso de EPI, tipos de aislamiento).
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Cochrane, J., & Jersby, M. (2019). When to wear personal protective equipment to prevent infection. *British Journal of Nursing, 28*(15), 982-984.

Hart, A. M. (2019). Preventing outpatient health carel protective equipment. *Journal for Nurse Practitioners, 15*(6), 400-404.

Nielsen, C. S. R., Sanchez-Vargas, R., & Perez, A. (2019). Clostridium Difficile: Reducing infections using an evidence-based practice initiative. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 23*(5), 482-486.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2021). *Fundamentals of nursing*. Elsevier.

Siegel, J.D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2019 update). 2007 Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. Centers for Disease Control. https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html.

Spruce, L. (2020). Transmission-based precautions. *AORN Journal, 112*(5), 558-566.

Yu, S., Marshall, A. P., Li, J., & Lin, F. (2020). Interventions and strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections with short-term indwelling urinary catheters in hospitalized patients: An integrative review. *International JournalofNursingPractice, 26*(3), 1-17.

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 a diario.
- 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 y 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.
- Seguir las normas del centro en relación con el uso de uñas postizas y barnices para el personal.
- Ayudar a colocarse los guantes y la bata a los miembros del equipo.
- Ayudar a cubrir 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- 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.
- Contener la contaminación cuando se produzca.
- Documentar los incidentes de contaminación y el nivel de transgresión de la técnica.
- 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 después del procedimiento.

2.ª edición 1996; revisada en 2013 y 2024

Bibliografía:

Association of PeriOperative Registered Nurses. (2021). *2021 Guidelines for perioperative practice.*

Graham, L. A. (2021). Infection prevention and control. In P. A. Potter, A. G. Perry, P. A. Stockert, & A. M. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (pp. 435-440). Elsevier.

Rothrock, J., & McEwen, D. R. (2019). *Alexander's care of the patient in surgery* (16th ed.). Elsevier.

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

Bibliografía:

Association of periOperative Registered Nurses. (2015). *Guidelines for perioperative practice.*

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* (pp. 959-998). Prentice Hall.

Potter, P., Perry, A., Stockert, P., & Hall, A. (Eds.). (2013). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). Elsevier Mosby.

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

Cribado de salud 6520

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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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 de la automonitorización.
- 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 Papanicolaou, mamografía, exploración de la próstata, ECG, exploración testicular y evaluación de la visión, según corresponda.
- Obtener muestras para análisis en función de la valoración realizada, según corresponda.
- Completar los registros correspondientes del Departamento de Salud y demás registros para realizar el seguimiento de los resultados anormales, como hipertensión arterial.
- Proporcionar información adecuada sobre la automonitorización durante el cribado.
- Proporcionar los resultados del cribado al paciente.
- Informar al paciente sobre los límites y márgenes de error de las pruebas de cribado específicas.
- Asesorar al paciente en el que se han hallado anomalías sobre las alternativas de tratamiento o sobre la necesidad de realizar más evaluaciones.
- Remitir al paciente a otros profesionales sanitarios, cuando lo 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. Potter, A. Perry, P. Stockert, & A. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (pp. 487-564). Elsevier Mosby.

Hinkle, J., & Cheever, K. (2014). *Adult health and nutritional assessment* (13th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 56-73.

Kauschinger, E., & Trybulski, J. (2013). Routine health screening and immunizations. In T. Buttaro, J. Trybulski, P. Bailey, & J. Sandberg-Cook (Eds.), *Primary care: A collaborative practice* (pp. 142-158). Elsevier Mosby.

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

Cribado visual 6675

Definición: Detección temprana de los 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 el 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); Conducta *(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 estereopsia 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.*

Unite for Sight. (n.d.). *Challenges and failure of visión screenings.* http://www.uniteforsight.org/health-screenings/vision-screenings.

C

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 el 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, In J.G. Alspach, *Core curriculum for critical care nursing.* Saunders Elsevier, 2006.

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). Pearson.

Marshall, K. (2011). Acute coronary syndrome: Diagnosis, risk assessment, and management. *Nursing Standard, 25*(23), 47-57.

Smith, S., Allen, J., Blair, S., Bonow, R., Brass, L., Fonarow, G., Grundy, S. M., Hiratzuka, L., Jones, D., Krumholtz, H. M., Mosca, L., Pasternak, R. C., Person, T., Pfeffer, M. A., & Taubert, K. A. (2006). AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 Update. *Circulation, 113*, 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

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.

C

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 medir 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.
- Monitorizar 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). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing*. 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., King, S., Anderson, J., Antman, E., Bailey, S. R., Bates, E. R., Blankenship, J. C., Casey, D. E., Green, L. A., Hochman, J. S., Jacobs, A. K, Krumholz, H. M., Morrison, D. A., Ornato, J. P., Pearles, D. L., Peterson, E. D., Sloan, M. A., Whitlow, P. L., & Williams, D. O. (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). 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., Ettinger, S., Fesmire, F. M., Ganias, T. G., Jneld, H., Lincoff, A. M., Peterson, E. D., Phillipides, G. J., Theroux, P., Wenger, N. K., & Zidar, J. P. (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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

Cuidados cardíacos: rehabilitación 4046

Definición: Fomento de un máximo nivel de actividad funcional en un paciente que ha sufrido un episodio de deterioro de la función 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 períodos 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). Pearson.

Nazarko, L. (2008). Cardiology: Cardiac rehabilitation. *Nursing & Residential Care, 10*(9), 439-442.

Smith, S., Allen, J., Blair, S., Bonow, R., Brass, L., Fonarow, G., Grundy, S. M., Hiratzuka, L., Jones, D., Krumholtz, H. M., Mosca, L., Pasternak, R. C., Person, T., Pfeffer, M. A., & Taubert, K. A. (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 manejando el uso de dispositivos mecánicos o bombas.

Actividades:

- Determinar el estado de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edemas, llenado capilar, color y temperatura).
- Monitorizar la sensibilidad 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.
- Valorar las indicaciones y contraindicaciones del dispositivo para asegurarse de que el dispositivo es adecuado para la afección.
- Ayudar en la inserción e implantación del dispositivo.
- Coordinar las formas de onda con el inflado y el desinflado del dispositivo, según esté indicado.
- Observar si hay hemólisis (p. ej., sangre en orina, muestras de sangre hemolizadas, aumento de la hemoglobina sérica diaria, hemorragia franca, hiperpotasemia, insuficiencia renal).
- Comprobar que las cánulas no estén acodadas o desconectadas.
- Determinar los tiempos de coagulación activada cada hora, según corresponda.
- Administrar anticoagulantes o antitrombóticos, según la prescripción.
- Comprobar el dispositivo regularmente para asegurar un funcionamiento correcto (p. ej., formas de onda, notas de alarma, información sobre la posición del catéter).
- Asegurarse de disponer de un equipo de reserva en todo momento.
- Administrar agentes inotrópicos positivos, según corresponda.
- Monitorizar los perfiles de coagulación cada 6 horas, según corresponda.
- Administrar hemoderivados, según corresponda.
- Monitorizar los signos vitales y la diuresis cada hora.
- Monitorizar los electrólitos, BUN y niveles de creatinina a diario.
- Monitorizar las entradas y salidas cada hora, según la prescripción.
- Monitorizar el peso a diario.
- Monitorizar la circulación periférica cada hora con la colocación de dispositivo femoral o axilar.
- Realizar una radiografía de tórax, según la prescripción.
- Emplear una técnica aséptica estricta para el cambio de apósitos.
- Administrar antibióticos profilácticos, según la prescripción.
- Monitorizar la aparición de fiebre y leucocitosis.
- Recoger muestras para realizar cultivos de sangre, orina, esputos y de heridas si tiene fiebre, según la prescripción.
- Administrar soluciones orales antifúngicas.
- Administrar nutrición parenteral, si es preciso.
- Administrar analgésicos, si es necesario.
- Planificar la deambulación temprana cuando el dispositivo se ha implantado por vía axilar.
- Enseñar al paciente y a la familia el funcionamiento del dispositivo.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Proporcionar apoyo emocional.
- Proporcionar educación relacionada con el objetivo y los cuidados del dispositivo.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

2.ª edición 1996; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Asber, S. R., Shanahan, K. P., Lussier, L., Didomenico, D., Davis, M., Eaton, J., Esposito, M., & Kapur, N. K. (2020). Nursing management of patients requiring acute mechanical circulatory support devices. *Critical Care Nurse, 40*(1), e1-e11. https://doi.org/10.4037/ccn2020764.

Hyotala, K. (2018). Caring for pediatric heart failure patients with long-term mechanical circulatory support. *Critical Care Nurse, 38*(5), 44-56. https://doi.org/10.4037/ccn2018313.

Runyan, C., Marshall, C., Aronow, H., Vongkavivathanakul, S., Daniels, L., Currey, J., & Coleman, B. (2021). Evaluation of team-based learning to increase nurses' knowledge of the ventricular assist device. *Journal of Continuing Education in Nursing, 52*(1), 13-20. https://doi.org/10.3928/00220124-20201215-06.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2022). Pulmonary therapeutic management. In *Critical care nursing: Diagnosis and management* (9th ed., pp. 502-503). Elsevier.

Wiegand, D. (2017). *AACN procedural manual for high acuity, progressive, and critical care* (7th ed.). Elsevier.

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).
- Realizar una evaluación completa de la historia clínica y la exploración física.
- Palpar los pulsos carotídeos.
- Determinar el índice tobillo-brazo (ITB), según corresponda.
- Medir la presión arterial en los dos brazos.
- Inspeccionar la piel en busca de úlceras arteriales o de solución de continuidad tisular, especialmente las heridas con retraso de la cicatrización o que no curan.
- Observar el grado de incomodidad, fatiga o dolor durante el ejercicio o con el reposo.
- Aliviar el dolor con analgésicos, dejando colgar el pie sobre el lado de la cama, o durmiendo en una silla, según proceda.
- Monitorizar el dolor a intervalos regulares.
- Utilizar superficies de apoyo para reducir la presión.
- Evaluar los síntomas de las piernas con el ejercicio, porque pueden indicar claudicación.
- Colocar la extremidad en posición declive, según sea conveniente.
- Administrar tratamiento con estatinas, antihipertensivos, antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes, según la prescripción.
- Realizar cambios posturales como mínimo cada 2 horas, según sea conveniente.
- Animar a realizar ejercicio, según la tolerancia.
- Fomentar el consumo de una dieta sana y la pérdida de peso, según proceda.
- Evaluar la presencia de factores de riesgo de enfermedad arterial (p. ej., edad avanzada, consumo de tabaco, diabetes, dislipidemia, hipertensión, obesidad, hiperhomocisteinemia).
- Recomendar dejar de fumar, según proceda.
- Fomentar la vacunación.
- 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.
- Elevar la cabecera de la cama entre 15 y 30 grados.
- Proteger las extremidades del frío, el calor y los traumatismos.
- Mantener una hidratación adecuada para reducir la viscosidad de la sangre.
- Vigilar la nutrición y el estado hídrico, incluidas la ingesta y la eliminación.
- Aplicar cuidados y limpieza suaves de las heridas, según proceda.
- Restablecer el flujo sanguíneo cutáneo en las úlceras arteriales, según proceda, para controlar posibles infecciones.
- Favorecer un aporte adecuado de oxígeno a la herida.
- Enseñar los factores que afectan a la circulación (p. ej., utilizar ropas ceñidas, exposición a temperaturas frías y cruzar las piernas y los pies).
- Enseñar el cuidado correcto de los pies.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Virani, S. S., Williams, K. A., Sr., Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. *Circulation, 140*(11), e596-e646.

Gerhard-Herman, M. D., Gornik, H. L., Barrett, C., Barshes, N. R., Corriere, M. A., Drachman, D. E., Fleisher, L. A., Fowkes, F. G., Hamburg, N. M., Kinlay, S., Lookstein, R., Misra, S., Mureebe, L., Olin, J. W., Patel, R. A., Regensteiner, J. G., Schanzer, A., Shishehbor, M. H., Stewart, K. J., Treat-Jacobson, D., & Walsh, M. E. (2017). 2016 AHA/ACC Guideline on the management of patients with lower extremity peripheral artery disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. *Circulation, 135*(12), e726-e779.

Lim, S., Chung, R., Holloway, S., & Harding, K. G. (2021). Modified compression therapy in mixed arterial–venous leg ulcers: An integrative review. *International Wound Journal, 18*(6), 822-842.

Logan, J. G., Kim, S., & Mijung, M. (2018). Effects of static stretching exercise on lumbar flexibility and central arterial stiffness. *The Journal of Cardiovascular Nursing, 33*(4), 322-328.

Perpetua, E., & Keegan, P. (2020). *Cardiac nursing* (7th ed.). Wolters Kluwer.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa 4066

Definición: Favorecimiento de la circulación venosa.

Actividades:

- Evaluar la circulación periférica (p. ej., pulsos, edemas, relleno capilar, color y temperatura).
- Inspeccionar la piel en busca de úlceras arteriales o de solución de continuidad tisular.
- Revisar los antecedentes de comorbilidades (p. ej., hipertensión, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica, asma, enfermedad obstructiva de las vías respiratorias, enfermedad inflamatoria intestinal, antecedentes presentes o pasados de cáncer, anemia, desnutrición, falta de movilidad).
- Identificar los factores de riesgo de úlceras venosas (p. ej., varices, trombosis venosa profunda, insuficiencia venosa crónica, función deficiente de los músculos de la pantorrilla, fístulas arteriovenosas, obesidad, antecedentes de fractura de pierna).
- Considerar las modificaciones de la dieta, suplementos nutricionales, dejar de fumar, reducción de peso, evitar la inmovilidad y mantener un estado cardíaco saludable, según proceda.
- Examinar las condiciones físicas, emocionales y de estilo de vida que puedan contribuir a la estasis venosa.
- Determinar la capacidad de llevar a cabo medidas preventivas de autocuidado, incluido el tratamiento sistemático del edema de piernas.
- Esbozar un plan de cuidados para el autocuidado, con la participación de la persona y la familia.
- Promover el apoyo psicosocial, económico y del sistema sanitario, según proceda.
- Optimizar el entorno local de la herida mediante limpieza, desbridamiento, manejo del equilibrio bacteriano y manejo de la humedad, según proceda.
- Irrigar las úlceras con solución salina templada, según sea necesario.
- Aplicar apósitos adecuados al tamaño y al tipo de herida, según esté indicado.
- Administrar antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes, según la prescripción.
- Proteger la extremidad afectada de lesiones (p. ej., borreguillo bajo los pies y la parte inferior de las piernas, estribo o armazón para elevar la ropa de cama a los pies de la cama, zapatos bien ajustados).
- Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.
- Monitorizar el estado nutricional e hídrico, incluyendo la ingesta y la eliminación.
- Vigilar los signos de infección, celulitis, trombosis venosa profunda y contracturas articulares.
- Observar el grado de molestias o dolor.
- Aplicar medidas para aliviar el dolor (terapia compresiva, ejercicio, elevación de la pierna, analgesia).
- Aplicar modalidades de terapia compresiva (p. ej., vendajes de larga/corta tracción), según sea conveniente.
- Enseñar a retirar la compresión y solicitar consejo si aparecen efectos adversos (p. ej., adormecimiento, hormigueos, dolor, cambios de coloración de los dedos del pie).
- Elevar la pierna afectada 20 grados o más por encima del nivel del corazón, según sea conveniente.
- Realizar cambios posturales como mínimo cada 2 horas, según necesidad.
- Animar a realizar ejercicios pasivos o activos de rango de movimiento, en especial de las extremidades inferiores, mientras esté encamado.
- Animar a mantenerse activo llevando alguna forma de sistema de compresión.
- Enseñar la importancia de la terapia compresiva, la elevación de los pies a diario y la necesidad de compresión durante toda la vida.
- Enseñar al paciente a cuidarse los pies adecuadamente.
- Enseñar el cuidado y la aplicación de las medias de compresión, incluida la necesidad de cambiar las medias cada 6 meses si se llevan a diario.
- Enseñar a eliminar la ropa restrictiva, sentarse sin las piernas cruzadas y evitar permanecer sentado o de pie durante períodos prolongados para reducir la constricción de los vasos sanguíneos.
- Enseñar medidas para prevenir lesiones.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Atkln, L. (2019). Venous leg ulcer prevention 3: Supporting patients to self-manage. *Nursing Times, 115*(8), 23.

Clarke, C. (2019). Improving venous leg ulcer care in community services. *Nursing Times, 115*(9), 24.

Evans, R., Kuhnke, J.L., Burrows, C., Kayssi, A., Labreque, C., O'Sullivan-Drombolis, D., & Houghton, P. (2019). *Best practice recommendations for the prevention and management of venous leg ulcers.* In: Foundations of Best Practice for Skin and Wound Management. A supplement of Wound Care Canada. https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/1521-wc-bpr-prevention-and-management-of-venous-leg-ulcers-1874e-final/file.

Guest, J. F., Fuller, G. W., & Vowden, P. (2018). Venous leg ulcer management in clinical practice in the UK: Costs and outcomes. *International Wound Journal, 15*(1), 29-37.

Love, S., White, J. R., & Vestal, B. (2021). Using compression therapy in a primary care setting to treat complications of chronic venous insufficiency. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 33*(6), 484-490.

Perpetua, E., & Keegan, P. (2020). *Cardiac nursing* (7th ed.). Wolters Kluwer.

Todd, M. (2018). Assessment and management of older people with venous leg ulcers. *Nursing Older People, 30*(5), 39-48.

Trivellato, M., Kolchraiber, F., Frederico, G., Morales, D., Silva, A., & Gamba, M. (2018). Advanced practices in comprehensive nursing care for people with skin ulcers. *Acta Paulista de Enfermagem, 31*(6), 600-608.

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).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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* (pp. 344-421). 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). 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), . https://doi.org/10.1186/1471-2431-8-13.

Renfrew, M. J., Craig, D., Dyson, L., McCormick, F., Rice, S., King, S. E., Misso, K., Stenhouse, E., & Williams, A. F. (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.*

Cuidados de enfermería al ingreso 7310

Definición: Facilitar el ingreso de la persona en un centro sanitario.

Actividades:

- Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados.
- Identificar a la persona utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Ubicar a la persona en una zona de recepción adecuada.
- Ofrecer una intimidad adecuada.
- Determinar si tiene necesidades sensoriales o de comunicación (p. ej., gafas, prótesis auditiva, necesidad de un intérprete) o un método de comunicación preferido.
- Ofrecer los servicios de un traductor profesional o de un intérprete telefónico si no habla, lee o entiende el español.
- Determinar el nivel educativo, el nivel de alfabetización sanitaria y la capacidad de entender instrucciones.
- Proporcionarle el documento de derechos del paciente.
- Proporcionar información sobre las voluntades anticipadas (p. ej., testamento vital, poder notarial permanente para la atención sanitaria).
- Obtener copias de las voluntades anticipadas, si están disponibles.
- Orientar sobre las expectativas de los cuidados, incluyendo las políticas y procedimientos relevantes del servicio nacional de salud.
- Orientar en el entorno inmediato, incluyendo el timbre de llamada, el baño y el equipamiento.
- Orientar en las instalaciones del centro.
- Revisar la historia clínica, incluyendo información sobre enfermedades médicas anteriores, medicaciones y alergias.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- Revisar la valoración física, económica, psicosocial y religiosa, según corresponda.
- Determinar las variables culturales que requieren ajustes o adaptaciones (p. ej., preferencias dietéticas, requisitos de vestimenta, creencias sobre la curación y el bienestar).
- Revisar las medicaciones, incluyendo los productos de fitoterapia y los medicamentos de venta libre.
- Revisar el estado de riesgo (p. ej., riesgo de caídas, detección de tuberculosis, valoración cutánea).
- Determinar si utiliza dispositivos de ayuda y proporcionárselos, después de asegurarse de que los dispositivos son seguros.
- Realizar pruebas preliminares y de cribado según las políticas del centro y el estado de la persona.
- Observar las conductas y respuestas verbales y no verbales.
- Determinar la percepción de la enfermedad, la salud, las necesidades de cuidados, el conocimiento de los problemas de salud y las expectativas de los cuidados.
- Identificar a las personas con riesgo de reingreso en función de su estado, las hospitalizaciones previas, las visitas a urgencias y los determinantes sociales de la salud (p. ej., los criterios LACE [índice de duración [*length*] del ingreso, ingreso agudo, índice de comorbilidad de Charlson, visitas al servicio de urgencias [*ED*]).
- Iniciar un plan flexible continuo para el alta en el momento del ingreso (p. ej., evaluación periódica de la preparación para el alta, conversaciones periódicas relacionadas con los planes de alta).
- Determinar lo antes posible los recursos domiciliarios, incluida la disponibilidad de familiares o cuidadores.
- Fomentar la participación temprana en todas las interacciones relacionadas con los cuidados domiciliarios y las necesidades del alta.
- Poner en práctica precauciones de seguridad, si es el caso (p. ej., protocolo de caídas, precauciones de aislamiento).
- Etiquetar la historia clínica, la puerta de la habitación y la cabecera de la cama con alertas de seguridad, incluyendo un brazalete de identificación, según corresponda.
- Notificar al profesional sanitario el ingreso y estado de la persona.
- Obtener las órdenes del profesional sanitario sobre los cuidados.
- Documentar la información pertinente.
- Mantener la confidencialidad de la información.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2021). *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (11th ed.). Pearson.

Jensen, S. (2021). Health assessment. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (pp. 319-370). Wolters-Kluwer.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Admitting patients. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 13-19). Mosby.

Smith, S. F., Duell, D. J., Martin, B. C., Aebersold, M. L., & Gonzalez, L. (2017). Admission, transfer and discharge. In *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (9th ed., pp. 84-100). Pearson.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

Cuidados de la circuncisión 3000

Definición: Apoyo antes y después del procedimiento en las personas a las que se les ha realizado la circuncisión.

Actividades:

- Verificar que el formulario de consentimiento quirúrgico está firmado.
- Verificar la identificación correcta.
- Administrar analgesia alrededor de 1 hora antes del procedimiento (p. ej., paracetamol).
- Durante el procedimiento, colocar 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 de la luz directa.
- Durante el procedimiento y hasta la siguiente ingesta de comida, utilizar un chupete empapado con sacarosa al 24%, con el permiso de los progenitores o tutores, según esté indicado.
- 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 en el bloqueo del nervio dorsal del pene, según corresponda.
- Aplicar vaselina blanca y/o un apósito, según corresponda.
- Monitorizar 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 los signos y síntomas que deben notificarse al profesional sanitario (p. ej., aumento de la temperatura, hemorragia, tumefacción, incapacidad para orinar).
- Indicar que se realice un seguimiento en 3 o 5 días con el profesional sanitario.
- Indicar que se aplique el apósito con cada cambio de pañal o después de orinar hasta que se complete la cicatrización o hasta que se caiga el anillo de plástico, según esté indicado.
- Disponer las adaptaciones culturales.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

Hockenberry, M. J., Rodgers, C. C., & Wilson, D. (2022). *Wong's essentials of pediatric nursing*. Elsevier.

Labban, M., Menhem, Z., Bandali, T., Hneiny, L., & Zaghal, A. (2021). Pain control in neonatal male circumcision: A best evidence review. *Journal of Pediatric Urology*, *17*(1), 3-8. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2020.09.017.

Matson, S., & Smith, J. E. (2016). *Core curriculum for maternal-newborn nursing*. Elsevier.

Omole, F., Smith, W., & Carter-Wicker, K. (2020). Newborn circumcision techniques. *American Family Physician*, *101*(11), 680-685.

Prabhakaran, S., Ljuhar, D., Coleman, R., & Nataraja, R. M. (2018). Circumcision in the pediatric patient: A review of indications, technique and complications. *Journal of Pediatric Child Health*, *54*(12), 1299-1307. https://doi.org/10.1111/jpc.14206.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

Cuidados de la incontinencia intestinal 0410

Definición: Favorecimiento de la continencia intestinal y de la integridad cutánea.

Actividades:

- Revisar el historial de salud, incluyendo diagnósticos, operaciones y hábito intestinal.
- Identificar los factores que afectan al hábito intestinal (p. ej., medicación, ejercicio, sueño, estrés, tabaquismo, dieta, acceso al inodoro).
- Anotar los problemas intestinales preexistentes, la rutina intestinal y el uso de laxantes y enemas.
- Monitorizar las deposiciones, incluida la frecuencia, la consistencia, el volumen y el color, según proceda.
- Determinar la causa física, cognitiva y fisiológica de la incontinencia fecal.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Eliminar la causa de la incontinencia (p. ej., fármaco, dieta, infección, impactación fecal), si es posible.
- Desarrollar un programa de manejo intestinal (procedimiento, resultados).
- Enseñar a llevar un registro de las defecaciones, si es preciso.
- Vigilar la piel perianal para detectar enrojecimiento, prurito, dolor, lesión por presión e infección.
- Lavar la zona perianal y secarla bien después de cada deposición (p. ej., con jabón y agua, detergente no iónico).
- Proteger la piel del exceso de humedad mediante una crema de barrera (p. ej., lanolina, dimeticona), según la prescripción.
- Evitar los polvos y cremas en la zona perineal salvo que se hayan prescrito.
- Mantener la cama y la ropa limpias y secas.
- Monitorizar las necesidades dietéticas y de líquidos.
- Enseñar a evitar alimentos que causen diarrea.
- Administrar la medicación antidiarreica prescrita (p. ej., loperamida, atropina).
- Utilizar una sonda rectal, un dispositivo de taponamiento anal o un dispositivo de recogida fecal, según el protocolo.
- Proporcionar pañales y ropa interior de incontinencia, según se precise.
- Aplicar un programa de entrenamiento intestinal, según se precise.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2013 y 2024

Bibliografía:

Axelrod, M. I., & Fontanini-Axelrod, A. (2021). Treating functional nonretentive fecal incontinence using a comprehensive behavioral treatment across settings. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*. https://doi.org/10.1037/cpp0000425.

Barrie, M. (2018). Nursing management of patients with faecal incontinence. *Nursing Standard*, *33*(2), 69. https://doi.org/10.7748/ns.2018.e11167.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

Devendorf, A. R., Bradley, S. E., Barks, L., Klanchar, A., Orozco, T., & Cowan, L. (2021). Stigma among veterans with urinary and fecal incontinence. *Stigma and Health*, *6*(3), 335-343. https://doi.org/10.31234/osf.io/3wv2u.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

Yates, A. (2018). Preventing skin damage and incontinence-associated dermatitis in older people. *British Journal of Nursing*, *27*(2), 76-77. https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.2.76.

Cuidados de la incontinencia intestinal: encopresis 0412

Definición: Favorecimiento 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).
- Animar al niño a sentarse en el inodoro de 10 a 15 minutos después de las comidas durante intervalos de 10 minutos.
- Colocar 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

Bibliografía:

American Academy of Pediatrics. (2015). *Soiling (encopresis)*. 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.). Elsevier Mosby. 722-723.

Montgomery, D. F., & Navarro, F. (2008). Management of constipation and encopresis in children. *Journal of Pediatric Health Care*, *22*(3), 199-204.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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).
- Usar el acrónimo DIAPPERS *(Delirium, Infection, Atrophic urethritis or vaginitis, Pharmacology, Psychological disorders, Endocrine disorders, Restricted mobility, Stool impaction;* delirium, infección, uretritis o vaginitis atrófica, fármacos, trastornos psicológicos, trastornos endocrinos, restricción de la movilidad, impactación fecal) 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 el hábito intestinal.
- 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.* https://patient.info/womens-health/lower-urinary-tract-symptoms-in-women-luts/urge-incontinence.

Roe, B., Flanagan, L., 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.
- Considerar 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 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

C

Bibliografía:

American Society of Registered Nurses, Increase in bedwetting year-round. *The Journal of Advanced Nursing Practice*. (2010). https://www.asrn.org/journal-advanced-practice-nursing/812-increase-in-bedwetting-year-round.html.

National Institute for Health and Clinical Excellence, *Nocturnal enuresis: The management of bedwetting in children and young people*. National Clinical Guideline Centre, London, England 2010.

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:

- Determinar el tipo de ostomía (intestinal, vesical, continente, incontinente).
- Determinar el nivel actual de conocimientos relacionados con las ostomías, el equipo de ostomía y los cuidados necesarios.
- Determinar el nivel de confort y las pautas habituales con los cuidados de la ostomía.
- Explicar el procedimiento y establecer el nivel de participación.
- Proporcionar privacidad.
- Ayudar a adoptar una postura cómoda, ya sea sentado o tumbado en la cama, o sentado o de pie en el baño.
- Vaciar la bolsa de ostomía y retirar la barrera cutánea de ostomía.
- No tirar la pinza reutilizable de la bolsa de ostomía.
- Observar la consistencia, el color y la cantidad de heces u orina, incluido el olor de la orina, si lo hubiera.
- Limpiar y secar el estoma y la piel circundante.
- Observar el aspecto del estoma, incluido el tamaño (p. ej., si sobresale o está retraído).
- Observar el estado de la piel que rodea el estoma, incluidos los signos de irritación.
- Utilizar gasa para cubrir el estoma mientras se limpia y prepara la piel que rodea el estoma.
- Preparar la zona que rodea el estoma según el diseño de la bolsa de ostomía (es decir, cortar la barrera cutánea para ajustarla o asegurarse de que la barrera cutánea prediseñada tiene el tamaño y la forma correctos, asegurarse de que la piel está limpia y seca).
- Colocar la bolsa de ostomía siguiendo las instrucciones de la barrera cutánea o de la bolsa prediseñada.
- Cerrar la bolsa de ostomía siguiendo las instrucciones del diseño.
- Cubrir el estoma con un apósito o vendaje si no se utiliza la bolsa de ostomía.
- Indicar que se vacíen los dispositivos de derivación urinaria continente (p. ej., bolsa de Indiana) cuando se tenga sensación de llenado o a intervalos regulares (p. ej., cada 4-6 horas) utilizando el equipo de sondaje urinario.
- Indicar que se vacíe la bolsa de ostomía y las bolsas de derivación urinaria cuando estén entre un tercio y la mitad llenas de orina, heces o gas.
- Enseñar a vaciar la bolsa moviendo las heces por los lados de la bolsa con los dedos y limpiar el extremo de la bolsa con un pañuelo de papel o una toallita húmeda.
- Irrigar la ostomía colocando un cono en la punta del catéter de enema, en cantidades de 300 a 500 ml, según esté indicado.
- Instruir sobre la posibilidad de establecer un patrón de evacuación regular con irrigación rutinaria, según esté indicado.
- Instruir en la utilización del equipo de ostomía y sus cuidados.
- Ayudar a obtener el equipo necesario.
- Monitorizar la curación de la incisión y del estoma.
- Monitorizar posibles complicaciones postoperatorias (p. ej., obstrucción intestinal, íleo paralítico, fístula de la anastomosis o separación mucocutánea).
- Monitorizar la curación del estoma y del tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía.
- Instruir sobre cuándo cambiar la bolsa de ostomía y colocar una nueva bolsa, según corresponda.
- Ayudar a practicar los autocuidados.
- Animar a expresar los sentimientos y las inquietudes acerca del cambio de imagen corporal.
- Explicar lo que representarán los cuidados de la ostomía en su rutina diaria.
- Ayudar a planificar en el tiempo la rutina de los cuidados.
- Instruir cómo monitorizar la presencia de posibles complicaciones (lesión mecánica, lesión química, exantema, fugas, deshidratación, infección).
- Instruir acerca de los mecanismos para disminuir el olor.
- Monitorizar las pautas de evacuación.
- Ayudar a identificar los factores que afectan a la pauta de evacuación.
- Instruir acerca de la dieta adecuada y los cambios esperados en la función de evacuación.
- Proporcionar apoyo y ayuda mientras se desarrolla la técnica para el cuidado del estoma y el tejido circundante.
- Enseñar a masticar concienzudamente los alimentos, 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 se tiene un reservorio ileoanal.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Comentar las 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 se puede continuar haciendo vida normal con la ostomía.
- Fomentar la participación en grupos de apoyo para pacientes con ostomía después del alta hospitalaria.
- Informar a la enfermera de ostomía y heridas para seguimiento y enseñanza continuada, según proceda.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Beauchaine, D. (2018). Urinary elimination. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals ofnursing: Human health and function* (pp. 1096-1114). Wolters-Kluwer.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Fecal elimination. In *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed, pp. 1232-1237). Pearson.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Urinary elimination. In *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 1202-1204). Pearson.

Berti-Hearn, L., & Elliott, B. (2018). A resource guide to improve nursing care and transition to self-care for patients with ostomies. *Home Healthcare Now, 36*(1), 43-49. https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000643.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed.). Ostomy care, Mosby. 830-860.

Stelton, S. (2019). CE: Stoma and peristomal skin care: A clinicalreview. *AJN, American Journal of Nursing, 119*(6), 38-45. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000559781.86311.64.

Westvang, N. (2018). Bowelelimination. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (pp. 1152-1304). Wolters-Kluwer.

Cuidados de la piel: productos absorbentes 3570

Definición: Prevención de las complicaciones cutáneas en adultos cuando se utilizan tejidos o materiales permeables y protectores.

Actividades:

- Establecer el tipo de incontinencia (p. ej., incontinencia leve o ligera, incontinencia moderada o fuerte, incontinencia fecal o urinaria) o sudoración excesiva de los pliegues cutáneos.
- Utilizar una herramienta de evaluación o una escala normalizada para identificar a las personas con riesgo de rotura de la piel (p. ej., escala de Braden, cuestionario breve de la Consulta Internacional sobre Incontinencia [ICIQ-SF]).
- Determinar las necesidades personales (p. ej., control de olores, prevención de manchas en la ropa, autoaplicación, zonas de deterioro o fricción de la piel, cualidades estéticas auditivas o visuales, precio, tamaño bariátrico).
- Determinar las expectativas de uso del producto (p. ej., protección contra la humedad de los pliegues cutáneos, ropa de baño, ropa de día, ropa de noche, ropa de viaje, prevención de la cama mojada, cobertura de la incontinencia urinaria o fecal, reutilizable o lavable).
- Tener en cuenta los atributos del producto (p. ej., forros de tela, absorbentes perineales, salvaslips, pañales acolchados, productos con cinturilla, pañales de noche, pañales de día, extraíbles, reutilizables, pañales de entrenamiento, ropa interior para incontinencia reutilizable).
- Ajustar la resistencia del producto según el momento en que se necesite (p. ej., utilizar compresas perineales ligeras para fugas leves, cambiar a pañales más gruesos para la cobertura nocturna).
- Evitar sobrepasar los períodos estipulados para el cambio del producto (p. ej., cambio cada 3 horas).
- Adecuar el producto a las necesidades de cuidado de la piel (p. ej., evitar los productos de plástico ajustados si existe riesgo de que la piel se deteriore).
- Ajustar el producto a la anatomía (es decir, utilizar las medidas de la cadera y asegurarse de que las aberturas de las piernas y la cintura están bien ajustadas, evitar los ajustes demasiado apretados o demasiado flojos, utilizar tablas con las tallas del producto cuando estén disponibles, cortar los protectores de los pliegues cutáneos a la medida deseada antes de aplicarlos).
- Evitar cortar láminas para pliegues cutáneos precortadas.
- Doblar por la mitad la lámina para pliegues cutáneos precortada durante la aplicación para un mejor ajuste, si está indicado.
- Cambiar la lámina para pliegues cutáneos precortada a diario o cuando esté húmeda.
- Elegir un producto que se adapte a la ropa (p. ej., un producto menos absorbente, más pequeño, evitar adhesivos o diseños de colores bajo ropa clara).
- Elegir el producto más fácil de usar, según las necesidades.
- Asegurar la capacidad de neutralización de olores del producto, según las preferencias.
- Considerar las necesidades del producto cuando se administren medicamentos con efectos sobre la incontinencia (p. ej., laxantes, diuréticos).
- Inspeccionar la zona de la piel cada vez que se cambie el producto o se vaya al baño.
- Inspeccionar la piel y las mucosas en busca de enrojecimiento, calor extremo, edema, supuración o signos de acumulación de presión (es decir, piel enrojecida que no palidece).
- Aplicar tratamientos cutáneos preventivos tópicos, según esté indicado.
- Evitar reutilizar los productos sucios, incluso con una suciedad aparente mínima.
- Instruir sobre los tipos de productos, su uso, las indicaciones y las contraindicaciones.
- Determinar la capacidad de la persona para seleccionar productos e incluirla en la planificación, cuando proceda.
- Informar sobre los signos de deterioro de la piel y los posibles cambios de producto necesarios en caso de deterioro.
- Instruir sobre los tratamientos tópicos preventivos de la piel y el cuidado de la piel durante el uso de los productos.
- Monitorizar la piel en busca de erupciones y abrasiones, y cambiar el producto según esté indicado cuando se presenten erupciones o abrasiones.
- Cambiar el producto si causa opresión o movimiento restrictivo.
- Documentar el estado de la piel cada ocho horas o según esté indicado.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2021). Hygiene. In *Kozier and Erbds fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (pp. 669-685). Pearson.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. M. (2021). Hygiene and self-care. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (pp. 604-634). Wolters-Kluwer.

Doty, S. K., & Engels, D. (2021). Containment methods for incontinence. *Nursing made incredibly easy!, 19*(5), 30-38. https://doi.org/10.1097/01.NME.0000767248.48860.3e.

Hockenberry, M. J., Rodgers, C. C., & Wilson, D. (2022). *Wong's essentials of pediatric nursing* (11th ed.). Elsevier.

Kanerva Rice, S., Pendrill, L., Petersson, N., Nordlinder, J., & Farbrot, A. (2018). Rationale and design of a novel method to assess the usability of body-worn absorbent incontinence care products by caregivers, Journal of Wound. *Ostomy & Continence Nursing, 45*(5), 456-464. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000462.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and technique* (10th ed.). Mosby.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Schwartz, D., Magen, Y. K., Levy, A., & Gefen, A. (2018). Effects of humidity on skin friction against medical textiles as related to prevention of pressure injuries. *International Wound Journal, 15*(6), 866-874.

Voegeli, D. (2019). Prevention and management of moisture-associated skin damage. *Nursing Standard, 34*(2), 77-82. https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11314.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed). Elsevier.

C

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:

- Inspeccionar diariamente la piel de las personas con riesgo de rotura.
- Adoptar medidas para reducir el riesgo de deterioro de la piel o los tejidos (p. ej., reducir la frecuencia de los baños completos, mantener la piel libre de residuos o exudados, utilizar jabones suaves, utilizar emolientes, girar o cambiar de posición con frecuencia).
- Valorar cualquier lesión o zona de deterioro utilizando una herramienta o escala estandarizada (p. ej., escala de Braden).
- Aplicar tratamiento tópico en la zona afectada (p. ej., antibiótico, antiinflamatorio, emoliente, antifúngico, desbridante), según proceda.
- Aplicar un apósito oclusivo transparente en las zonas afectadas, según sea necesario.
- Pintar o rociar las verrugas cutáneas con nitrógeno líquido, según proceda.
- Abstenerse de aplicar calor local.
- Documentar el grado de deterioro de la piel.
- Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera y mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas ni objetos extraños.
- Realizar la limpieza con jabón antibacteriano, si resulta oportuno.
- Abstenerse de utilizar un jabón alcalino en la piel.
- Utilizar agua corriente para limpiar y evitar resecar la piel siempre que sea posible (p. ej., en recién nacidos).
- Aclarar la piel cuidadosa y completamente para evitar los efectos resecantes del jabón.
- Sumergir en un baño coloidal para aumentar la hidratación de la piel, según proceda.
- Secar bien la piel.
- Realizar un aseo higiénico, según sea necesario.
- Lavar la piel y proporcionar ropa de cama limpia y seca tras los episodios de incontinencia.
- Mantener la piel seca después de los episodios de diaforesis.
- Revisar las superficies de la piel donde pueda quedar atrapada la humedad causada por la transpiración.
- Aplicar polvos secantes en los pliegues profundos de la piel o 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 la ropa interior para incontinencia sin comprimir, según corresponda.
- Colocar compresas para la incontinencia, si es el caso.
- Dar masaje alrededor de las zonas afectadas de sequedad o enrojecimiento, según corresponda.
- Aplicar un dispositivo de ostomía que encaje adecuadamente, cuando se precise.
- Solicitar una consulta con servicios especializados, según sea necesario.
- Vestir con ropa no restrictiva.
- Animar a los adultos con riesgo de desgarros cutáneos a llevar mangas largas, pantalones largos o calcetines hasta la rodilla.
- Cubrir las manos con guantes para evitar el rascado excesivo o el desgarro de la piel, cuando resulte oportuno.
- Utilizar dispositivos en la cama y la silla (p. ej., empapadores) que protejan a la persona.
- Aplicar protectores en los talones, según corresponda.
- Girar a la persona en reposo en cama o inmovilizada al menos cada 2 horas, utilizando un programa específico.
- Proporcionar almohadillas, cojines, colchones o camas adecuados diseñados para reducir la presión a las personas en reposo en cama.
- Realizar un cuidado minucioso de los pies.
- Realizar higiene dental.
- Indicar a los adultos mayores que han estado utilizando bicarbonato de sodio o sal para la limpieza de los dientes que eviten su ingestión debido a su alto contenido de sodio.
- Proporcionar protector solar con el factor de protección solar (FPS) recomendado para la exposición.
- Añadir humedad al ambiente con un humidificador, si es necesario.
- Establecer medidas para favorecer una cicatrización adecuada (p. ej., proporcionar descanso, alimentos y líquidos adecuados, revisar las heridas y la piel a diario, evitar desgarros de la piel por esparadrapos).

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2000 y 2024

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Bibliografía:

Awank, B., Dayang, A., Avsar, P., Patton, D., O'Connor, T., Budri, A., Nugent, L., & Moore, Z. (2021). What is the impact of topical preparations on the incidence of skin tears in older people? A systematic review. *Wounds UK, 17*(2), 33-43.

Colwell, J. C. (2021). Skin integrity and wound care. In A. Perry, P. Potter, P. Stockert, & A. Hall (Eds.), *Fundamentals of Nursing* (pp. 1235-1299). Elsevier.

Cooke, A., Bedwell, C., Campbell, M., McGowan, L., Ersser, S. J., & Lavender, T. (2018). Skin care for healthy babies at term: A systematic review of the evidence. *Midwifery, 56*, 29-43.

Pather, P., Hines, S., Kynoch, K., & Coyer, F. (2017). Effectiveness of topical skin products in the treatment and prevention of incontinence-associated dermatitis: A systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports, 15*(5), 1473-1496.

Potter, P.A., Ostendorf, W.R., & LaPlante, N, *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed.) Personal hygiene and bedmaking. Mosby, 2018. 445-481.

Williams, P. (2020). Care of aging skin and mucous membranes: *Basic geriatric nursing*. Elsevier. 272-291.

C

Cuidados de la piel: zona del injerto 3583

Definición: Prevención de complicaciones en la herida y favorecimiento de la curación de la zona del injerto.

Actividades:

- Aplicar apósitos, según el protocolo del centro.
- Proporcionar el control adecuado del dolor (p. ej., medicación, musicoterapia, distracción, masaje).
- Seguir el protocolo del centro para el tratamiento de la zona del injerto (p. ej., elevar la zona del injerto, aspiración con aguja, tratamiento de la ampolla).
- Evitar la fricción y el cizallamiento en la zona del injerto.
- Instruir sobre las actividades permitidas hasta que el injerto se adhiera.
- Enseñar a mantener la parte afectada inmovilizada durante la curación.
- Examinar diariamente los apósitos, según el protocolo del centro.
- Monitorizar el color, la temperatura, el relleno capilar y la turgencia del injerto.
- Monitorizar si hay signos de infección (p. ej., fiebre, dolor) y otras complicaciones.
- Prevenir la aparición de complicaciones de la inmovilidad (p. ej., neumonía, embolia pulmonar, lesión por presión).
- Proporcionar apoyo emocional, comprensión y consideración.
- Enseñar al paciente los cuidados de la zona del injerto (p. ej., medias de compresión, apósito, evitar la luz solar y las mantas eléctricas, no fumar), según la prescripción.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

American Nurses Association & International Society of Plastic and Aesthetic Nurses. (2020). *Plastic and aesthetic nursing: Scope and standards of practice* (3rd ed.).

Myers, B. A. (2020). *Wound management: Principles and practice* (4th ed.). Pearson.

Nicol, N. H. (2016). *Dermatological nursing essentials: A core curriculum* (3rd ed.). Wolters Kluwer.

Rebar, C. R., & Bidigare, C. (2021). Concepts of care for patients with skin problems. In D. Ignativicius, M. L. Workman, C. R. Rebar, & N. M. Heimgartner (Eds.), *Medical-Surgical nursing: Concepts for interprofessional collaborative care* (pp. 1101-1188). Elsevier.

Uoya, Y., Ishii, N., Sakai, S., Kiuchi, T., Uno, T., & Kishi, K. (2021). A novel technique to achieve rapid wound healing of donor site wounds in split-thickness skin grafts of a patient undergoing anticoagulation therapy. *International Journal of Lower Extremity Wounds, 20*(2), 162-166. https://doi.org/10.1177/1534734620938169.

Cuidados de la piel: zona donante 3582

Definición: Prevención de complicaciones en la herida y fomento de la curación de la zona donante.

Actividades:

- Inspeccionar el apósito de la zona donante al menos una vez al día, según el protocolo del centro.
- Cambiar el apósito, según el protocolo del centro.
- Proporcionar el control adecuado del dolor (p. ej., medicación, musicoterapia, distracción, masaje).
- Aplicar medicamentos a la herida, según el protocolo del centro.
- Monitorizar si hay signos de infección (p. ej., fiebre, dolor) y otras complicaciones postoperatorias.
- Mantener limpia, seca y libre de presión la zona donante.
- Enseñar al paciente a mantener la zona donante suave y flexible.
- Indicar que aplique presión en caso de hemorragia excesiva y notificar al profesional sanitario si la aplicación de presión no produce una disminución de la hemorragia.
- Aconsejar a la persona que evite la exposición de la zona donante a temperaturas extremas, traumatismos externos y luz solar.
- Instruir sobre los signos y síntomas que se deben comunicar inmediatamente al profesional sanitario.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

American Nurses Association & International Society of Plastic and Aesthetic Nurses. (2020). *Plastic and aesthetic nursing: Scope and standards of practice* (3rd ed.).

Myers, B. A. (2020). *Wound management: Principles and practice* (4th ed.). Pearson.

Nicol, N. H. (2016). *Dermatological nursing essentials: A core curriculum* (3rd ed.). Wolters Kluwer.

Rebar, C. R., & Bidigare, C. (2021). Concepts of care for patients with skin problems. In D. Ignativicius, M. L. Workman, C. R. Rebar, & N. M. Heimgartner (Eds.), *Medical-Surgical nursing: Concepts for interprofessional collaborative care* (pp. 1101-1188). Elsevier.

Uoya, Y., Ishii, N., Sakai, S., Kiuchi, T., Uno, T., & Kishi, K. (2021). A novel technique to achieve rapid wound healing of donor site wounds in split-thickness skin grafts of a patient undergoing anticoagulation therapy. *International Journal of Lower Extremity Wounds, 20*(2), 162-166. https://doi.org/10.1177/1534734620938169.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuidados de la retención urinaria 0620

Definición: Ayudar a aliviar la distensión de la vejiga.

Actividades:

- Monitorizar la cantidad y las características de la emisión de orina (p. ej., diuresis, patrón de eliminación urinaria, función cognitiva, problemas urinarios anteriores).
- Monitorizar el uso y efectos de tratamientos farmacológicos que alteren el vaciado de la vejiga.
- Proporcionar intimidad para la micción.
- Utilizar el poder de la sugestión haciendo correr agua o tirando de la cadena del baño.
- 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 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.
- Prestar atención 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*. 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., Dirksen, S., Heitkemper, M., Bucher, L., & Camera, I. (2011). *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems*. Elsevier Mosby. 1150-1151.

Cuidados de las amputaciones 3420

Definición: Favorecimiento de 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- 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

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.*

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.). Mosby Elsevier. 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.

Cuidados de las heridas 3660

Definición: Prevención de complicaciones y favorecimiento de la curación de las heridas.

Actividades:

- Despegar los apósitos existentes, el esparadrapo o la ropa alrededor de la herida.
- Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.
- Observar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Medir inicialmente y con todos los cambios de apósito, según la prescripción.
- Extraer el material incrustado (astilla, garrapata, cristal, grava, metal), según sea necesario.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, incluyendo el área que rodea la herida.
- Colocar la zona afectada en una bañera de hidromasaje, según corresponda.
- Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario.
- Aplicar un tratamiento tópico adecuado en la piel o la lesión, según la prescripción.
- Aplicar un apósito estéril apropiado (p. ej., apósito seco, apósito húmedo) que controle el exudado pero que no deseque más la herida.
- Mantener seca la zona circundante mientras se protege la herida.
- Reforzar el apósito, según sea necesario.
- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
- Cambiar el tipo de apósito según sea necesario para que avance adecuadamente la curación de la herida.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Colocar de manera que se evite la tensión sobre la herida, según corresponda.
- Cambiar de posición a la persona 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 dispositivos para la curación de la herida (p. ej., TENS, sistema de vacío para heridas), según la prescripción.
- 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 a obtener material para el cuidado de las heridas.
- Tener en cuenta el tiempo del cuidador, la facilidad de uso, la disponibilidad y el coste a la hora de seleccionar los apósitos para uso domiciliario.
- Enseñar a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura.
- Enseñar los procedimientos de cuidado de la herida.
- Enseñar los signos y síntomas de infección.
- Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida en cada episodio de cuidado de la herida.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Boon, C. J. W. (2021). Skin integrity and wound care. In P. A. Potter, A. G. Perry, P. A. Stockert, & A. M. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (pp. 1176-1206). Elsevier.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

Dowsett, C., Bain, K., Hoffmann, C., Brennan, M. R., Greco, A., Karlsmark, T., Keast, D., Liberato, de., Moura, M. R., Lázaro-Martínez, J. L., Münter, K., Swanson, T., Vuagnat, H., & Bain, M. (2021). The Wound Care Pathway – An evidence-based and step-by-step approach towards wound healing. *Wounds International, 12*(3), 78-85.

Williams, M. (2021). Wound infections: An overview. *British Journal of Community Nursing, 26*(Sup6), S22-S25.

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 el desbridamiento químico o mecánico 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.
- 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., Maida, V., Price, P., & 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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). 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). Prentice Hall, Pearson.

Cuidados de las heridas: protección 3670

Definición: Colocación de un apósito para cubrir o sujetar una herida con el fin de inmovilizarla, comprimirla, evitar daños mayores y favorecer la cicatrización.

Actividades:

- Determinar el tipo y el tamaño de la cobertura necesaria (p. ej., taponamiento, seco, húmedo, abdominal, cabestrillo, vendaje elástico).
- Explicar el procedimiento, incluida la finalidad del vendaje.
- Administrar un analgésico entre 30 y 60 minutos antes de la aplicación, según esté indicado.
- Colocar en posición adecuada para aplicar el vendaje (p. ej., decúbito supino para abdominal, sentado para cabestrillo o vendaje de extremidades).
- Proporcionar una intimidad adecuada.
- Retirar cualquier vendaje o apósito anterior.
- Limpiar la zona evitando la contaminación de la herida y manteniendo estéril la zona circundante.
- Inspeccionar el estado de cualquier herida, incluyendo el tamaño, la localización, el exudado o la tumefacción.
- Aplicar tratamientos tópicos, según la prescripción.
- Aplicar una gasa tejida suelta como capa de contacto y añadir capas adicionales de gasa según sea necesario, terminando con una compresa tejida más gruesa.
- Utilizar gasas cortadas alrededor de los drenajes.
- Cubrir las heridas profundas con una gasa húmeda de malla fina o de trama abierta, asegurándose de que todas las superficies de la herida estén en contacto con la gasa húmeda; cubrir con una gasa tejida suelta y una compresa tejida más gruesa.
- Aplicar el esparadrapo sobre la gasa y más allá del apósito.
- Utilizar esparadrapo no alergénico, si es necesario.
- Utilizar una ventana protectora de almohadilla adhesiva o hidrocoloide para estoma como barrera adhesiva, si lo indica la irritación cutánea.
- Utilizar una gasa enrollable o una malla elástica para fijar los apósitos de las extremidades.
- Elevar las extremidades que hayan estado en declive durante 15 minutos antes de aplicar el vendaje elástico.
- Aplicar el vendaje elástico comenzando en la parte distal del cuerpo y avanzando hacia el límite proximal.
- Envolver con una faja adecuada o un vendaje elástico si es necesario para favorecer la cicatrización de la herida.
- Utilizar vendajes triangulares, recurrentes o de corbata para asegurar o sujetar los apósitos en zonas con formas inusuales (p. ej., oreja, coronilla, axila, mandíbula, cadera).
- Utilizar la técnica de vendaje en forma de ocho, en espiral o circular cuando se necesite comprimir la herida.
- Comprobar con frecuencia la zona envuelta durante la aplicación para asegurarse de que no está demasiado apretada y de que permanece en la alineación o posición de entablillado adecuada.
- Aplicar la faja abdominal o mamaria tumbando o enrollando a la persona sobre el apósito y envolviéndola de atrás hacia delante.
- Utilizar puntos de referencia corporales para asegurar la posición correcta del vendaje (p. ej., sínfisis púbica, bordes costales, articulaciones).
- Utilizar almohadillas sobre las prominencias óseas debajo de los apósitos, según sea necesario.
- Evaluar la circulación distal cuando se apliquen vendajes en las extremidades, al menos dos veces más en las siguientes 8 horas, y después cada 8 horas.
- Evaluar la capacidad de respirar profundamente y toser eficazmente al finalizar la aplicación del vendaje abdominal o mamario.
- Volver a aplicar, ajustar o retirar el vendaje o la faja si se observa deterioro de la circulación o la respiración.
- Retirar los apósitos para evaluar la herida y la circulación al menos cada 8 horas.
- Etiquetar el vendaje con la fecha, la hora y las iniciales.
- Documentar el nivel de confort, el estado circulatorio, el aspecto y el tamaño de la herida, el tipo de apósito aplicado, la presencia de hinchazón y la amplitud de movimiento y la capacidad para ventilar adecuadamente, según proceda.
- Instruir sobre el cuidado y la aplicación de apósitos.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Skin integrity and wound care. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 837-857). Pearson.

Boon, C. J. W. (2021). Skin integrity and wound care. In P. A. Potter, A. G. Perry, P. A. Stockert, & A. M. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (pp. 1176-1206). Elsevier.

Brock, G. (2018). The fine points of taping. *Canadian Journal of Rural Medicine, 23*(2), 52-55.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

Dowsett, C., Bain, K., Hoffmann, C., Brennan, M. R., Greco, A., Karlsmark, T., Keast, D., Liberato, de., Moura, M. R., Lázaro-Martínez, J. L., Münter, K.,

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Swanson, T., Vuagnat, H., & Bain, M. (2021). The Wound Care Pathway – An evidence-based and step-by-step approach towards wound healing. *Wounds International, 12*(3), 78-85.
Fulcher, E., & Gopee, N. (2020). Effect of different compression bandaging techniques on the healing rate of venous leg ulcers: a literature review. *British Journal of Community Nursing, 25*(Sup6), S20-S26.
Milne, C., Thomason, H., & Hughes, M. (2020). Managing highly exuding wounds: Removing the risk of infection. *Wounds International, 11*(3), 42-48.
Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and technique* (10th ed.). Mosby.
Williams, M. (2021). Wound infections: An overview. *British Journal of Community Nursing, 26*(Sup6), S22-S25.

C

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.*
Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). 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 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).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- 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 higiene. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed., pp. 703-755). 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). Lippincott Williams, Wilkins.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2008). Personal higiene. In *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (7th ed., pp. 208-248). Prentice Hall, Pearson.

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* (pp. 1084-1108). Saunders Elsevier.

Cuidados de las lesiones por presión 3520

Definición: Facilitación de la cicatrización de las lesiones por presión.

Actividades:

- Describir las características de la lesión por presión a intervalos regulares, incluyendo el tamaño (p. ej., longitud, anchura, profundidad), el estadio (I-IV), la localización, el exudado, el tejido de granulación o necrótico y la epitelización.
- Monitorizar el color, la temperatura, la humedad y el aspecto de la piel circundante.
- Aplicar calor húmedo a las lesiones por presión, según la prescripción.
- Limpiar la piel con jabón suave y agua, según esté indicado.
- Limpiar con una solución no tóxica adecuada.
- Observar las características del drenaje.
- Aplicar una membrana adhesiva permeable a la lesión por presión, según la prescripción.
- Aplicar suero fisiológico, pomadas y apósitos, según la prescripción.
- Proporcionar un control adecuado del dolor (p. ej., medicación, musicoterapia, distracción, masaje).
- Monitorizar los signos y síntomas de infección.
- Cambiar de posición cada 1 o 2 horas o con mayor frecuencia, según proceda.
- Utilizar camas y colchones especiales, según proceda.
- Utilizar dispositivos de protección.
- Monitorizar el estado nutricional asegurando una ingesta dietética adecuada.
- Consultar a un nutricionista.
- Consultar a la enfermera especializada en heridas, ostomía y continencia, según corresponda.
- Instruir sobre los signos de deterioro de la piel, según proceda.
- Instruir sobre los procedimientos de cuidado de las heridas (p. ej., desbridamiento, estimulación eléctrica).
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Atkinson, R. A., & Cullum, N. A. (2018). Interventions for pressure ulcers: A summary of evidence for prevention and treatment. *Spinal Cord*, *56*(3), 186-198. https://doi.org/10.1038/s41393-017-0054-y.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed.). Pearson.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

Meier, C., Boes, S., Armin, G., Gmünder, H. P., Kamran, K., Metzger, S., Schaefer, D. J., Schmitt, K., Wolfram, S., Reto, W., & Scheel-Sailer Anke, . (2019). Treatment and cost of pressure injury stage III or IV in four patients with spinal cord injury: The basel decubitus concept. *Spinal Cord Series and Cases*, *5*(1), 1-9. https://doi.org/10.1038/s41394-019-0173-0.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Segalla, G. V., Teixeira, S. T., & Rogero, M. M. (2021). Nutritional therapy and wound healing in pressure injury situations: An integrative review. *Nutrire*, *46*(2), . https://doi.org/10.1186/s41110-021-00147-3.

Trisnaningtyas, W., Retnaningsih, R., & Rochana, N. (2021). Effects and interventions of pressure injury prevention bundles of care in critically ill patients: A systematic review. *Nurse Media: Journal of Nursing*, *11*(2), 154-176. https://doi.org/10.14710/nmjn.v11i2.28881.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

Cuidados de las uñas 1680

Definición: Favorecer 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:

- Monitorizar o ayudar a limpiar y cortar las uñas, de acuerdo con la capacidad de autocuidado.
- Cortar las uñas en línea recta con tijeras afiladas o cortaúñas, pero redondeando ligeramente las puntas para conseguir la máxima resistencia al recortarlas y reducir la aparición de uñas encarnadas.
- Mantener las uñas con una forma adecuada y sin ángulos, limándolas con una lima de uñas.
- Limar las uñas en la misma dirección con la lima de uñas, ya que limarlas hacia delante y hacia atrás las debilita.
- No tocar las cutículas, ya que protegen las raíces de las uñas de las infecciones (es decir, evitar cortarlas o empujarlas hacia atrás).
- No se deben morder las uñas ni retirar las cutículas, ya que se puede dañar la uña.
- No utilizar las uñas como herramientas para evitar que se astillen o se agrieten.
- Cortar las uñas de los pies con menos frecuencia que las de las manos, ya que crecen más despacio.
- Cortar las uñas de los pies con regularidad cuando estén blandas después de bañarse para minimizar el riesgo de traumatismos y lesiones.
- Sumergir los pies en agua salada caliente durante 5 a 10 minutos cuando las uñas sean gruesas y difíciles de cortar.
- Evitar «hurgar» las uñas encarnadas, sobre todo si están infectadas y doloridas.
- Recomendar a un especialista el cuidado de las uñas encarnadas.
- Recomendar el uso de calzado adecuado y alternar el calzado todos los días.
- Recomendar el uso de chanclas en piscinas y duchas públicas para reducir el riesgo de infecciones fúngicas.
- Utilizar las herramientas adecuadas (p. ej., cortaúñas o tijeras para las uñas de las manos, cortaúñas para las uñas de los pies) y desinfectarlas mensualmente.
- Monitorizar las uñas para detectar cambios de color, textura o forma.
- Consultar a un especialista en caso de cambios inusuales en las uñas para determinar si hay signos de enfermedad o infección (p. ej., vetas oscuras, enrojecimiento e hinchazón, acropaquias, uñas gruesas y demasiado grandes).
- Quitar el esmalte de uñas antes de la cirugía, según corresponda.
- Ayudar a aplicarse el esmalte, si se desea.
- Educar sobre todos los aspectos del cuidado de las uñas.
- Reforzar la información proporcionada por otros profesionales sanitarios, según proceda.
- Proporcionar directrices escritas sobre el cuidado de las uñas.
- Documentar las instrucciones, según proceda.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Akbayrak, A., Kasap, T., Takçı, Z., & Seçkin, H. Y. (2021). Frequency of nail abnormalities in children and adolescents admitted to a dermatology outpatient clinic. *Journal of Pediatric Research, 8*(1), 69-74.

Aziz, M. G. (2021). Hygiene and self-care. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals o fnursing: Human health and function.* Wolters-Kluwer.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Hygiene. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice.* (10th ed., pp. 688-689). Pearson.

Chapman, S. (2017). Foot care for people with diabetes: Prevention of complications and treatment. *British Journal of Community Nursing, 22*(5), 226-229.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2022). Personal hygiene and bedmaking. In *Clinical Nursing Skills and Techniques* (10th ed.). Elsevier.

Porter-O'Grady, T. (2021). Wound and foot care nursing on the streets of the city: A view from here, Journal of Wound. *Ostomy & Continence Nursing, 48*(1), 69-74.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

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.
- Monitorizar la acumulación excesiva de cerumen.
- Instruir al paciente para que no use objetos extraños más pequeños que su punta del dedo (p. ej., bastoncillos de algodón, horquillas, palillos y otros objetos afilados) para la extracción del cerumen).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- Extraer el exceso de cerumen con el extremo retorcido de un paño mientras se tira de la oreja hacia abajo.
- 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 monitorizar la exposición persistente a ruidos intensos.
- Instruir al paciente sobre la relevancia de la protección auditiva durante la exposición persistente a ruidos intensos.
- Instruir 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., prótesis auditiva, 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* (pp. 989-1027). Mosby Elsevier.

Craven, R., & Hirnle, C. (2009). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed.). 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* (pp. 1120-1137). Elsevier Saunders.

Cuidados de los ojos 1650

Definición: Prevención o minimización de las posibles agresiones a los ojos o a la integridad visual.

Actividades:

- Explicar los procedimientos independientemente del nivel de consciencia.
- Observar si hay enrojecimiento, exudado o ulceración.
- Indicar que no se toque los ojos.
- Monitorizar el reflejo corneal y determinar si las pupilas son isocóricas, redondas y reactivas a la luz y a la acomodación (p. ej., PIRRLA).
- Observar la simetría del movimiento de los ojos.
- Colocar en decúbito supino antes de cualquier procedimiento.
- Utilizar toallitas limpias y calientes o bolas de algodón humedecidas con agua caliente o suero fisiológico para la limpieza.
- Retirar las lentes de contacto, según corresponda.
- Aplicar protección ocular y alternar cuando sea necesario para la visión, según corresponda.
- Aplicar un colirio lubricante o una pomada, según corresponda.
- Mantener el párpado cerrado con esparadrapo, cuando esté indicado.
- Aplicar una cámara de humedad, según corresponda.
- Mantener el movimiento desde el interior o la zona nasal hacia el exterior cuando se limpie el ojo.
- Empezar primero por el ojo más limpio cuando se realicen procedimientos en ambos ojos.
- Utilizar un bastoncillo, una torunda de algodón o una esquina de toallita nueva para cada ojo.
- No compartir bastoncillos o protectores entre los ojos.
- Realizar cuidados oculares cada 4 horas o según la prescripción.
- Ajustar la frecuencia de los cuidados oculares cuando se reciba oxigenoterapia que reseque los ojos.
- Dar instrucciones sobre el uso de gafas de sol y sombreros para evitar o reducir la exposición a los rayos ultravioleta del sol.
- Dar instrucciones sobre el cuidado adecuado de los ojos, según esté indicado.
- Dar instrucciones sobre los exámenes oculares periódicos (p. ej., los mayores de 65 años deben realizarse exámenes oculares completos con dilatación de pupilas todos los años).
- Documentar los cuidados y el estado de los ojos.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Fowler, S. B. (2020). Climate change and eye health. *Insight: The Journal of the American Society of Ophthalmic Registered Nurses*, *45*(3), 31-41.

Perry, A., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Care of the eye and ear. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 485-491). Mosby.

Ramke, J., Zwi, A. B., Silva, J. C., Nyawira, M., Rono, H., Gichangi, M., Qureshi, M. B., & Gilbert, C. E. (2018). Evidence for national universal eye health plans. *Bulletin of the World Health Organization*, *96*(10), 695-704.

Watkinson, S., Williamson, S., & Seewoodhary, R. (2020). Coronavirus and ocular involvement: Promoting safe eye care. *Insight: The Journal of the American Society of Ophthalmic Registered Nurses*, *45*(4), 29-33.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuidados de los pies 1660

Definición: Limpieza e inspección de los pies con el objeto de conseguir relajación, limpieza y salud.

Actividades:

- Determinar el nivel actual de conocimientos y habilidades relacionados con el cuidado de los pies.
- Determinar las prácticas y rutinas actuales de cuidado de los pies.
- Inspeccionar la piel de los pies, incluyendo los tobillos, para detectar irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edema.
- Inspeccionar los zapatos para ver si calzan correctamente, observando áreas de desgaste.
- Monitorizar la marcha y la distribución del peso en los pies.
- Monitorizar la limpieza y el estado general del calzado y los calcetines.
- Monitorizar el nivel de hidratación de los pies, la insuficiencia arterial en la parte inferior de las piernas y el edema de las extremidades inferiores.
- Lavar los pies o ponerlos en remojo, si es necesario.
- Secar cuidadosamente los espacios interdigitales.
- Aplicar loción o polvos absorbentes de la humedad, si está indicado.
- Inspeccionar las uñas en busca de cambios de grosor o coloración.
- Limpiar las uñas y cortar las uñas de los pies de grosor normal cuando estén blandas, utilizando un cortaúñas y usando la curva del dedo del pie como guía, siguiendo el protocolo del centro para cortar las uñas.
- No cortar hasta el surco ungueal.
- Limar las uñas con una lima de uñas para que los ángulos queden lisos.
- Instruir sobre la importancia del cuidado de los pies.
- Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo de lesiones.
- Determinar la capacidad para llevar a cabo el cuidado de los pies (p. ej., agudeza visual, movilidad física, juicio).
- Recomendar la ayuda de otra persona para el cuidado de los pies si hay problemas de visión o de movilidad.
- Ofrecer una retroalimentación positiva respecto de las actividades de autocuidado de los pies.
- Enseñar a inspeccionar el interior de los zapatos por si hay zonas ásperas.
- Enseñar a vigilar la temperatura de los pies con el dorso de la mano.
- Instruir acerca de la importancia de la inspección frecuente, especialmente cuando disminuya la sensibilidad.
- Ayudar a desarrollar un plan para la evaluación y el cuidado diario de los pies en casa.
- Recomendar la inspección diaria del pie en todas las superficies y entre los dedos, buscando enrojecimiento, tumefacción, calor, sequedad, maceración, sensibilidad o zonas abiertas.
- Indicar que se utilice un espejo o la ayuda de otra persona para realizar la inspección de los pies, según sea necesario.
- Aconsejar el lavado diario de los pies con agua tibia y jabón suave.
- Aconsejar secar bien los pies después de lavarlos, especialmente entre los dedos.
- Aconsejar la hidratación diaria de la piel mediante un breve remojo, un baño en agua a temperatura ambiente o la aplicación de un emoliente.
- Proporcionar información sobre la relación entre la neuropatía, las lesiones y la enfermedad vascular y el riesgo de ulceración y amputación de las extremidades inferiores en personas con diabetes.
- Aconsejar sobre cuándo ponerse en contacto con un profesional sanitario, incluida la presencia de lesiones infectadas o que no cicatrizan.
- Aconsejar sobre las medidas de autocuidado apropiadas para problemas menores de los pies.
- Advertir sobre posibles fuentes de lesiones en los pies (p. ej., calor, frío, cortar callos o durezas, productos químicos, antisépticos o astringentes fuertes, cinta adhesiva, andar descalzo o llevar sandalias o zapatos abiertos).
- Enseñar la técnica adecuada para cortar las uñas de los pies (es decir, cortar relativamente recto, siguiendo el contorno del dedo, y limar los bordes afilados con una lima de uñas).
- Dar instrucciones sobre el cuidado de los callos blandos, incluido el raspado suave con una toalla o piedra pómez después del baño.
- Recomendar cuidados especializados para uñas gruesas o encarnadas, callos, durezas o deformidades óseas, según proceda.
- Recomendar zapatos adecuados (es decir, de tacón bajo, con una forma que se adapte a la forma del pie; profundidad adecuada de la puntera; suelas de material que absorba los impactos; ajuste regulable mediante cordones o correas; parte superior de materiales transpirables, suaves y flexibles; cambios en función de los trastornos de la marcha y de la longitud de las extremidades; y posibilidad de modificación, si es necesario).
- Recomendar calcetines adecuados (absorbentes y que no aprieten).
- Recomendar las pautas que se han de seguir a la hora de comprar zapatos nuevos, como medir y ajustar correctamente los pies en el momento de la compra.
- Recomendar llevar los zapatos nuevos solo unas pocas horas seguidas durante las dos primeras semanas.
- Enseñar a inspeccionar el interior de los zapatos a diario en busca de objetos extraños, puntas de clavos, forros rasgados y zonas ásperas.
- Indicar que se cambien de calzado dos veces al día (p. ej., a las 12.00 y a las 17.00 horas) para evitar la presión local repetitiva.
- Explicar la necesidad de prescribir calzado u ortesis, según proceda.
- Advertir sobre las actividades que ejercen presión sobre nervios y vasos sanguíneos, como las bandas elásticas en los calcetines o cruzar las piernas.
- Aconsejar dejar de fumar, según proceda.
- Incluir a la familia en las instrucciones, según proceda.
- Reforzar la información proporcionada por otros profesionales sanitarios, según proceda.
- Proporcionar directrices escritas para el cuidado de los pies.
- Documentar las instrucciones, según proceda.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Aziz, M. G. (2021). Hygiene and self-care. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function.* Wolters-Kluwer.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Hygiene. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice.* (10th ed., pp. 684-688). Pearson.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2022). Personal hygiene and bedmaking. In *Clinical Nursing Skills and Techniques* (10th ed.). Elsevier.

Porter-O'Grady, T. (2021). Wound and foot care nursing on the streets of the city: A view from here. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 48*(1), 69-74.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.

Trelease, J., & Simmons, J. (2021). Getting ready for foot care certification: Intervention and treatment for dermatological conditions affecting the feet and lower extremities, Journal of Wound. *Ostomy & Continence Nursing, 48*(3), 262-264.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

Cuidados de los yesos: 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 de este.
- 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.). Mosby.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). Elsevier Mosby.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Fundamentals of nursing* (6th ed.). Mosby.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Cuidados de los yesos: 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 de este.
- 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.). Elsevier Mosby.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Fundamentals of nursing* (6th ed.). Mosby.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Smith, S. F., & Duell, D. J. (1992). *Clinical nursing skills: Nursing process model, basics to advanced skills* (3rd ed.). Appleton & Lange.

Cuidados de relevo 7260

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.
- Monitorizar el nivel de actividad del cuidador de relevo.
- Seguir la rutina habitual de cuidados.
- Proporcionar cuidados, como ejercicios, deambulación e higiene, si se requiere.
- Proporcionar un programa de actividades adecuadas.
- 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 caregivers of children with disabilities related to academic achievement? *Child Youth Care Forum, 38*(2), 91-102.

Barrett, M., Wheatland, B., Haselby, P., Larson, A., Kristjanson, L., & Whyatt, D. (2009). Palliative respite services using nursing staff reduces hospitalization of patients and improves acceptance among carers. *International Journal of Palliative Nursing, 15*(8), 389-395.

Cowen, P. S., & Reed, D. A. (2002). Effects of respite care for children with developmental disabilities: Evaluation of an intervention for at risk families. *Public Health Nursing, 19*(4), 272-283.

Donath, C., Winkler, A., & Grassel, E. (2009). Short-term residential care for dementia patients: Predictors for utilization and expected quality from a family caregiver's point of view. *International Psychogeriatrics, 21*(4), 703-710.

Molzahn, A. E., Gallagher, E., & McNulty, V. (2009). Quality of life associated with adult day centers. *Journal of Gerontological Nursing, 35*(8), 37-46.

Perry, J., & Bontinen, K. (2001). Evaluation of a weekend respite program for persons with Alzheimer disease. *Canadian Journal of Nursing Research, 33*(1), 81-95.

Salin, S., Kaunonen, M., & Astedt-Kurki, P. (2009). Informal carers of older family members: How they manage and what support they receive from respite care. *Journal of Clinical Nursing, 18*(4), 492-501.

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.
- Monitorizar el sistema de tracción al menos una vez por turno.
- Monitorizar la capacidad de autocuidados durante la tracción.
- Monitorizar el dispositivo de fijación externo.
- Controlar los sitios de inserción de los clavos.
- Retirar los dispositivos de tracción de la piel al menos una vez al día para inspección y limpieza de la piel.
- Monitorizar la piel y las prominencias óseas para ver si hay signos de úlceras por decúbito.
- Monitorizar la circulación, los movimientos y la sensibilidad de la extremidad afectada.
- Monitorizar 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.* 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

Cuidados del adolescente 8272

Definición: Facilitación de una atención adecuada al desarrollo para apoyar el crecimiento físico, cognitivo, social y emocional durante la transición de la infancia a la edad adulta.

Actividades:

- Construir una relación de confianza con el adolescente.
- Alentar al adolescente a participar activamente en las decisiones relativas a su propia atención sanitaria.
- Discutir los hitos del desarrollo y las conductas asociadas con el adolescente y los progenitores.
- Realizar cribado de problemas de salud relevantes para el adolescente y sugeridos por los antecedentes (p. ej., anemia; hipertensión; trastornos auditivos y visuales; hiperlipidemia; problemas de salud bucodental; maduración sexual anormal; crecimiento físico anormal; alteraciones de la imagen corporal; trastornos alimentarios; nutrición deficiente; consumo de alcohol, tabaco o drogas; conducta sexual no saludable; enfermedades infecciosas; pobre autoconcepto; baja autoestima; depresión; relaciones difíciles; malos tratos; problemas de aprendizaje; problemas laborales).
- Fomentar los cribados físicos y visuales anuales.
- Instruir sobre el autoexamen de mamas o testículos, según se indique.
- Fomentar los exámenes dentales dos veces al año.
- Animar a practicar una buena higiene bucodental.
- Proporcionar educación y fomentar las vacunaciones apropiadas para cada edad.
- Proporcionar asesoramiento y orientación sobre la salud al adolescente y a los progenitores, según sea necesario.
- Reconocer la etapa de desarrollo puberal y proporcionar educación sobre el proceso de desarrollo.
- Promover la higiene y el aseo personal.
- Proporcionar intimidad.
- Promover la independencia con las AVD, según proceda.
- Fomentar la práctica regular de ejercicio físico seguro.
- Promover una dieta sana.
- Facilitar el desarrollo de la identidad sexual.
- Fomentar una conducta sexual responsable y realizar pruebas de detección de ITS.
- Proporcionar anticonceptivos con instrucciones de uso, si es necesario.
- Promover la evitación del alcohol, el tabaco y las drogas.
- Promover la seguridad en los vehículos.
- Facilitar la capacidad de toma de decisiones.
- Mejorar las habilidades de comunicación y asertividad.
- Facilitar el sentido de la responsabilidad hacia uno mismo y hacia los demás.
- Fomentar respuestas no violentas a la resolución de conflictos.
- Fomentar la fijación de objetivos.
- Fomentar el desarrollo y el mantenimiento de las relaciones sociales.
- Fomentar la participación en actividades escolares, extraescolares y comunitarias.
- Mejorar la eficacia parental de los adolescentes.
- Evaluar al adolescente en busca de factores estresantes y técnicas de manejo del estrés.
- Evaluar el estado de ánimo y proporcionar recursos para las preocupaciones (p. ej., depresión, ideación suicida), según sea necesario.
- Discutir las modificaciones corporales, como tatuajes y *piercings*.
- Remitir para asesoramiento, según sea necesario.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and Adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

Cuidados del cabello y del cuero cabelludo 1670

Definición: Favorecimiento de un estado saludable, limpio y atractivo del pelo y del cuero cabelludo.

Actividades:

- Monitorizar 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.). Lippincott Williams & Wilkins.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2008). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (7th ed.). Pearson Prentice Hall.

Titler, M., Pettit, D., Bulechek, G., McCloskey, J., Craft, M., Cohen, M., Crossley, J. D., Denehy, J. A., Glick, O. J., Kruckeberg, T. W., Maas, M. L., Prophet, C. M., & Tripp-Reimer, T. (1991). Classification of nursing interventions for care of the integument. *Nursing Diagnosis, 2*(2), 45-56.

C

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.
- 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.
- Monitorizar periódicamente la respuesta del paciente y la familia a la presencia de dispositivos de drenaje externos.
- Enseñar al paciente y a la familia el propósito del drenaje y los cuidados que deben prestársele, según corresponda.
- Proporcionar apoyo emocional para enfrentarse al uso a largo plazo de los tubos y/o los dispositivos de drenaje externos, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Best, C., & Hitchings, H. (2010). Enteral tube feeding—from hospital to home. *British Journal of Nursing, 19*(3), 174-179.

Briggs, D. (2010). Nursing care and management of patients with intrapleural drains. *Nursing Standard, 24*(21), 47-56.

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.

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.

Nazarko, L. (2010). Effective evidence-based catheter management: an update. *British Journal of Nursing, 19*(15), 948-953.

Omorogieva, O. (2010). Managing patients on enteral feeding tubes in the community. *British Journal of Community Nursing, 15*(Suppl. 11), S6-S13.

Cuidados del drenaje: gastrointestinal 1874

Definición: Cuidados de una persona con una sonda insertada en el tracto gastrointestinal.

Actividades:

- Monitorizar la correcta colocación de la sonda inspeccionando la cavidad oral, comprobando si hay residuos (es decir, observando la cantidad, el color y el aspecto del aspirado), y la longitud externa de la sonda, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Confirmar la colocación de la sonda antes de usarla o en caso de duda sobre su ubicación, según el protocolo del centro (p. ej., examen radiográfico, estudio del pH).
- Monitorizar los informes de las radiografías de tórax y abdomen rutinarias para determinar la ubicación de la sonda.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- Conectar la sonda a aspiración, según esté indicado.
- Fijar la sonda a la parte corporal correspondiente teniendo en cuenta la comodidad y la integridad de la piel de la persona.
- Marcar la sonda en el punto de salida para mantener la colocación correcta y comprobar regularmente si se mueve, una vez confirmada la colocación mediante rayos X.
- Irrigar la sonda, según el protocolo del centro.
- Evitar las jeringuillas i.v. al administrar alimentos o soluciones por sonda para reducir la posibilidad de acceder inadvertidamente a las vías i.v.
- Realizar evaluaciones abdominales adecuadas antes de iniciar cualquier alimentación, irrigación o administración de medicación por sonda.
- Observar si hay sensaciones de plenitud, náuseas y vómitos.
- Monitorizar los ruidos intestinales.
- Monitorizar si hay signos de dificultad respiratoria.
- Monitorizar si se produce diarrea, náuseas, dolor abdominal cólico o distensión.
- Animar a masticar chicle para evitar el íleo, según proceda.
- Monitorizar el estado hidroelectrolítico.
- Monitorizar la cantidad, el color y la consistencia del contenido nasogástrico drenado.
- Reponer el líquido gastrointestinal drenado con la solución i.v. adecuada, según la 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.
- Determinar el nivel de comprensión de la finalidad y los cuidados de la sonda.
- Informar sobre la finalidad de la sonda y la justificación de su uso.
- 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.
- Documentar la colocación de la sonda, incluida la tolerancia del procedimiento, la confirmación radiográfica y la profundidad de inserción.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Nutrition. In *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (pp. 1127-1167). Pearson.

Miller, T. (2021). Nutrition. In A. Perry, P. Potter, P. Stockert, & A. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (pp. 1120-1147). Elsevier.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Enteral nutrition. In *Clinical nursing skills and techniques* (pp. 830-860). Mosby.

Rebar, C. R. (2021). Concepts of care for patients with malnutrition: Undernutrition and obesity. In D. Ignativicius, M. L. Workman, C. R. Rebar, & N. M. Heimgartner (Eds.), *Medical-Surgical nursing: Concepts for interprofessional collaborative care* (pp. 1205-1208). Elsevier.

Roveron, G., Antonini, M., Barbierato, M., Calandrino, V., Canese, G., Chiurazzi, L. F., Coniglio, G., Gentini, G., Marchetti, M., Minucci, A., Nembrini, L., Neri, V., Trovato, P., & Ferrara, F. (2018). Clinical Practice Guidelines for the nursing management of percutaneous endoscopic gastrostomy and jejunostomy (PEG/PEJ) in adult patients. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, *45*(4), 326-334.

St. Onge, J. L. (2021). Nutrition. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Williams, P. (2020,). Maintaining fluid balance and meeting nutritional needs. In *Basic geriatric nursing* (pp. 104-130). Elsevier.

Cuidados del drenaje: torácico 1872

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.
- Monitorizar 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.
- Seguir las recomendaciones del fabricante para el cuidado del dispositivo de válvula de tórax y drenaje.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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 firmemente fijadas con cinta.
- Confirmar el uso de un dispositivo de drenaje unidireccional, normalmente una botella de drenaje con sello de agua.
- Respetar el nivel del sello de agua recomendado indicado en su frasco de drenaje (es decir, demasiado poca agua produce neumotórax, demasiada agua produce un drenaje ineficaz o una resolución ineficaz del neumotórax).
- Mantener el recipiente externo del drenaje sellado por agua por debajo del nivel del tórax.
- Pinzar los tubos de tórax siempre que el recipiente externo de drenaje del sello de agua se coloque por encima de la altura del tórax durante períodos prolongados, asegurándose que las pinzas 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 de tórax para cualquier desconexión accidental o daño en el sistema

de drenaje o los tubos (p. ej., fijar con cinta adhesiva un juego de repuesto de pinzas atraumáticas a la cabecera de la cama o en la pared detrás del cabecero).
- Proporcionar un tubo lo suficientemente largo como para permitir libertad de movimiento, según corresponda.
- Fijar el tubo firmemente.
- Verificar que se usan dispositivos de drenaje de sello bajo el agua de tipo multicámara que proporcionan cámaras separadas para el drenaje, el sello de agua y la succión, cuando lo indica el estado del paciente.
- Monitorizar la posición del tubo mediante estudios radiográficos.
- Documentar la oscilación del sello de agua del tubo de tórax, el 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, la oscilación de la columna del sello de agua y el burbujeo en el tubo de tórax y el 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 drenaje: umbilical 1875

Definición: Manejo de un recién nacido con un catéter umbilical.

Actividades:
- Ayudar a la inserción del catéter umbilical o insertarlo en los recién nacidos, según las órdenes o el protocolo (p. ej., peso al nacer <1.500 g, shock).
- Comprobar la posición del catéter mediante examen radiográfico.
- Monitorizar y registrar la profundidad de inserción.
- Infundir la medicación y nutrición por la vía venosa umbilical, según las 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.
- Evitar 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.).

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.* Joint Commission Resources.

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

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

Cuidados del drenaje: urinario 1876

Definición: Manejo de 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 la 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.
- Monitorizar si hay distensión vesical.
- Asegurarse 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: ventriculostomía/lumbar 1878

Definición: Actuación ante un paciente con un sistema de drenaje externo del líquido cefalorraquídeo.

Actividades:

- Monitorizar la evolución del drenaje.
- Monitorizar la cantidad/velocidad 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.
- Monitorizar 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.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

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, 33*(3), 74-75. 2003.

Robinet, K. (1985). Increased intracranial pressure: Management with an intraventricular catheter. *Journal of Neurosurgical Nursing, 17*(2), 95-104.

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 lactante.

C

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.
- 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 lactante, 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.). 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.). Lippincott Williams & Wilkins.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuidados del embolismo: periférico 4104

Definición: Manejo de los pacientes con oclusión de la circulación periférica.

C

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 grados 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, 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.
- Monitorizar 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, In J.G. Alspach, *Core curriculum for critical care nursing.* Saunders Elsevier, 2006.

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.

C

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, alteplasa), 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, 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 profilaxis antitrombótica 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.
- Elevar cualquier extremidad con sospecha de estar afectada 20 grados 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 ácido-base, 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 enclavamiento excesivo del catéter de arteria pulmonar para evitar la rotura de la arteria pulmonar, si corresponde.
- Monitorizar el trazado de la arteria pulmonar por si se produce enclavamiento espontáneo del catéter, si corresponde.
- Volver a colocar el catéter de arteria pulmonar enclavado espontáneamente, si corresponde.
- Mantener la profilaxis antitrombótica después de un émbolo.
- Instruir al paciente y la familia sobre la necesidad de anticoagulación después de un émbolo durante un mínimo de 3 meses.
- Proporcionar información detallada al paciente y la familia sobre la prevención de los episodios futuros de émbolos y trombos.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses, In J.G. Alspach, *Core curriculum for critical care nursing*. Saunders Elsevier, 2006.
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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

Cuidados del lactante 6820

Definición: Provisión de cuidados a lactantes menores de 1 año de edad, adecuados al nivel de desarrollo y centrados en 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 lactante.
- Retirar los objetos pequeños de la cuna (p. ej., tapones de jeringa y torundas para el alcohol).
- Monitorizar la seguridad del ambiente del lactante.
- Proporcionar al lactante juguetes seguros, adecuados al nivel de desarrollo.
- Proporcionar información a los progenitores acerca del desarrollo y la crianza de niños.
- Proporcionar estimulación visual, auditiva, táctil y cinética durante el juego.
- Estructurar el juego y los cuidados teniendo en cuenta el temperamento del lactante.
- Hablar con el lactante mientras se le administran los cuidados.
- Animar a los progenitores a que realicen los cuidados diarios del lactante (p. ej., baño, alimentación, administración de medicación o cambios de vendajes).
- Aconsejar a los progenitores a que realicen los cuidados especiales del lactante.
- Reforzar la habilidad de los progenitores para realizar los cuidados especiales del lactante.
- Informar a los progenitores acerca del estado del lactante.
- Implicar a los progenitores en la toma de decisiones, proporcionando apoyo durante todo el tiempo que dure el proceso.
- Explicar a los progenitores las razones del tratamiento y procedimientos.
- Ofrecer a los progenitores la posibilidad de estar presentes durante el procedimiento o de volver cuando se finalice.
- Aplicar sujeciones cuando esté indicado y controlar su uso continuo.
- Consolar al lactante meciéndole, cogiéndole, abrazándole o 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* (pp. 1046-1082). 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., pp. 824-859). Lippincott Williams & Wilkins.

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* (pp. 664-700). F.A. Davis.

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* (pp. 701-714). F.A. Davis.

Cuidados del lactante: ayuda para la exploración ocular 6810

Definición: Reducción del dolor y favorecimiento del confort durante la exploración ocular del recién nacido prematuro.

Actividades:

- Programar la revisión ocular del niño prematuro.
- Informar a los progenitores o tutores sobre los procedimientos de revisión y exploración ocular.
- Asegurar un entorno tranquilo y sosegado.
- Ajustar la luz ambiental a un nivel moderado-bajo.
- Medir la frecuencia cardíaca basal, la saturación de oxígeno y la frecuencia respiratoria.
- Aplicar un colirio 1 hora antes de la exploración para dilatar las pupilas y a intervalos apropiados a partir de entonces, según las instrucciones del fabricante y el protocolo del centro.
- Colocar en decúbito supino sobre una superficie plana envolviéndolo adecuadamente y con los brazos y piernas flexionados.
- Colocar una pequeña almohadilla debajo de la cabeza para apoyar la columna cervical y la primera y segunda vértebras torácicas.
- Ofrecer glucosa oral de 10 a 15 minutos antes del procedimiento, y antes de la inmovilización corporal.
- Ofrecer el chupete antes de comenzar la exploración.
- Dejar el chupete puesto durante todo el examen si succiona.
- Utilizar un tono suave al hablar con el lactante.
- Asegurarse de que las manos de la enfermera estén calientes y aplicar solo un tacto suave.

- Hiperextender mínimamente la cabeza.
- Aplicar un colirio con un anestésico local en los ojos, según esté indicado.
- Monitorizar la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno y la frecuencia respiratoria durante el procedimiento.
- Asegurar la cabeza de manera que esté estable e inmóvil.
- Esperar a que el oftalmólogo coloque el retractor de párpados en el ojo izquierdo o derecho antes de la exploración.
- Puntuar el dolor utilizando una escala de dolor adecuada para neonatos o prematuros (p. ej., Premature Infant Pain Profile, N-PASS, CRIES).
- Administrar oxígeno si la saturación de oxígeno es <85% debido a maniobras realizadas durante la exploración (p. ej., depresión escleral, tracción de los músculos extraoculares, presión sobre el globo ocular).
- Detener el procedimiento y dejar descansar al lactante si la frecuencia cardíaca es superior a 200 lpm.
- Mantener al lactante envuelto durante todo el examen para ambos ojos, según esté indicado.
- Dar el chupete y mantener al lactante envuelto hasta que se calme una vez finalizadala exploración.
- Puntuar el nivel de dolor.
- Registrar el procedimiento.
- Vigilar atentamente las náuseas, la apnea, el aumento del residuo gástrico, los cambios temporales de la frecuencia cardíaca y la desaturación durante las 24 horas siguientes a la exploración ocular.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Chuang, L., Chen, C., Huang, M., Wang, S., Ma, M., & Lin, C. (2019). A modified developmental care bundle reduces pain and stress in preterm infants undergoing examinations for retinopathy of prematurity: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, *28*(3/4), 545-559. https://doi.org/10.1111/jocn.14645.

Chuang, L., & Huang, M. (2020). The clinical application of developmental care in retinopathy of prematurity eye examinations. *Journal of Nursing*, *67*(5), 82-88. https://doi.org/10.6224/JN.202010_67(5).11.

Jang, E. K., Lee, H., Jo, K. S., Lee, S. M., Seo, H. J., & Huh, E. J. (2019). Comparison of the pain-relieving effects of human milk, sucrose, and distilled water during examinations for retinopathy of prematurity: A randomized controlled trial. *Child Health Nursing Research*, *25*(3), 255-261. https://doi.org/10.4094/chnr.2019.25.3.255.

Metres ,, Ö., & Yıldız, S. (2019). Pain management with ROP position in Turkish preterm infants during eye examinations: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*, *49*, e81-e89. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.08.013.

Sloane, A. J., O'Donnell, E. A., Mackley, A. B., Reid, J. E., Greenspan, J. S., Paul, D. A., & Aghai, Z. H. (2021). Do extremely preterm infants need retinopathy of prematurity screening earlier than 31 weeks postmenstrual age? *Journal of Perinatology*, *41*(2), 305-309. https://doi.org/10.1038/s41372-020-0681-6.

Tan, J. B. C., Dunbar, J., Hopper, A., Wilson, C. G., & Angeles, D. M. (2019). Differential effects of the retinopathy of prematurity exam on the physiology of premature infants. *Journal of Perinatology*, *39*(5), 708-716. https://doi.org/10.1038/s41372-019-0331-z.

C

Cuidados del lactante: prematuro 6826

Definición: Armonización de 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 lactante 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).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- 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.
- 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 of 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., 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), . https://doi.org/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), . https://doi.org/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). F. A. Davis.

Cuidados del lactante: recién nacido 6824

Definición: Provisión de cuidados al lactante durante la transición del nacimiento a la vida extrauterina.

Actividades:

- Limpiar las secreciones de la nariz y la cavidad oral.
- Realizar la prueba de Apgar al minuto y a los 5 minutos después del parto.
- Medir el peso, la longitud y el perímetro frontooccipital.
- Monitorizar la temperatura.
- Mantener una temperatura adecuada del recién nacido (es decir, secar al lactante justo tras el parto, envolverlo en una manta si no se va a colocar bajo un calentador o piel con piel con el progenitor).
- Poner un gorro con malla de jersey e instruir a los progenitores para que mantengan la cabeza cubierta.
- Monitorizar la frecuencia respiratoria y el patrón de respiración.
- Responder a los signos de dificultad respiratoria (p. ej., taquipnea, gruñidos, aleteo nasal, tiraje, roncus y estertores).
- Monitorizar la frecuencia cardíaca y el color de la piel.
- Colocar piel con piel con el progenitor durante las primeras 1-2 horas tras el parto, según corresponda.
- Administrar una inyección de vitamina K, según corresponda.
- Determinar la edad gestacional en las 2 horas siguientes al parto (p. ej., test de Ballard).
- Comparar el peso nacido con la edad gestacional estimada.
- Poner a mamar de inmediato tras el parto si la lactancia materna es el método preferido de alimentación.
- Monitorizar el reflejo de succión durante la toma.
- Sujetar al lactante durante las tomas, e intentar que expulse los gases durante la toma y después.
- Hacer que expulse los gases con la cabeza elevada.
- Monitorizar el peso, las entradas y las salidas.
- Registrar la primera micción y defecación.
- Ayudar a los progenitores a dar el primer baño tras haberse estabilizado la temperatura.
- Coger o tocar con regularidad a los recién nacidos que están en incubadoras.
- Administrar cuidados oculares profilácticos.
- Comparar los grupos y tipos sanguíneos materno y del recién nacido.
- Arropar para estimular el sueño y proporcionar una sensación de seguridad.
- Colocar en decúbito supino o reclinado tras la toma.
- Proporcionar información sobre las necesidades nutricionales, las técnicas de alimentación y los signos de dificultad respiratoria del lactante durante la toma.
- Determinar el estado del cordón umbilical antes de una transfusión a través de la vena umbilical.

- Mantener el cordón umbilical seco y expuesto al aire colocando el pañal por debajo de este.
- 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 a la circuncisión y los signos de hemorragia.
- Monitorizar la existencia de hipoglucemia y de otras anomalías si la madre tiene diabetes.
- Monitorizar la existencia de signos de hiperbilirrubinemia cada 8-12 horas.
- Instruir a los progenitores para que detecten los síntomas de hiperbilirrubinemia.
- Proteger de fuentes de infección en el entorno hospitalario.
- Determinar si 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 que indican la necesidad de cuidados para facilitar el desarrollo de confianza.
- Favorecer y facilitar el vínculo y el apego familiares con el recién nacido.
- Proporcionar información y facilitar el cribado 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 solo en decúbito supino al dormir, sin almohadas sueltas ni mantas.
- Mantener la pera de goma para aspiración accesible e instruir a los progenitores sobre su uso.
- Realizar pruebas de detección de cardiopatías congénitas graves a las 24 y 48 horas de vida.
- Desaconsejar el uso del chupete hasta que la lactancia esté bien establecida.
- Fomentar el cambio frecuente de pañales y educar sobre las expectativas de transición fecal.
- Asegurarse de que se realiza un cribado auditivo antes del alta.
- Realizar una evaluación monitorizada de la silla de coche con el bebé, según sea necesario.
- Instruir a los progenitores sobre el seguimiento y los cuidados posteriores a la circuncisión, según corresponda.
- Completar la planificación y educación del alta.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

6.ª edición 2013; revisada en 2024

Bibliografía:

GarzonMaaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. G. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

Cuidados del niño 8274

Definición: Facilitación de unos cuidados adecuados al desarrollo para apoyar el crecimiento físico, cognitivo, social y emocional.

Actividades:

- Establecer una relación de confianza y terapéutica con el niño y sus cuidadores.
- Establecer una interacción individual con el niño.
- Ayudar a cada niño a tomar conciencia de su importancia como individuo.
- Identificar las necesidades especiales del niño y las adaptaciones necesarias, según proceda.
- Fomentar la toma de decisiones compartida y el autocuidado durante la enfermedad y el manejo de las enfermedades crónicas.
- Actuar como modelo de actividades que favorezcan el desarrollo a los cuidadores.
- Facilitar el contacto del cuidador con los recursos comunitarios, según proceda.
- Facilitar la participación del cuidador en el cuidado del niño, según proceda.
- Facilitar la colaboración familia-profesional en el plan de cuidados del niño.
- Remitir a los cuidadores a un grupo de apoyo para el niño y la familia, según proceda.
- Asegurarse de que el lenguaje corporal concuerda con la comunicación verbal.
- Dar al niño la oportunidad de relacionarse con sus compañeros, según proceda.
- Alentar al niño a expresarse mediante recompensas positivas o retroalimentación por los intentos.
- Abrazar o mecer y consolar al niño, especialmente cuando está disgustado.
- Crear un espacio seguro y bien definido para que el niño explore y aprenda.
- Enseñar a pedir ayuda a los demás, cuando sea necesario.
- Fomentar la ensoñación o la fantasía, cuando proceda.
- Ofrecer juguetes o materiales adecuados para la edad.
- Ayudar al niño a realizar y dominar habilidades de autocuidado (p. ej., alimentarse, ir al baño, cepillarse los dientes, lavarse las manos, vestirse).
- Hablar, cantar o bailar con el niño.
- Ser coherente y estructurado con las estrategias de manejo o modificación de la conducta.
- Redirigir la atención, cuando sea necesario.
- Hacer que el niño que se porta mal «tome descansos» o se tome un «tiempo muerto», según proceda.
- Dar oportunidades y materiales para la expresión creativa (p. ej., construir, dibujar, modelar con arcilla, pintar, pegar, recortar, colorear).
- Dar la oportunidad de realizar las tareas escolares o actividades educativas apropiadas para el desarrollo.
- Dar la oportunidad de hacer ejercicio y fomentar su práctica.
- Dar la oportunidad de jugar en el patio de recreo, según proceda.
- Pasear con el niño.
- Supervisar el régimen de medicación prescrito, según proceda.
- Asegurarse de que las pruebas y los tratamientos médicos se realizan a tiempo, según proceda.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- Proporcionar información sincera y apropiada para el desarrollo.
- Revisar el estado de vacunación, reforzar su importancia y administrar las vacunas necesarias.
- Reforzar la importancia de lavarse las manos.
- Fomentar la visita anual al dentista.
- Fomentar unos hábitos alimentarios saludables.
- Fomentar la higiene bucal con un cepillo de dientes de cerdas suaves y una cantidad de dentífrico fluorado del tamaño de un guisante.
- Emplear herramientas de cribado a intervalos regulares para evaluar el crecimiento y el desarrollo del niño.
- Evaluar anualmente las pruebas de audición y visión.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and Adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

Cuidados del paciente encamado 0740

Definición: Favorecimiento del confort 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). https://doi.org/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* (pp. 99-110). 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 parto por cesárea 6750

Definición: Prestación de 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 lactante.
- 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). F.A. Davis.

C

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 mediante una preparación sensorial.
- Administrar medicación analgésica entre 30 y 60 minutos antes del cuidado de la incisión.
- Utilizar higiene de manos y técnica aséptica.
- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia, evisceración o drenaje.
- Monitorizar el proceso de curación y los signos y síntomas de infección en el sitio de la incisión.
- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica no citotóxica apropiada y una fricción suave.
- Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia (es decir, desde la incisión a la piel circundante; desde la inserción del drenaje en un movimiento espiral hacia fuera).
- Dirigir el líquido de irrigación de la zona menos contaminada a la más contaminada.
- Utilizar la torunda o gasa una sola vez en la incisión y desecharla.
- 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 del tubo de drenaje, según esté indicado.
- Aplicar bandas adhesivas de cierre a la incisión, según corresponda.
- Utilizar esparadrapo reutilizable o barreras cutáneas para evitar retirar repetidamente el esparadrapo de las zonas sensibles de la piel.
- Aplicar una pomada antiséptica, según la 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.
- Facilitar que la persona vea la incisión.
- Instruir sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.
- Enseñar a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.
- Enseñar a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección.
- Instruir sobre los motivos de notificación al profesional sanitario (p. ej., fiebre, enrojecimiento, tumefacción, dehiscencia de la herida).
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.
- Documentar el cuidado de la incisión, el estado de esta y la educación brindada.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Beauchaine, D. (2021). Skin integrity and wound healing. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function*. Wolters-Kluwer.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Skin integrity and wound care. In *Kozier and Erbd Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 837-857). Pearson.

Boon, C. J. W. (2021). Skin integrity and wound care. In P. A. Potter, A. G. Perry, P. A. Stockert, & A. M. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (pp. 1207-1210). Elsevier.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2022). Wound care and irrigation. In *Clinical Nursing Skills and Techniques* (10th ed.). Elsevier.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing.* (7th ed.). Elsevier.

Cuidados del trauma por una agresión sexual 6300

Definición: Prestación de apoyo emocional y físico inmediatamente después de una agresión sexual denunciada.

Actividades:

- Proporcionar apoyo individual para permanecer con la persona.
- Ponerse en contacto con enfermeros forenses especializados en agresiones sexuales, enfermeros con formación forense, equipos de respuesta a agresiones sexuales, forenses especializados en agresiones sexuales o examinadores de agresiones sexuales para llevar a cabo la exploración, según esté disponible en el centro.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- Informar a la persona sobre la disponibilidad de un consejero de crisis por agresión sexual.
- Contactar con un consejero de crisis por agresión sexual a petición de la persona.
- Explicar los procedimientos legales disponibles.
- Explicar el protocolo de actuación ante una agresión sexual y obtener el consentimiento para proceder.
- Documentar si se ha duchado, se ha hecho duchas vaginales o se ha bañado después del incidente.
- Documentar el estado mental, el estado físico (p. ej., ropa, suciedad, residuos), la historia del incidente, las pruebas de violencia y los antecedentes ginecológicos.
- Determinar la presencia de cortes, hematomas, hemorragias, laceraciones u otros signos de lesiones físicas.
- Aplicar el protocolo de agresión sexual (es decir, etiquetar y guardar la ropa sucia, las secreciones vaginales, el raspado de uñas y el peinado del vello púbico).
- Obtener muestras para pruebas legales.
- Ofrecer medicación para prevenir el embarazo, según proceda.
- Ofrecer medicación antibiótica profiláctica contra las ITS.
- Ofrecer la vacunación contra la hepatitis B.
- Informar a la paciente de las pruebas del VIH, según proceda.
- Dar instrucciones claras y por escrito sobre el uso de la medicación, los servicios de apoyo en caso de crisis y el apoyo jurídico.
- Proporcionar el número de teléfono del centro de crisis para agresiones sexuales.
- Documentar según el reglamento del centro y las normas de recogida de muestras en agresiones sexuales.
- Almacenar todas las pruebas recogidas en una zona cerrada y guardarlas para la aplicación de la ley.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

American Nursing Association. (2017). *Forensic nursing: Scope and standards of practice* (2nd ed.).

Boyd, M. R. (2018). Caring for abused persons. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. Wolters Kluwer.

Cochran, C. B. (2019). An evidence-based approach to suicide risk assessment after sexual assault. *Journal of Forensic Nursing, 15*(2), 84-92. https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000241.

Delgadillo, D. C. (2017). When there is no sexual assault nurse examiner: Emergency nursing care for female adult sexual assault patients. *JEN: Journal of Emergency Nursing, 43*(4), 308-315. https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.11.006.

Dworkin, E. R. (2020). Risk for mental disorders associated with sexual assault: A meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse, 21*(5), 1011-1028.

Grundy-Bowers, M., & Read, M. (2020). Developing cultural competence in caring for LGBTQI+ patients. *Nursing Standard, 35*(2), 29-34. https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11390.

Nathan, S., & Ferrara, M. (2020). An innovative trauma-informed curriculum for sexual assault care. *Journal of Nursing Education, 59*(6), 336-340. https://doi.org/10.3928/01484834-20200520-07.

U.S. Department of Justice. (2018). *National Training Standards for Sexual Assault Medical Forensic Examiners* (2nd ed.).

Cuidados en el duelo 5215

Definición: Proporcionar cuidados y apoyo a quienes experimentan problemas emocionales y prácticos por la pérdida de un ser querido.

Actividades:

- Determinar la voluntad de hablar de la pérdida.
- Facilitar apoyo espiritual a la familia y otras personas importantes, según proceda.
- Promover relaciones abiertas y de confianza.
- Crear un entorno terapéutico de apoyo.
- Aceptar los valores sin prejuicios.
- Respetar las solicitudes específicas de cuidados.
- Respetar la intimidad.
- Animar a compartir y expresar sentimientos y emociones.
- Animar a compartir los recuerdos favoritos.
- Ofrecer orientación anticipatoria para los sentimientos de duelo y pérdida.
- Ayudar a identificar el significado compartido de la pérdida.
- Fomentar una esperanza realista.
- Apoyar a los miembros de la familia a través de las etapas personales del duelo.
- Fomentar la puesta en práctica de las costumbres culturales, religiosas y sociales.
- Aceptar respuestas al duelo culturalmente diversas.
- Ofrecerse para facilitar la discusión de los arreglos conmemorativos (p. ej., honores militares, ponerse en contacto con un líder religioso).
- Ayudar en la derivación a los servicios de duelo.
- Expresar el pésame de forma adecuada (p. ej., enviando una tarjeta, asistiendo a un funeral, llamando por teléfono).

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Blackburn, P., & Dwyer, K. (2017). A bereavement common assessment framework in palliative care: Informing practice, transforming care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 34*(7), 677-684. https://doi.org/10.1177/1049909116647403.

Egerod, I., Kaldan, G., Albarran, J., Coombs, M., Mitchell, M., & Latour, J. M. (2019). Elements of intensive care bereavement follow-up services: A European survey. *Nursing in Critical Care, 24*(4), 201-208. https://doi.org/10.1111/nicc.12459.

Erikson, A., Puntillo, K., & McAdam, J. (2019). Family members' opinions about bereavement care after cardiac intensive care unit patients' deaths. *Nursing in Critical Care, 24*(4), 209-221. https://doi.org/10.1111/nicc.12439.

Jensen, J., Weng, C., & Spraker-Perlman, H. L. (2017). A provider-based survey to assess bereavement care knowledge, attitudes, and practices in pediatric oncologists. *Journal of Palliative Medicine, 20*(3), 266-272. https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0430.

C

Cuidados en la agonía 5260

Definición: Favorecimiento del confort físico y la 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.
- Monitorizar 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 deseos del paciente.
- Apoyar los esfuerzos de la familia para permanecer a la cabecera 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, según 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). 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). 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- 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. (2009). *Advanced critical care nursing.* Saunders Elsevier.

Emergency Nurses Association. (2005). *Sheehy's manual of emergency care.* (6th ed.). Mosby Elsevier.

Emergency Nurses Association. (2007). *Emergency nursing core curriculum* (6th ed.). Saunders Elsevier.

Field, J., Hazinski, M., Sayre, M., Chameides, L., Schexnayder, S., Hemphill, R., Samson, R. A., Kattwinkel, J., Berg, R. A., Bhanji, F., Cave, D. M., Jauch, E. C., Kedenchuk, P. J., Newmar, R. W., Peberdy, M. A., Perlma, J. M., Sinz, E., Travers, A. H., Berg, M. D., Billi, J. B., & 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. (2010). *Highlights of the 2010 American Heart Association guidelines for CPR and ECC.* American Heart Association.

Hickey, J. (2009). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

McQuillan, K. A., Makic, M. B., & Whalen, E. (2009). *Trauma nursing: From resuscitation through rehabilitation* (4th ed.). Saunders Elsevier.

Wiegand, D. (2011). *AACN procedure manual for critical care* (6th ed.). Elsevier Saunders.

Cuidados intraparto 6830

Definición: Monitorización y manejo de las etapas uno y dos del parto.

Actividades:

- Determinar la etapa del parto, el estado de riesgo y la presencia de rotura de las membranas.
- Ingresar en la zona de paritorios.
- Obtener el consentimiento informado.
- Determinar la preparación y los objetivos para el parto.
- Fomentar la participación de la familia en el parto de forma coherente con los objetivos personales.
- Preparar para el parto según el protocolo, la solicitud del profesional y las preferencias.
- Identificar las necesidades emocionales y psicológicas a lo largo del parto.
- Informar de que la duración de la primera fase del parto varía de una mujer a otra.
- Proporcionar trocitos de hielo, toallitas húmedas o caramelos, según sea necesario.
- Animar a vaciar la vejiga cada 2 horas.
- Informar de la dieta prescrita.
- Proporcionar cuidados de apoyo personalizados.
- Ayudar al preparador al parto o a la familia a proporcionar consuelo y apoyo.
- Realizar una exploración vaginal para determinar la dilatación cervical completa, el borramiento del cuello y la presentación y la posición fetales después de la palpación abdominal.
- Realizar un tocograma una vez que haya comenzado el trabajo del parto para documentar la frecuencia de las contracciones y la frecuencia cardíaca fetal, según el protocolo.
- Documentar el examen cervical, según el protocolo.
- Garantizar la privacidad durante el proceso de parto.
- Pedir permiso para realizar las exploraciones necesarias.
- Realizar las maniobras de Leopold para determinar la posición fetal.
- Realizar exploraciones vaginales al ingreso y según sea necesario durante el trabajo de parto, evitando la manipulación excesiva.
- Monitorizar los signos vitales y el nivel de dolor, según el protocolo.
- Palpar las contracciones para determinar la frecuencia, la duración, la intensidad y el tono en reposo, según sea necesario.

- Realizar una auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal, según el protocolo.
- Monitorizar la frecuencia cardíaca fetal entre las contracciones para establecer el nivel basal, durante y después de las contracciones para detectar desaceleraciones o aceleraciones.
- Aplicar el monitor electrónico fetal, según el protocolo.
- Instruir sobre el proceso y el equipo para la monitorización cardíaca fetal.
- Notificar los cambios anormales de la frecuencia cardíaca fetal al responsable del parto.
- Ayudar con los cambios de posición para corregir las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal.
- Proporcionar explicaciones claras, coherentes y basadas en la evidencia sobre las posibles posiciones durante el parto.
- Informar de los beneficios de la posición y la deambulación (p. ej., sentada, de pie, de rodillas).
- Utilizar herramientas de parto (p. ej., pelota de parto, pelota de cacahuete, barra de parto, hidroterapia) para favorecer una posición cómoda.
- Educar sobre la importancia de evitar largos períodos en decúbito supino o en una sola posición.
- Enseñar técnicas de respiración, relajación y visualización.
- Realizar o ayudar en la amniotomía, según el protocolo.
- Auscultar la frecuencia cardíaca fetal antes y después de la amniotomía.
- Documentar las características del líquido amniótico, la frecuencia cardíaca fetal y el patrón de contracciones.
- Mantener informados del progreso del trabajo de parto.
- Monitorizar la capacidad de afrontamiento de la familia durante el parto.
- Enseñar técnicas de pujo para la segunda etapa del parto.
- Alentar los esfuerzos espontáneos de empuje hacia abajo durante la segunda etapa.
- Evaluar los esfuerzos de pujo y la duración de la segunda etapa.
- Ofrecer compresas calientes para la espalda y la región suprapúbica, según las preferencias.
- Documentar lo que sucede durante el parto.
- Notificar al responsable del parto que se lave en el momento adecuado para asistir a este.

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2018 y 2024

Bibliografía:

Cluett, E. R., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labor and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*. CD000111. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub4.

Czech, I., Fuchs, P., Fuchs, A., Lorek, M., Tobolska-Lorek, D., Drosdzol-Cop, A., & Sikora, J. (2018). Pharmacological and non-pharmacological methods of labor pain relief: Establishment of effectiveness and comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(12), 2792. https://doi.org/10.3390/ijerph15122792.

Lavender, T., Cuthbert, A., & Smyth, R. M. (2018). Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 8*. CD005461. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005461.pub5.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). *2019 surveillance of intrapartum care for healthy women and babies* (NICE guideline CG190). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550941/.

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Dahlen, H. G., Ee, C. C., & Suganuma, M. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*(3), . CD009290. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009290.pub3.

World Health Organization. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience.

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, la ecografía, la máquina de anestesia, los suministros de reanimación neonatal, los fórceps y los calentadores adicionales para lactantes.
- Comunicar a los ayudantes adicionales que asistan al parto (p. ej., neonatólogo, enfermeras de cuidados intensivos neonatales, anestesista).
- 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 occipitoposterior a occipitoanterior, 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 lactante 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 McRoberts, reanimación del recién nacido) utilizados para facilitar el parto.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C

- 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.).

Davidson, M., London, M., & Ladewig, P. (2016). *Old's maternal-newborn nursing and women's health across the lifespan* (10th ed.). Pearson.

Troiano, N., Harvey, C., & Chez, B. (Eds.). (2013). *High-risk and critical care obstetrics* (3rd ed.). 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 & Women's 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 & Women's 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.). Mosby.

Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2009). *Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, and families* (pp. 472–473). F.A. Davis. 487, 576, 843.

Cuidados por interrupción del embarazo 6950

Definición: Manejo de las necesidades físicas y psicológicas de la mujer que ha sufrido un aborto espontáneo o inducido.

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 el protocolo.
- Animar al ser querido a que apoye a la paciente antes, durante y después del aborto, si se desea.
- Monitorizar 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, durante o después del aborto, si lo desea o con el consentimiento de la paciente.
- Proporcionar información para la derivación a grupos de apoyo.
- Derivar para apoyo psicológico u orientación, según sea necesario.
- 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 muerte, según corresponda.
- Obtener muestras para estudios genéticos o la autopsia, si es el caso.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Gilbert, E. S. (2011). *Manual of high-risk pregnancy and delivery* (5th ed.). Mosby Elsevier. 318-328.

Mattson, S., Smith, J., Mattson, S., & Smith, J. (2011). *Core curriculum for maternal-newborn nursing*. Saunders Elsevier.

Perry, S., Hockenberry, M., Lowdermilk, D., & Wilson, D. (Eds.). (2014). *Maternal child nursing care* (5th ed.). Elsevier Mosby.

Pillitteri, A. (2014). Nursing care for the family in need of reproductive life planning. In *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (7th ed., pp. 108-137). Lippincott Williams & Wilkins.

Yonke, N., & Leeman, L. M. (2013). First-trimester surgical abortion techniques. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 40*(4), 647-670.

C

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.
- Monitorizar los loquios para determinar el color, la cantidad, el olor y la presencia de coágulos.
- Indicar a la paciente que orine antes de la exploración posparto y con frecuencia.
- Monitorizar la localización, la altura y el 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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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, detección a la palpación, 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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). F.A. Davis.

C

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.
- 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). Prentice Hall.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). 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: Monitorización y manejo 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.
- Monitorizar la oxigenación.
- Proceder a la ventilación, si es necesario.
- Monitorizar la calidad y el número de respiraciones.
- Animar al paciente a que tosa y respire profundamente.
- Obtener el informe de transferencia de la enfermera de quirófano y del anestesista.
- Aclarar cualquier orden postoperatoria que deba iniciarse en la unidad de cuidados postoperatorios.
- Monitorizar y registrar los signos vitales y realizar una valoración del dolor cada 15 minutos o más a menudo, según corresponda.
- Monitorizar la temperatura.
- Administrar medidas de calentamiento (mantas calientes, mantas de convección), si es necesario.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar el nivel de anestesia intratecal.
- Monitorizar el retorno de la función sensorial y motora.
- Monitorizar el estado neurológico.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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.*

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

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

C

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 primeros 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 psicosocial 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 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.* 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.). Lippincott Williams & Wilkins.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

D

Dar esperanza 5310

Definición: Mejorar la creencia en la propia capacidad de 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* (pp. 523-546). 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). 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 7930

Definición: Prestación de testimonio jurado grabado para un procedimiento judicial basado en el conocimiento del caso.

Actividades:

- Ponerse en contacto con la empresa y la compañía de seguros cuando se reciba una notificación de declaración o una citación para testificar.
- Prepararse bien.
- Acudir con un abogado, si es necesario.
- Discutir el caso solo con el abogado que le representará en la declaración.
- Evitar hablar del caso con compañeros de trabajo, profesionales sanitarios y otras personas implicadas sin la presencia de un abogado.
- Solicitar que el abogado le explique el proceso de declaración.
- Prepararse revisando el historial clínico y leyendo o releyendo cualquier documento que se vaya a presentar durante la declaración.
- Guardar todos los documentos en un lugar seguro.
- Revisar los documentos antes de la declaración.
- Escuchar atentamente toda la pregunta para entenderla antes de intentar responder.
- Pedir aclaraciones si la pregunta no está clara.
- Responder a las preguntas de forma directa y sincera.
- Evitar las segundas preguntas.
- Evitar interrumpir o intercalar palabras cuando se hacen preguntas.
- Responder solo a las preguntas relacionadas con su experiencia personal y su función; no especular sobre la función y los deberes de los demás.
- Responder «No me acuerdo» o «No recuerdo» si no se es capaz de recordar un hecho.
- Seguir las indicaciones del abogado a la hora de dar respuestas.
- Declarar solo sobre los documentos leídos.
- Aclarar los hechos si son erróneos.
- Ser respetuoso, cortés y educado.
- Hablar con calma, claridad y confianza.
- Deletrear palabras inusuales después de pronunciarlas claramente, si se le pide.
- Evitar el uso de siglas.
- Solicitar hablar con un abogado en privado, si es necesario.
- Comunicarse con el abogado de la parte contraria o con la parte contraria solo con el abogado presente.
- Si se está cansado, pedir levantarse para tomar un descanso.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

American Nurses Association. (2015). *Code of ethics for nurses with interpretive statements.*

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

American Nurses Association. (2021). *Nursing: Scope and standards of practice* (4th ed.).
Flanagan, M. (2020). Deposition 101: Tips for success. *Journal of Legal Nurse Consulting, 31*(2), 18-21.
Guido, G. W. (2020). *Legal and ethical issues in nursing* (7th ed.). Pearson.
Keltner, N. L., & Steele, D. (2019). *Psychiatric nursing* (8th ed.). Elsevier.
Lee Lockeretz, M. (2018). Tales from the court: Experienced LNCs at trial and deposition. *Journal of Legal Nurse Consulting, 29*(3), 24-28.

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* (pp. 151-167). 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.

Defensa de la salud de la comunidad 8510

Definición: Desarrollo del 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

D

- 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 cuidado de la salud al público y a los legisladores.
- Ayudar en la introducción y aprobación de la legislación sobre el cuidado de la salud mediante la búsqueda de patrocinadores y la persuasión de posibles copatrocinadores para que firmen con su apoyo.
- Utilizar ejemplos reales de la práctica clínica para ilustrar las necesidades de los pacientes y los resultados de la política pública en la atención al paciente.
- Identificar los obstáculos que impiden el éxito y poner en marcha estrategias para reducir las barreras.

7.ª edición 2018

Bibliografía:

Center for Healthy Communities. (2015). *Community health advocate program.* https://medicine.wright.edu/center-for-healthy-communities/community-health-advocate-program.

Loue, S. (2006). Community health advocacy. *Journal of Epidemiology & Community Health, 60*(6), 458-463.

Maryland, M. A., & Gonzalez, R. I. (2012). Patient advocacy in the community and legislative arena. *Online Journal of Issues in Nursing, 17*(1). https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol12N001Man02.

Porter-O'Grady, T., & Malloch, K. (2011). *Quantum leadership advancing innovation transforming healthcare* (3rd ed.). Jones & Bartlett Learning.

Delegación 7650

Definición: Transferencia de la responsabilidad de la realización de los cuidados del paciente, manteniendo la responsabilidad 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 regular para valorar su progreso en la conclusión de las tareas específicas.
- Evaluar el resultado de la intervención o actividad delegada y la actuación del profesional sanitario.
- Observar el grado de satisfacción del paciente y la familia con los cuidados.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Cipriano, P. (2010). Overview and summary: Delegation dilemmas: Standards and skills for practice. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 15*(2). https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol15No02ManOS.

Huber, D. L. (2014). *Leadership and nursing care management* (5th ed.). Elsevier Saunders.

Resnick, M. E., Bakerjian, A. J., Hertz, J., Gardner, W., Rapp, M. P., Reinhard, S., Young, H., & Mezey, M. (2010). Nursing delegation and medication administration in assisted living. *Nursing Administration Quarterly, 34*(2), 162-171.

Weydt, A. (2010). Developing delegation skills. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 15*(2), . https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol15No02Man01.

Whitman, M. M. (2005). Return and report: Establishing accountability in delegation. *American Journal of Nursing, 105*(3), 97.

Derivación 8100

Definición: Disposición de los preparativos para que el paciente sea atendido por otros cuidadores o en otro centro.

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), . https://doi.org/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., & Kushel, M. B. (2009). Not perfect, but better: Primary care providers' experiences with electronic referrals in a safety net health system. *Journalof General Internal Medicine, 24*(5), 614-619.

D

Desarrollo de interacciones empáticas 5000

Definición: Establecimiento de una relación de ayuda basada en la interacción compasiva, la comunicación, el respeto de los valores éticos, la aceptación y la empatía.

Actividades:

- Identificar la actitud y los sentimientos personales hacia la persona y la situación.
- Determinar los límites éticos de la relación.
- Proporcionar confort físico antes de las interacciones.
- Proporcionar privacidad y confidencialidad.
- Crear un clima de calidez, afecto y aceptación incondicional.
- Transmitir interés por las preocupaciones.
- Utilizar la autorrevelación, según proceda.
- Comentar las responsabilidades en la relación y establecer límites de conducta aceptable, según proceda.
- Establecer un acuerdo mutuamente aceptable sobre la hora y la duración de las reuniones, según proceda.
- Construir una relación de igualdad.
- Volver a la hora establecida para demostrar confianza e interés.
- Establecer una postura corporal abierta, distancia física y expresiones no verbales adecuadas.
- Monitorizar la comunicación no verbal de la persona.
- Responder a los mensajes no verbales, según proceda.
- Identificar la disposición a explorar los problemas identificados y desarrollar estrategias para el cambio.
- Reflexionar sobre las ideas principales y retomar la conversación sobre el tema principal, según sea necesario.
- Fomentar la introspección y el cambio de conducta.
- Alentar a tomarse el tiempo necesario para expresarse.
- Ayudar a identificar los sentimientos que impiden la capacidad de interactuar con los demás (p. ej., ira, ansiedad, hostilidad, tristeza).
- Desarrollar formas alternativas de comunicación (p. ej., imágenes, otras palabras), según sea necesario.
- Escuchar activamente las preocupaciones y los debates.
- Ayudar a identificar las áreas de necesidad que deben abordarse durante las reuniones.
- Transmitir el reconocimiento de los logros durante la relación.
- Apoyar los esfuerzos para interactuar con los demás de forma positiva.
- Facilitar los intentos de revisar las experiencias de relación terapéutica.
- Resumir la conversación al final del debate.
- Utilizar el resumen como punto de partida para futuras conversaciones.
- Establecer la hora de la próxima interacción antes de finalizar la reunión cada vez.
- Prepararse para la terminación de la relación, según proceda.

2.ª edición 1996; revisada en 2004, 2008 y 2024

Bibliografía:

Allande, R. (2019). *Construcción de una escala de evaluación del nivel de competencia en la interacción de cuidado para estudiantes de Grado en Enfermería.* [Doctoral Dissertation, University of Seville].

Allande-Cussó, R., Fernández-Garcia, E., & Porcel-Gálvez, A. M. (2021). Defining and characterizing the nurse-patient relationship: A concept analysis. *Nursing Ethics, 29*(2), 462-484. https://doi.org/10.1177/09697330211046651.

Allande-Cussó, R., Gómez-Salgado, J., Fenández-García, E., & Porcel-Gálvez, A. M. (2022). Understanding the nurse-patient relationship: A predictive approach to caring interaction. *Collegian, 29*(5), 663-670. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2022.04.003.

Allande- Cussó, R., Gómez-Salgado, J., Macías-Seda, J., & Porcel-Gálvez, A. M. (2021). Assessment of the nurse-patient interaction competence in undergraduate nursing students. *Nurse Education Today, 96*, 104627. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104627.

Allande- Cussó, R., Macías-Seda, J., & Porcel-Gálvez, A. M. (2020). La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermería [The nurse-patient relationship: Historical, methodological and therapeutic identity in nursing cares]. *Cultura De Los Cuidados*, (55), 78-84. http://ciberindex.com/c/cc/55078cc.

Allande-Cussó, R., Siles, J., Ayuso, D., & Gómez, J. (2020). A new conceptualization of the nurse-patient relationship construct as caring interaction. *Nursing Philosophy, 22*(2), e12335. https://doi.org/10.1111/nup.12335.

Egan, G., & Reese, R. J. (2019). *The skilled helper: A problem-management and opportunity-management approach to helping.* Cengage.

Salehian, M., Heydari, A., Aghebati, N., & Karimi Moonaghi, H. (2017). Faculty-student caring interaction in nursing education: An integrative review. *Journal of Caring Sciences, 6*(3), 257-267. https://doi.org/10.15171/jcs.2017.025.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

D

Desarrollo de 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 los problemas de salud, los puntos fuertes y las prioridades con los miembros de la comunidad.
- Ofrecer oportunidades de participación a los miembros de la comunidad.
- Ayudar a concienciar sobre los problemas y las preocupaciones en materia de salud.
- Dialogar con la comunidad para aclarar las prioridades en materia de salud.
- Desarrollar iniciativas estratégicas en colaboración con los miembros de la comunidad.
- Facilitar la aplicación y revisión de los planes comunitarios.
- Ayudar a los miembros de la comunidad a desarrollar y obtener recursos.
- Mejorar las redes de apoyo de la comunidad.
- Desarrollar posibles líderes comunitarios.
- Mantener una comunicación abierta con los miembros y organismos de la comunidad.
- Reforzar los contactos entre grupos para debatir intereses comunes y contrapuestos.
- Proporcionar un marco organizativo para mejorar las capacidades de comunicación y negociación.
- Cultivar un entorno que permita expresar opiniones con seguridad.
- Desarrollar estrategias para manejar los conflictos.
- Unificar a los miembros de la comunidad en torno a una misión común.
- Garantizar que los miembros de la comunidad mantengan el control de la toma de decisiones.
- Fomentar el compromiso con la comunidad demostrando cómo la participación influirá en la vida de las personas y mejorará los resultados.
- Desarrollar mecanismos para participar en actividades locales, autonómicas y nacionales relacionadas con los problemas de salud de la comunidad.
- Facilitar el acceso a centros de salud comunitarios que ofrezcan asistencia sanitaria gratuita o de bajo coste.
- Ofrecer programas educativos relacionados con las necesidades sanitarias de la comunidad.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Davis, S. M., Jones, A., Jaynes, M. E., Woodrum, K. N., Canaday, M., Allen, L., & Mallow, J. A. (2020). Designing a multifaceted telehealth intervention for a rural population using a model for developing complex interventions in nursing. *BMC Nursing, 19*(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/s12912-020-0400-9.

Han, E., Quek, R. Y. C., Tan, S. M., Singh, S. R., Shiraz, F., Gea-Sánchez, M., & Legido-Quigley, H. (2019). The role of community-based nursing interventions in improving outcomes for individuals with cardiovascular disease: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 100*, 103415. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103415.

Layton, H., Bendo, D., Amani, B., Bieling, P. J., & Van Lieshout, R. J. (2020). Public health nurses' experiences learning and delivering a group cognitive behavioral therapy intervention for postpartum depression. *Public Health Nursing, 37*(6), 863-870. https://doi.org/10.1111/phn.12807.

Macduff, C., Marie Rafferty, A., Prendiville, A., Currie, K., Castro-Sanchez, E., King, C., Carvalho, F., & Iedema, R. (2020). Fostering nursing innovation to prevent and control antimicrobial resistance using approaches from the arts and humanities. *Journal of Research in Nursing, 25*(3), 189-207. https://doi.org/10.1177/1744987120914718.

Palm, R., & Hochmuth, A. (2020). What works, for whom and under what circumstances? Using realist methodology to evaluate complex interventions in nursing: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies, 109*, 103601. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103601.

Nies, M. A., & McEwan, M. (2022). *Community and Public Health Nursing: Promoting the health of populations* (7th ed). Elsevier.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2022). *Foundations for population health in Community/Public Health Nursing.* (5th ed.). Elsevier.

Desarrollo de un programa 8700

Definición: Planificación, aplicación y evaluación de un conjunto coordinado de actividades para un grupo o comunidad.

Actividades:

- Identificar las necesidades o los problemas de salud significativos.
- Utilizar los recursos disponibles para determinar la necesidad o la prioridad (p. ej., herramienta de evaluación de las necesidades sanitarias de la comunidad).
- Reunir a un grupo de trabajo para examinar la necesidad o el problema prioritario.
- Instruir a las partes interesadas en el proceso.
- Identificar las propuestas alternativas para abordar las necesidades o los problemas.
- Evaluar el coste, los recursos necesarios, la viabilidad y las actividades necesarias.
- Desarrollar los objetivos para abordar las necesidades o los problemas.
- Describir métodos, actividades y un marco temporal para su ejecución.
- Identificar los recursos y las restricciones para la aplicación 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, según corresponda.
- Conseguir el equipo y los suministros, según corresponda.
- Convencer de las bondades del programa a las partes interesadas a las que se dirigirá.
- Facilitar la adopción del programa.
- Monitorizar 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; revisada en 2024

Bibliografía:

Abbott, S., & Bryar, R. (2022). Nurse-led projects for people experiencing homelessness and other inclusion health groups: a realist evaluation. *British Journal of Community Nursing, 27*(1), 32-39. https://doi.org/10.12968/bjcn.2022.27.1.32.

Chambers, R. S. (2021). Developing a peer support program to mitigate compassion fatigue in health care: A quality improvement project. *Nebraska Nurse, 54*(1), 4-5.

Moura, S., Nguyen, P., Benea, A., & Townsley, C. (2022). The development and implementation of the After Cancer Treatment Transition (ACTT) Program for survivors of cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal, 32*(1), 3-21. https://doi.org/10.5737/23688076321311.

Pirozzi, M., & Strigari, L. (2021). Project management for healthcare: The case of the translational research. *PM World Journal, 10*(4), 1-9.

Springer, M. L. (2019). *Project and program management: A competency-based approach* (4th ed.). Purdue UniversityPress.

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.* 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. *BMC Health Services Research, 10*, 182. https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-182.

Huber, D. L. (2014). *Leadership and nursing care management* (5th ed.). 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). https://doi.org/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.

Desprescripción de medicación 2370

Definición: Disminución, interrupción o retirada intencionada de fármacos para manejar la polifarmacia o reducir el riesgo de efectos secundarios adversos.

Actividades:

- Determinar los objetivos del tratamiento farmacológico.
- Obtener un historial completo de la medicación (es decir, examinar los viales o la lista de medicamentos, comunicarse con los profesionales sanitarios y la farmacia).
- Verificar el historial de medicación con la persona y la familia.
- Conciliar la lista de medicamentos en busca de recetas duplicadas.
- Documentar el nombre actual del medicamento, la dosis, la frecuencia y la vía en la lista de medicamentos.
- Determinar si la medicación prescrita sigue estando indicada y es clínicamente apropiada.
- Consultar con otros profesionales sanitarios para reducir al mínimo el número y la frecuencia de los medicamentos necesarios para obtener un efecto terapéutico.
- Evaluar los riesgos y beneficios de reducir o suspender cualquier medicamento de la lista.
- Consultar directrices publicadas sobre la idoneidad del uso de la medicación (p. ej., criterios de Beers para el uso potencialmente inapropiado de la medicación en adultos mayores).
- Priorizar los medicamentos que deben suspenderse según las directrices clínicas.
- Seguir las recomendaciones publicadas basadas en la evidencia para guiar la interrupción o disminución de la medicación.
- Compartir la toma de decisiones con otros profesionales sanitarios, la persona y la familia.
- Proporcionar instrucciones por escrito para la interrupción de la medicación o el programa de disminución gradual para la persona y la familia, según corresponda.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Monitorizar los posibles efectos adversos de la retirada de la medicación.
- Evaluar la necesidad de reiniciar la terapia.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Chou, J., Tong, M., & Brandt, N. (2019). Combating polypharmacy through deprescribing potentially inappropriate medications. *Journal of Gerontological Nursing, 45*(1), 9-15.

Farrell, B., Richardson, L., Raman-Wilms, L., de Launay, D., Alsabbagh, M. W., & Conklin, J. (2018). Self-efficacy for deprescribing: A survey for health care professionals using evidence-based deprescribing guidelines. *Research in Social & Administrative Pharmacy: RSAP, 14*(1), 18-25. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.01.003.

Murdoch, V. (2020). Inappropriate use of diuretics and antibiotics for wet or 'leaky' legs. *Journal of Community Nursing, 34*(4), 58-62.

Nierop-van Baalen, C., Grypdonck, M., Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2020). Associated factors of hope in cancer patients during treatment: A systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing, 76*(7), 1520-1537.

Sun, W., Tahsin, F., Lam, A., & Pizzaccalla, A. (2019). Raising awareness about the critical importance of the nursing role in deprescribing medication for older adults. *The Journal of the Gerontological Nursing Association, 40*(4), 17-22.

Tjia, J., DeSanto-Madeya, S., Mazor, K., Han, P., Nguyen, B., Curran, T., Gallagher, J., & Clayton, M. (2019). Nurses' perspectives on family caregiver medication management support and deprescribing. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 21*(4), 312-318.

Destete de la ventilación mecánica 3310

Definición: Ayudar al paciente para que respire sin asistencia del respirador 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).
- Monitorizar los factores predictivos de la capacidad de tolerar el destete según el protocolo del centro (p. ej., grado de derivación, capacidad vital, Vd/Vt, VVM, fuerza inspiratoria, VEMS, presión inspiratoria negativa).
- Monitorizar para asegurarse de que el paciente no tenga infecciones graves antes del destete.
- Monitorizar si el estado hidroelectrolítico es óptimo.
- Colaborar con otros cuidadores para optimizar el estado nutricional del paciente, asegurándose de que el 50% de la fuente calórica no proteica de la dieta es grasa en vez de hidratos de carbono.
- Colocar al paciente de la mejor forma posible para utilizar los músculos respiratorios y optimizar el descenso diafragmático.
- Aspirar la vía aérea, si es necesario.
- Administrar fisioterapia torácica, según corresponda.
- Consultar con otros cuidadores en la selección de un método de destete.
- 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.
- Monitorizar 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 respirador 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, In J.G., Alspach, *Core curriculum for critical care nursing*. Saunders Elsevier, 2006.

A Collective Task Force Facilitated by the American College of Chest Physicians, 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.). Lippincott Williams and Wilkins.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management* (5th ed.). Mosby Elsevier.

Wiegand, D., & Carlson, K. (Eds.). (2005). *AACN procedure manual for critical care* (5th ed.). Elsevier Saunders.

Detección de la trata de seres humanos 6525

Definición: Acciones para identificar y prevenir actos de captación, acogida, transporte, suministro u obtención de una persona mediante el uso del fraude, la fuerza o la coacción.

Actividades:

- Determinar las poblaciones de riesgo (p. ej., personas que han sufrido traumas emocionales, físicos y psicológicos).
- Identificar indicadores de posible trata (p. ej., hematomas o heridas compatibles con la aplicación de restricciones físicas; infecciones no tratadas; dificultades urinarias, embarazo, traumatismo rectal, desnutrición, falta de atención sanitaria).
- Estar alerta ante la presencia de una persona acompañada por otra que ejerza el control, proporcione toda la información o se encargue de la comunicación.
- Notar circunstancias inusuales como personas sin identificación o con identificación falsa, o que la persona que ejerce el control tenga la identificación de la persona.
- Identificar a las personas que parezcan confusas, sumisas o temerosas, se nieguen a establecer contacto visual, parezcan temerosas de hablar en presencia de otras personas o se muestren reacias a hablar de sus lesiones.
- Estar alerta ante personas que no indiquen una dirección, que afirmen estar de visita o que parezcan incapaces de identificar su ubicación.
- Considerar los factores de riesgo de posible trata (p. ej., absentismo escolar o fugas frecuentes, infecciones de transmisión sexual recurrentes, informes de un elevado número de parejas sexuales, embarazo avanzado sin atención prenatal, vestimenta inadecuada, acompañamiento de alguien que no deja a la persona sola ni la deja hablar, vestimenta inadecuada para el clima).
- Afrontar cualquier emergencia relacionada con las necesidades físicas de la persona o los problemas de seguridad inmediatos (es decir, llamar a las autoridades si está indicado).
- Proporcionar un entorno seguro y libre de prejuicios.
- Hablar con la persona a solas en la cita y abordar cualquier preocupación, en una habitación privada con las puertas cerradas.
- Pedir a la pareja que rellene los formularios en un vestíbulo separado o indicar firmemente la necesidad de un examen privado.
- Comunicarse con la persona utilizando un intérprete profesional y no permitir que un familiar o acompañante traduzca.
- Mantener el contacto visual, practicar la escucha activa y transmitir una actitud afectuosa.
- Proporcionar un cuestionario confidencial con preguntas sobre la trata de seres humanos, si está indicado.
- Determinar el peligro potencial y las necesidades de cuidados.
- Involucrar a las autoridades cuando la persona es menor, informa de que ella misma o su familia están en peligro, hay un traficante presente o el personal u otras personas están en peligro.
- Respetar los límites de la confidencialidad, pero explicar los requisitos legales para denunciar sospechas de malos tratos, abandono o violencia a organismos externos, incluidas las obligaciones de notificación obligatoria.
- No infringir la normativa de la Ley de Protección de Datos Personales.
- Obtener el consentimiento y el permiso de cualquier paciente adulto antes de revelar información sanitaria personal (ISP).
- Revelar la ISP en casos de sospecha o conocimiento de abuso o abandono infantil a la autoridad de salud pública u otra autoridad gubernamental apropiada autorizada por la ley para recibir tales informes.
- Ofrecer métodos para buscar ayuda cuando esté preparado, si no está dispuesto a hablar de la situación de cautiverio, o si rechaza o niega la necesidad de ayuda.
- Utilizar métodos discretos de ayuda para evitar más peligro para la persona si el agresor lo descubre (p. ej., ocultar el número de la Línea Nacional de Trata de Seres Humanos en el código de barras de un objeto personal, como una barra de labios, un jabón, una caja de vendas).
- Documentar todos los hallazgos y sospechas para crear un registro legal para futuras referencias.
- Garantizar la formación anual del personal sobre las señales de alarma para identificar a posibles víctimas de la trata y, si procede, ayudarles a denunciarla.
- Asegurar la capacidad de ofrecer a las víctimas apoyo y recursos comunitarios para satisfacer las necesidades reveladas durante el encuentro sanitario.
- Trabajar en la elaboración de políticas y protocolos dentro de las organizaciones para agilizar la detección, evaluación y respuesta y garantizar un enfoque sistemático de la identificación y la intervención en la trata de seres humanos.
- Favorecer la salud y el bienestar de la comunidad, el bienestar infantil, la igualdad de género y la prevención de la violencia con los líderes comunitarios.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Bauer, R., Brown, S., Cannon, E., & Southard, E. (2019). What health providers should know about human sex trafficking. *MedSurg Nursing, 28*(6), 347-351.

Byrne, M., Parsh, S., & Parsh, B. (2019). Human trafficking. *Nursing Management (Springhouse), 50*(8), 18-24. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000575304.15432.07.

McDow, J., & Dols, J. D. (2021). Implementation of a human trafficking screening protocol. *Journal for Nurse Practitioners, 17*(3), 339-343. https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.10.031.

Raker, K. A., & Hromadik, L. K. (2021). Human trafficking in the radiology setting. *Journal of Radiology Nursing, 40*(1), 69-74. https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2020.10.002.

Stevens, C., & Dinkel, S. (2021). From awareness to action: Assessing for human trafficking in primary care. *Journal for Nurse Practitioners, 17*, 492-496.

Washburn, J. (2018). What nurses need to know about human trafficking: Update. *Journal of Christian Nursing, 35*(1), 18-25. https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000459.

Yates, S. (2020). Be a voice for the voiceless: Human trafficking in Alaska. *Alaskan Nurse, 2020*, 12-15.

Disminución de la ansiedad 5820

Definición: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

Actividades:

- Identificar los signos verbales y no verbales de ansiedad.
- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Establecer claramente las expectativas de la conducta.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

D

- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante los procedimientos.
- Tratar de comprender la perspectiva de la persona sobre las situaciones estresantes.
- Proporcionar información respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con la persona para promover la seguridad y reducir la ansiedad.
- Animar a la familia a permanecer con la persona, cuando corresponda.
- Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.
- Administrar masajes en la espalda y el cuello, según corresponda.
- Fomentar la realización de actividades no competitivas, si resulta adecuado.
- Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista.
- Escuchar con atención.
- Reforzar el comportamiento, según corresponda.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Guiar para hacer respiraciones lentas y profundas.
- Ayudar a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Manejar los estímulos, según corresponda a las necesidades.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa psicológicos adecuados.
- Ayudar a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
- Determinar la capacidad de toma de decisiones.
- Instruir sobre el uso de técnicas de relajación (p. ej., visualización guiada, música, masaje, aromaterapia, arteterapia, yoga, taichí).
- Sugerir el uso de aplicaciones para teléfonos móviles y tecnología de realidad virtual inmersiva que favorezca la relajación.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Boyer, P. J., Yell, J. A., Andrews, J. G., & Seckeler, M. D. (2020). Anxiety reduction after pre-procedure meetings in persons with CHD. *Cardiology in the Young, 30*(7), 991-994. https://doi.org/10.1017/S1047951120001407.

Brandt, C. P., Paulus, D. J., Lopez-Gamundi, P., Green, C., Lemaire, C., & Zvolensky, M. J. (2019). HIV Anxiety Reduction/Management Program (HAMRT): Pilot randomized controlled trial. *AIDS Care, 31*(12), 1527-1532. https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1597962.

Keptner, K. M., Fitzgibbon, C., & O'Sullivan, J. (2021). Effectiveness of anxiety reduction interventions on test anxiety: A comparison of four techniques incorporating sensory modulation. *British Journal of Occupational Therapy, 84*(5), 289-297. https://doi.org/10.1177/0308022620935061.

Sridhar, A., Shiliang, Z., Woodson, R., & Kwan, L. (2020). Non-pharmacological anxiety reduction with immersive virtual reality for first-trimester dilation and curettage: A pilot study. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 25*(6), 480-483. https://doi.org/10.1080/13625187.2020.1836146.

Disminución de la flatulencia 0470

Definición: Prevención de la formación de flatulencias y facilitación de 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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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 y 2018

Bibliografía:

Mayo Clinic Staff. (2014). *Gas and gas pains*. 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*. http://beneficialbacteria.net/the-best-probiotics-for-eliminating-gas/.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2016). *Gas in the digestive tract*. 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. *BMC Microbiology, 11*(1), 157. https://doi.org/1186/1471-2180-11-157.

Winham, D. M., & Hutchins, A. M. (2011). Perceptions of flatulence from bean consumption among adults in 3 feeding studies. *Online Nutrition Journal, 10*(128), . https://doi.org/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, In J.G. Alspach, *Core curriculum for critical care nursing.* Saunders Elsevier, 2006.

Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., & Erb, G. (2008). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice* (8th ed.). Prentice Hall.

Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2007). *Phipps' medical-surgical nursing: Health and illness perspectives* (8th ed.). 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). 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

D

- 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 Clinics of North America, 27*(2), 445-476.

DeLaune, S., & Ladner, P. (2006). *Fundamentals of nursing: Standards & practice* (3rd ed.). Thomson Delmar Learning.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th ed.). Prentice Hall.

Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2007). *Phipps' medical-surgical nursing: Health and illness perspectives* (8th ed.). Mosby.

Disminución de la hemorragia: epistaxis 4024

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 nasales (p. ej., evitar rascarse, sonarse y tocarse la nariz).
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre los signos de hemorragia y las medidas adecuadas que se deben tomar (p. ej., notificar al personal de enfermería, etc.) si se produjeran más hemorragias.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses, In J.G. Alspach, *Core curriculum for critical care nursing*. Saunders Elsevier, 2006.

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.). Prentice Hall.

Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2007). *Phipps' medical-surgical nursing: Health and illness perspectives* (8th ed.). Mosby.

Disminución de la hemorragia: heridas 4028

Definición: Limitación de la pérdida de sangre de heridas ocasionadas por traumatismos, incisiones o la colocación de una 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 corresponda.
- Vigilar el tamaño y características del hematoma, si lo hubiera.
- Monitorizar los pulsos distales al sitio de la hemorragia.
- Instruir al paciente para que aplique presión el sitio cuando estornude, tosa, etc.
- Instruir al paciente sobre las restricciones de actividad, si correspondiera.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre los signos de hemorragia y las acciones adecuadas que se deben tomar (p. ej., avisar al profesional de enfermería) si se produjeran más hemorragias.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses, In J.G. Alspach, *Core curriculum for critical care nursing*. Saunders Elsevier, 2006.

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.). Prentice Hall.

Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2007). *Phipps' medical-surgical nursing: Health and illness perspectives* (8th ed.). 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 monitorización fetal electrónica continua.
- 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* (pp. 423–427) (8th ed.). Boston, MA: Pearson.

Quantification of blood loss. (2015). AWHONN Practice Brief Number 1. *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* (pp. 616–624) (3rd ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Disminución de la hemorragia: útero posparto 4026

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).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

D

- 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 el protocolo o las 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 urómetro para monitorizar la diuresis, si procede.
- Solicitar análisis de sangre urgente al laboratorio o bolsas de sangre.
- Administrar hemoderivados, si es el caso.
- Identificar las creencias de la madre sobre las transfusiones de sangre.
- Ayudar al profesional sanitario principal con el taponamiento del útero, la evacuación de hematomas o a suturar los desgarros, según corresponda.
- Mantener a la paciente y a la familia informadas del estado clínico y del tratamiento.
- Proporcionar cuidados perineales, si es necesario.
- Preparar a la mujer para el traslado al quirófano para la intervención quirúrgica.
- Comentar la situación con el equipo de enfermería para proporcionar una vigilancia posparto adecuada del estado de la madre.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Bringham, D. (2012). Eliminating preventable, hemorrhage-related maternal mortality and morbidity. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 41*(4), 529-530.

Guidelines for oxytocin administration after birth. (2015). AWHONN Practice Brief Number 2. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 44*(1), 161-163.

Ladewig, P., London, M., & Davidson, M. (2014). *Contemporary maternal-newborn nursing care* (8th ed.). Pearson. 734-741.

Quantification of blood loss: AWHONN Practice Brief Number 1. (2015). *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 44*(1), 158-160.

Ricci, S. (2013). *Essentials of maternity, newborn, & women's health nursing* (3rd ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 746-755.

Disminución del estrés por traslado 5350

Definición: Ayuda al individuo para que se prepare y afronte el traslado de un entorno a otro.

Actividades:

- Informar a la persona de la necesidad de trasladarse.
- Responder a todas las preguntas de forma rápida y completa.
- Presentar una actitud optimista señalando los aspectos positivos del traslado.
- Explorar el contexto del traslado, incluyendo la edad y el género de la persona, los traslados previos, la percepción del traslado y la capacidad de adaptarse.
- Incluir en el plan de traslados, según corresponda.
- Averiguar qué es lo más importante en la vida de la persona (p. ej., familia, amigos, objetos personales).
- Examinar a fondo todas las necesidades y preferencias e incluir todas las opciones disponibles para el traslado.
- Animar al individuo y a la familia a comentar las preocupaciones respecto al traslado.
- Conceder tiempo para pensar y dar la oportunidad de hacer preguntas o exponer preocupaciones.
- Validar y reconocer los sentimientos positivos y negativos que rodean la transición.
- Ayudar a superar la aflicción y las pérdidas asociadas al traslado.
- Escuchar atentamente y responder con sinceridad.
- Resolver las preocupaciones con prontitud, siempre que sea posible.
- Ser consciente de la ansiedad del traslado relacionada con la pérdida de la monitorización estrecha, el entorno seguro y el personal dedicado cuando se encuentra en un centro de cuidados agudos.
- Evaluar los síntomas psicológicos del síndrome de estrés por traslado (p. ej., ansiedad, confusión, impotencia, soledad, retraimiento, anorexia, preocupación continua, pesimismo, depresión, aumento de las exigencias).
- Monitorizar los síntomas fisiológicos del traslado (p. ej., cambios de peso, cambios en los signos vitales, disminución de la capacidad cognitiva, incapacidad para dormir).
- Apoyar durante el proceso de traslado.
- Garantizar la autonomía personal en la transición con respecto a las preferencias individuales.
- Apoyar la toma de decisiones compartida entre la familia y la persona.
- Animar a participar en los preparativos de la transición para reducir la incertidumbre.
- Facilitar la comunicación y la coordinación del evento antes del traslado.
- Seleccionar la fecha y hora ideales para la transición.
- Planificar que los objetos personales estén en su sitio antes del traslado.
- Crear un espacio personal y una sensación de hogar.
- Establecer las rutinas preferidas por la persona.
- Evitar alteraciones extremas de la rutina.
- Animar a la persona y a su familia a hablar de sus preocupaciones en relación con el traslado.
- Evaluar los sistemas de apoyo disponibles (p. ej., familia ampliada, implicación de la comunidad, afiliaciones religiosas).
- Tener en cuenta la salud mental, las finanzas, la historia personal y los antecedentes culturales a la hora de tomar decisiones.
- Fomentar que el individuo/familia busque asesoramiento, según corresponda.
- Evitar suposiciones negativas sobre la función y el estado cognitivo de la persona.
- Evitar la condescendencia con la persona.
- Proporcionar actividades recreativas (p. ej., participación en aficiones, actividades cotidianas).
- Facilitar la integración social y fomentar la búsqueda de nuevas relaciones (p. ej., asignar un «compañero» que ayude a familiarizarse con el nuevo entorno).
- Facilitar las visitas durante la primera semana de traslado.
- Facilitar el mantenimiento de las relaciones entre la persona y sus amigos y familiares.

- Garantizar el acceso a la tecnología para apoyar las conexiones de comunicación (p. ej., teléfonos, tabletas, ordenadores, internet).
- Evaluar el efecto de la alteración del estilo de vida, pérdida de hogar y adaptación al nuevo entorno.
- Educar a todo el personal en relación con el síndrome de estrés por traslado y sus tratamientos.
- Garantizar el establecimiento de normas sobre cuándo trasladar desde las áreas de cuidados agudos, como evitar el traslado nocturno o prematuro siempre que sea posible.
- Disponer del personal adecuado para garantizar una transición fluida.
- Documentar la respuesta al traslado.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

Johnson, J. L., Beard, J., & Evans, D. (2017). Caring for refugee youth in the school setting. *NASN School Nurse, 32*(2), 122-128. https://doi.org/10.1177/1942602X16672310.

Lee, S., Oh, H. S., Suh, Y. O., & Seo, W. S. (2017). A tailored relocation stress intervention programme for family caregivers of patients transferred from a surgical intensive care unit to a general ward. *Journal of Clinical Nursing, 26*(5-6), 784-794.

Richardson, A., Blenkinsopp, A., Downs, M., & Lord, K. (2019). Stakeholder perspectives of care for people living with dementia moving from hospital to care facilities in the community: A systematic review. *BMC Geriatrics, 19*(202), 1-12.

Ryman, F. V. M., Erisman, J. C., Darvey, L. M., Osborne, J., Swartsenburg, E., & Syurina, E. V. (2019). Health effects of the relocation of patients with dementia: A scoping review to inform medical and policy decision making. *The Gerontologist, 59*(6), e647-e682.

Varcarolic, E. M., & Halter, M. J. (2018). *Foundations of psychiatric mental health nursing*. Saunders/Elsevier.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

Won, M. H., & Youn-Jung, S. (2020). Development and psychometric evaluation of the relocation stress syndrome scale-short form for patients transferred from adult intensive care units to general wards. *Intensive & Critical Care Nursing, 58*. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102800.

Young, J. A., Lind, C., & Orange, J. B. (2021). A qualitative systematic review of experiences of persons with dementia regarding transition to long-term care. *Dementia, 20*(1), 5-27.

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). 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 escrito o electrónico de los datos pertinentes en una historia clínica.

Actividades:

- Asegurar el registro correcto antes de la documentación.
- Registrar los resultados de la evaluación inicial y continua.
- Incluir las valoraciones de enfermería, los diagnósticos de enfermería, las intervenciones de enfermería y los resultados de los cuidados prestados.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Utilizar principios para la documentación (p. ej., objetiva, precisa, completa, oportuna).
- Utilizar la política de documentación estandarizada, sistemática y prescrita exigida por el centro.
- Utilizar formularios y hojas de flujo comerciales y específicos del centro según esté indicado (p. ej., escala de Braden, riesgo de caídas).
- Registrar todas las entradas lo antes posible.
- Evitar la duplicación de información.
- Utilizar abreviaturas aprobadas.
- Asegurarse de que la fecha y la hora de todos los acontecimientos sean exactas.
- Describir las conductas de forma objetiva y precisa utilizando citas literales, según sea necesario.
- Registrar la respuesta a las intervenciones de enfermería.
- Registrar cuándo se notificó al profesional sanitario el cambio de estado.
- Incluir las desviaciones de los resultados esperados, según proceda.
- Registrar el uso de medidas de seguridad, según proceda.
- Incluir fotografías según la política del centro.
- Registrar la participación de otras personas importantes, según corresponda.
- Registrar las observaciones del entorno del hogar, según corresponda.
- Registrar el estado de los problemas identificados.
- Asegurarse de que el registro esté completo en el momento del alta.
- Firmar el registro, utilizando firma legal, credenciales y título.
- Mantener la privacidad y confidencialidad del registro.
- Documentar e informar de las situaciones, según lo dispuesto por la ley.

2.ª edición 1996; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Ali, R., Syed, S., Sastry, R. A., Abdulrazeq, H., Shao, B., Roye, G. D., Doberstein, C. E., Oyelese, A., Niu, T., Gokaslan, Z. L., & Telfeian, A. (2021). Toward more accurate documentation in neurosurgical care. *Neurosurgical Focus, 51*(5), E11. https://doi.org/10.3171/2021.8.FOCUS21387.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed.). Pearson.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

Limandri, B. J. (2021). Efficient and effective documentation in nursing care. *Oregon State Board of Nursing Sentinel, 40*(3), 4-7.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Shiells, K., Holmerova, I., Steffl, M., & Stepankova, O. (2019). Electronic patient records as a tool to facilitate care provision in nursing homes: An integrative review. *Informatics for Health & Social Care, 44*(3), 262-277. https://doi:/10.1080/17538157.2018.1496091.

Sievers, V., & Faugno, D. (2021). Best practice forensic photo-documentation: Show me the injuries! *Journal of Legal Nurse Consulting, 32*(4), 26-31.

Steinkamp, J., Kantrowitz, J., Sharma, A., & Bala, W. (2021). Beyond notes: Why it is time to abandon an outdated documentation paradigm. *Journal of Medical Internet Research, 23*(4), e24179. https://doi.org/10.2196/24179.

Documentación: reuniones 7926

Definición: Registro de las actas de las comisiones de trabajo o de las reuniones profesionales para archivar formalmente 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 al encargado de dirigirla.
- 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 distribuidos para la reunión.
- Elaborar una redacción clara, objetiva y concisa.
- Terminar las actas tan pronto como sea posible mientras se 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 aprobación.
- Distribuir las actas a los miembros antes de la próxima reunión.
- Archivar las actas aprobadas de acuerdo con la política de la organización.
- Consultar la edición más reciente de *Robert's Rules of Order* para obtener información sobre el protocolo de reunión y cómo levantar actas.

7.ª edición 2018

Bibliografía:

Manion, J., & Huber, D. L. (2014). Team building and working with effective groups. In D. L. Huber (Ed.), *Leadership and nursing care management* (pp. 138-142). Elsevier Saunders.

Robert, H., Honemann, D. H., & Balch, T. (2011). *Robert's rules of order newly revised* (11th ed.). Da Capo Press.

Schirling, J. (2011). Effective meeting management. In C. A. Gassiot, V. L. Searcy, & C. W. Giles (Eds.), *The medical staff services handbook: Fundamentals and beyond* (pp. 325-354). Jones & Bartlett.

Ecografía: obstétrica y ginecológica 6982

Definición: Realización de pruebas ecográficas para determinar el estado ovárico, endometrial, uterino o fetal.

Actividades:

- Determinar la indicación clínica para la obtención de imágenes ecográficas (p. ej., obstetricia o ginecología).
- Configurar el equipo necesario para el procedimiento no invasivo o invasivo (p. ej., transductor, transductor vaginal).
- Informar a la paciente y a su familia sobre las indicaciones del examen y el procedimiento, su propósito y sus limitaciones.
- Preparar a la 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 de la 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 la 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, el tamaño, la actividad cardíaca, la presentación y la posición del feto.
- Identificar la ubicación de la placenta.
- Observar si hay anormalidades en la placenta, según corresponda.
- Medir los niveles de líquido amniótico.
- Monitorizar 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 con infusión de solución salina 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 a la paciente a quitarse el gel y a ponerse la ropa, según esté indicado.
- 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 profesional sanitario principal de la 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.).

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.

Ecografía: vejiga urinaria 0565

Definición: Realización de ecografías para determinar la función o la estructura de la vejiga.

Actividades:

- Determinar la indicación de la ecografía vesical (p. ej., retención urinaria, evaluación del volumen residual posmiccional, examen diagnóstico).
- Instruir sobre las indicaciones, el procedimiento, la finalidad y las limitaciones del examen.
- Aplicar el protocolo adecuado para la evaluación ecográfica de la vejiga (p. ej., revisión de la evaluación postoperatoria o posparto de la retención urinaria, evaluación de la disminución de la diuresis con o sin sonda vesical, medición del volumen residual posmiccional).
- Seleccionar el transductor adecuado para el examen de la vejiga.
- Identificar operaciones abdominales previas, cicatrices, tumores, ascitis, distensión visceral u otras características anatómicas que pueden introducir confusión en la evaluación de la vejiga.
- Aplicar gel de ultrasonidos en la región suprapúbica o directamente sobre el transductor.
- Colocar el transductor correctamente justo por encima de la sínfisis púbica.
- Obtener una imagen clara de la vejiga y centrarla en el monitor.
- Realizar mediciones del volumen de la vejiga, según proceda.
- Utilizar la función Doppler en color, según proceda.
- Identificar la posición de la punta distal del catéter urinario, la función del catéter y el volumen del balón en la imagen ecográfica, según proceda.
- Identificar y medir el volumen posmiccional residual con ecografía entre 10 y 20 minutos después de vaciar la vejiga.
- Realizar una evaluación sistemática de la vejiga mediante ecografía, si es necesario.

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

- Comentar la evaluación de la vejiga con el profesional sanitario principal, los asesores y la persona, según proceda.
- Ayudar a retirar el gel, si procede.
- Limpiar el aparato de ultrasonidos.
- Documentar los hallazgos, incluido el motivo de la ecografía vesical, el volumen urinario medido, la respuesta al procedimiento y cualquier hallazgo inusual.

8.ª edición 2024

E

Bibliografía:

Agency for Healthcare Research and Quality. (2020, October). Appendix C. Sample bladder scan policy. In *Toolkit for Reducing Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Hospital Units: Implementation Guide*. https://www.ahrq.gov/hai/cauti-tools/impl-guide/implementation-guide-appendix-c.html.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Urinary elimination. In *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (pp. 1191-1199). Pearson.

Ceratti, R. D. N., & Beghetto, M. G. (2021). Incidence of urinary retention and relations between patient's complaint, physical examination, and bladder ultrasound. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 42*. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200014.

Chen, S. C., Chen, P. Y., Chen, G. C., Chuang, S. Y., Tzeng, I. S., & Lin, S. K. (2018). Portable bladder ultrasound reduces incidence of urinary tract infection and shortens hospital length of stay in patients with acute ischemic stroke. *The Journal of Cardiovascular Nursing, 33*(6), 551.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Urinary elimination. In *Clinical nursing skills and techniques* (pp. 876-892). Mosby.

Schallom, M., Prentice, D., Sona, C., Vyers, K., Arroyo, C., Wessman, B., & Ablordeppey, E. (2020). Accuracy of measuring bladder volumes with ultrasound and bladder scanning. *American Journal of Critical Care, 29*(6), 458-467.

Sweeney, M., & Cerepani, M. J. (2021). Bladder scan misleading a vascular emergency as urinary retention. *Advanced Emergency Nursing Journal, 43*(1), 35-38.

Educación para la salud 5510

Definición: Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten los cambios voluntarios 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 los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, *Personas Saludables 2030: Objetivos Nacionales de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades,* u otras necesidades locales, autonómicas y nacionales.
- Identificar los factores internos y externos individuales, grupales o comunitarios que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
- Determinar el tipo y el enfoque del programa de educación sanitaria (p. ej., salud física, salud social, salud emocional y mental, salud espiritual).
- Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta de salud.
- Determinar el conocimiento de salud actual y las conductas del estilo de vida.
- Ayudar a clarificar las creencias y valores de salud.
- Identificar los antecedentes étnicos y culturales, el apoyo familiar y comunitario, el entorno social, el alojamiento, la religión, las creencias espirituales y los factores relacionados con el estilo de vida.
- Identificar las características de la población diana que afectan a la selección de las estrategias de aprendizaje.
- Priorizar las necesidades de aprendizaje individuales en función de las preferencias y necesidades del usuario, las habilidades de la enfermera, los recursos disponibles y las probabilidades de éxito en la consecución de las metas.
- Formular objetivos claros y asequibles para el 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.
- Utilizar estrategias para motivar el cambio de conductas de salud o estilo de vida en la gente.
- Discutir las normas del grupo antes de iniciar el grupo de educación sanitaria.
- Centrarse en los beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo, en lugar de en beneficios a largo plazo o en los efectos negativos derivados de incumplimientos.
- Determinar el modelo, la metodología, la modalidad (individual o en grupo) y la duración de la sesión educativa.
- Diseñar los módulos, el número de sesiones y el calendario de la intervención de educación para la salud teniendo en cuenta las necesidades de las personas, la familia o los cuidadores, la comunidad y los profesionales sanitarios.
- Utilizar la mejor información disponible (p. ej., investigación de alta calidad), comprensible, adaptada a las necesidades lingüísticas y culturales, utilizando técnicas de asesoramiento facilitador y enseñanza didáctica.
- Incorporar estrategias para potenciar la autoestima de la audiencia diana.
- Desarrollar materiales educativos escritos en un nivel de lectura adecuado a la audiencia diana.
- Incorporar estrategias para enfrentarse a conductas no saludables o que entrañen riesgos.
- Facilitar el diálogo, la interacción, el aprendizaje social, el espacio de apoyo y la cooperación dentro de la intervención grupal.
- Proporcionar conocimientos sobre la enfermedad específica (p. ej., evolución de la enfermedad, factores etiológicos, efectos y consecuencias, signos y síntomas habituales, papel del tratamiento en la recuperación, mitos y conceptos erróneos sobre la enfermedad específica), según sea necesario.
- Instruir sobre el manejo de la medicación (p. ej., enseñar sobre medicación, cumplimiento y efectos adversos, cuándo y cómo buscar tratamiento, responder preguntas, preparar para el automanejo), según sea necesario.
- Proporcionar conocimientos relacionados con las recaídas (p. ej., identificación y manejo de los desencadenantes, consecuencias, signos y síntomas tempranos, identificación temprana de una recaída inminente), según sea necesario.

- Mantener una presentación centrada, corta y que comience y termine con el tema principal.
- Fomentar las actividades de grupo para proporcionar apoyo y aliviar las inseguridades.
- 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 (p. ej., adolescentes), según corresponda.
- Fomentar el intercambio de experiencias personales.
- 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 con demostraciones de retorno, 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 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 y hacer ejercicio, a las personas que servirán de modelo de estos valores y conductas para otros, sobre todo para los niños.
- Utilizar estrategias y puntos de intervención variados en el programa educativo.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.
- Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar cambios en el estilo de vida y conductas saludables.
- Implementar estrategias para medir los resultados en los pacientes a intervalos regulares durante y después de terminar el programa.
- 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 y 2024

Bibliografía:

Aşık, E., & Ünsal, G. (2020). An evaluation of a psychoeducation programme for emotion identification and expression in individuals diagnosed with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing, 29*(4), 693-702. https://doi.org/10.1111/inm.12703.

Bastable, S. B. (2020). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice* (5th ed.). Jones & Bartlett.

Iriarte-Roteta, A., Lopez-Dicastillo, O., Mujika, A., Ruiz-Zaldibar, C., Hernantes, N., Bermejo-Martins, E., & Pumar-Méndez, M. J. (2020). Nurses' role in health promotion and prevention: A critical interpretive synthesis. *Journal of Clinical Nursing, 29*(21–22), 3937-3949. https://doi.org/10.1111/jocn.15441.

Magill, M., Martino, S., & Wampold, B. (2021). The principles and practices of psychoeducation with alcohol or other drug use disorders: A review and brief guide. *Journal of Substance Abuse Treatment, 126*, 108442. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108442.

McElroy, K. G., Gilden, R., & Sattler, B. (2021). Environmental health nursing education: One school's journey. *Public Health Nursing, 38*(2), 258-265. https://doi.org/10.1111/phn.12815.

Sarkhel, S., Singh, O. P., & Arora, M. (2020). Clinical practice guidelines for psychoeducation in psychiatric disorders general principles of psychoeducation. *Indian Journal of Psychiatry, 62*(Suppl 2), S319-323.

Sharpe, L., Jones, E., Ashton-James, C. E., Nicholas, M. K., & Refshauge, K. (2020). Necessary components of psychological treatment in pain management programs: A Delphi study. *European Journal of Pain, 24*(6), 1160-1168. https://doi.org/10.1002/ejp.1561.

Ramos, C., Araruna, R., Lima, C., Santana, C., & Tanaka, L. H. (2018). Education practices: Research-action with nurses of Family Health Strategy. *Revista brasileira de enfermagem, 71*(3), 1144-1151. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0284.

Ross, A., Yang, L., Wehrlen, L., Perez, A., Farmer, N., & Bevans, M. (2019). Nurses and health-promoting self-care: Do we practice what we preach? *Journal of Nursing Management, 27*(3), 599-608. https://doi.org/10.1111/jonm.12718.

Whitehead, D. (2018). Exploring health promotion and health education in nursing. *Nursing Standard, 33*(8), 38-44. https://doi.org/10.7748/ns.2018.e11220.

Educación parental: adolescentes 5562

Definición: Ayuda 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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, In D. Pruitt, *Your adolescent: Emotional, behavioral, and cognitive development from early adolescence through the teen years*. Harper Collins, 1999.

Cline, F., & Fay, J. (2006). *Parenting teens with love and logic: Preparing adolescents for responsible adulthood (updated and expanded ed)*. Piñon Press.

Dinkmeyer, D., McKay, G. D., McKay, J. L., & Dinkmeyer, D. (2007). *Parenting teenagers: Systematic training for effective parenting of teens*. STEP.

Pillitteri, A. (2007). The family with an adolescent. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Educación parental: crianza familiar de los niños 5566

Definición: Ayuda a los progenitores a comprender y fomentar el crecimiento y desarrollo físico, psicológico y social de su lactante, niño/a 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,. Adolescent Psychiatry, In D. Pruitt, *Your child: Emotional, behavioral, and cognitive development from birth to preadolescence*. HarperCollins, 1998.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). Elsevier Mosby.

Licence, K. (2004). Promoting and protecting the health of children and young people. *Child: Care, Health, and Development, 30*(6), 623-635.

Riesch, S. K., Anderson, L. S., & Krueger, H. A. (2006). Parent–child communication processes: Preventing children's health-risk behavior. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 11*(1), 41-56.

Schor, E. (1999). *Caring for your school age child: Ages 5 to 12*. Bantam.

Shelov, S., & Altman, T. R. (2009). *Caring for your baby and young child: Birth to age 5* (5th ed.). Bantam.

Shonkoff, J.P., & Phillips. D.A. (Eds.). (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*.

E

Educación parental: lactante 5568

Definición: Enseñanza de los cuidados afectivos y físicos necesarios durante el primer año de vida.

Actividades:

- Determinar los conocimientos, así como la buena disposición y la habilidad para aprender sobre los cuidados del lactante.
- Monitorizar las necesidades de aprendizaje de la familia.
- Proporcionar orientación anticipatoria acerca de los cambios del desarrollo.
- Ayudar a encontrar maneras de integrar al lactante en el sistema familiar.
- Enseñar habilidades para cuidar al lactante.
- Animar a practicar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- Proporcionar orientación anticipatoria sobre los signos de los problemas con la lactancia materna.
- Enseñar a preparar y escoger fórmulas de lactancia artificial.
- Informar sobre los riesgos y la necesidad de utilizar chupetes.
- Orientar sobre la introducción de alimentos sólidos a partir de los 6 meses de edad.
- Orientar sobre los riesgos de la obesidad del lactante.
- Instruir sobre la suplementación adecuada con fluoruro.
- Informar acerca del desarrollo de la dentición y de la higiene bucal.
- 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.
- Enseñar cómo tratar y evitar la dermatitis del pañal.
- Proporcionar orientación anticipatoria sobre los cambios en los patrones del sueño.
- Instruir sobre las posturas para el sueño del lactante.
- Mostrar cómo se puede estimular el desarrollo del lactante.
- Alentar a coger, abrazar, dar masajes y tocar al lactante.
- Animar a hablar y a leer al lactante.
- Animar a proporcionar estimulación auditiva y visual agradable.
- Animar a jugar con el lactante.
- Dar ejemplos de juguetes seguros o de objetos disponibles en casa que puedan utilizarse como juguetes.
- Animar a asistir a las clases de preparación parental.
- Proporcionar material escrito adecuado para las necesidades de conocimiento identificadas.
- Reforzar la habilidad para aplicar las enseñanzas a los cuidados de los niños.
- Proporcionar apoyo durante el aprendizaje de las habilidades de cuidados del lactante.
- Ayudar a interpretar las indicaciones no verbales, los llantos y las vocalizaciones del lactante.
- Informar sobre las características conductuales del recién nacido.
- Mostrar los reflejos y explicar su significado en el cuidado del lactante.
- Comentar las capacidades del lactante para interaccionar.
- Ayudar a identificar las características conductuales del lactante.
- Explicar y mostrar el estado clínico del lactante.
- Demostrar técnicas para tranquilizar.
- Monitorizar la habilidad para reconocer las necesidades fisiológicas del lactante.
- Reforzar las conductas de cuidador.
- Reforzar las habilidades que el progenitor desempeña adecuadamente para atender al lactante y darle confianza.
- Proporcionar información para que el entorno del hogar sea seguro para el lactante.
- Proporcionar información sobre necesidades de seguridad del lactante en los vehículos.
- Enseñar a ponerse en contacto con profesionales sanitarios.
- Realizar una llamada de seguimiento 1 o 2 semanas después del encuentro.
- Proporcionar información sobre los recursos de la comunidad.
- Informar sobre la importancia de vacunar a los lactantes.
- Orientar sobre la exposición del lactante a dispositivos electrónicos.
- Fomentar la asistencia a las consultas rutinarias para controlar el crecimiento y el desarrollo del lactante.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Hockenberry, M. J., Rodgers, C. C., & Wilson, D. (2022). *Wong's essentials of pediatric nursing* (11th ed.). Elsevier.

Kaufman, J., Ryan, R., Walsh, L., Horey, D., Leask, J., Robinson, P., & Hill, S. (2018). Face-to-face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*(5), CD010038. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010038.pub3.

Mahesh, P., Gunathunga, M. W., Arnold, S. M., Jayasinghe, C., Pathirana, S., Makarim, M. F., Manawadu, P. M., & Senanayake, S. J. (2018). Effectiveness of targeting fathers for breastfeeding promotion: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Community Public Health, 18*(1), 1140. https://doi.org/10.1186/s12889-018-6037-x.

Matson, S., & Smith, J. E. (2016). *Core curriculum for maternal-newborn nursing*. Elsevier.

Matvienko-Sikar, K., Griffin, C., McGrath, N., Toomey, E., Byrne, M., Kelly, C., Heary, C., Devane, D., & Kearney, P. M. (2019). Developing a core outcome set for childhood obesity prevention: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition, 15*(1), e12680. https://doi.org/10.1111/mcn.12680.

Rayce, S. B., Rasmussen, I. S., Klest, S. K., Patras, J., & Pontoppidan, M. (2017). Effects of parenting interventions for at-risk parents with infants: A systematic review and meta-analyses. *British Medical Journal Open, 7*(12), e015707. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015707.

Wan, M. W., Fitch-Bunce, C., Heron, K., & Lester, E. (2021). Infant screen media usage and social-emotional functioning. *Infant Behavior & Development, 62*, 101509. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101509.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

E

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 a tensar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o defecar.
- Enseñar 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.
- Indicar a la persona que contraiga los músculos del suelo pélvico y los mantenga contraídos mientras cuenta hasta 10, y que los relaje completamente mientras cuenta hasta 10; indicar que haga de 8 a 12 repeticiones, de tres a cinco veces al día (es decir, por la mañana, por la tarde y por la noche).
- Explicar al paciente que la eficacia de los ejercicios se consigue a las 8-12 semanas.
- Proporcionar una retroalimentación positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos.
- Enseñar 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.
- Fomentar, según proceda y bajo supervisión, los ejercicios de puente y sentadillas.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

2.ª edición 1996; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Jacomo, R. H., Nascimento, T. R., Lucena da Siva, M., Salata, M. C., Alves, A. T., da Cruz, P. R. C., & Batista de Sousa, J. (2020). Exercise regimens other than pelvic floor muscle training cannot increase pelvic muscle strength: A systematic review. *Journal of Bodywork & Movement Therapies, 24*(4), 568-574. https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2020.08.005.

Jebakani, B., & Sameul, R. (2017). Effectiveness of pelvic floor exercises for stress urinary incontinence among the postpartum women. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy, 11*(3), 46-50. https://doi.org/10.5958/0973-5674.2017.00071.5.

Okechukwu, C. E. (2021). Supervised pelvic floor muscle exercise for the treatment of female urinary incontinence. *Journal of Nursing & Midwifery Sciences, 8*(1), 66.

Robson, M. (2017). The squeezy pelvic floor muscle exercise app: User satisfaction survey. *Journal of Pelvic, Obstetric & Gynaecological Physiotherapy, 121*, 64-68.

Romero-Franco, N., Molina-Mula, J., Bosch-Donate, E., & Casado, A. (2021). Therapeutic exercise to improve pelvic floor muscle function in a female sporting population: a systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy, 113*, 44-52. https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.04.006.

Sacomori, C., Berghmans, B., de Bie, R., Mesters, I., & Cardoso, F. L. (2020). Predictors for adherence to a home-based pelvic floor muscle exercise program for treating female urinary incontinence in Brazil. *Physiotherapy Theory & Practice, 36*(1), 186-195.

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.). 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.). Pearson Education Canada, Toronto.

McElheran, N. G., & Harper-Jacques, S. R. (1994). Commendations: A resource intervention for clinical practice. *Clinical Nurse Specialist, 8*(1), 7-10.

Psychological Associates DAISY Foundation. (2009). *Literature review on meaningful recognition in nursing.* 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: control de infecciones 5649

E

Definición: Educación para minimizar o eliminar el contagio y la transmisión de agentes infecciosos.

Actividades:

- Determinar el nivel actual de conocimientos relacionados con el contagio y la transmisión de agentes infecciosos.
- Instruir sobre enfermedades preexistentes que aumentan el riesgo de infección.
- Determinar las prácticas actuales de prevención de infecciones.
- Instruir en el uso de agua y jabón o desinfectante de base alcohólica para la limpieza de las manos.
- Evitar enjuagarse o limpiarse las manos después de utilizar el desinfectante de manos.
- Animar a preguntar sobre la higiene de manos de las personas que les atienden (p. ej., si el cuidador se ha lavado las manos al entrar en la habitación o en casa).
- Enseñar cuándo hay que lavarse las manos para protegerse en casa y en los centros sanitarios (p. ej., antes, durante y después de la preparación de alimentos, antes de comer, después de ir al baño, después de estar en contacto con animales domésticos o productos o excrementos de animales domésticos, después de estar en contacto con la basura, antes y después de estar en contacto con una persona enferma).
- Alentar a realizar la higiene de las manos bajo observación para garantizar una técnica y una comprensión adecuadas.
- Aconsejar evitar el contacto estrecho con personas enfermas.
- Aconsejar quedarse en casa y evitar viajar cuando se está enfermo.
- Aconsejar no compartir ni reutilizar vasos, platos o utensilios sin lavarlos con agua caliente y jabón.
- Aconsejar no beber agua que haya estado reposando más de 15 minutos.
- Aconsejar el uso de mascarillas y el distanciamiento social (es decir, mantenerse a una distancia de al menos 1-2 metros de otras personas que no pertenezcan al hogar inmediato) durante los períodos de mayor actividad de las infecciones respiratorias en la comunidad.
- Indicar que se cubra la boca y la nariz con un pañuelo al toser o estornudar.
- Indicar que se utilice el cubo de basura más cercano para deshacerse del pañuelo de papel después de su uso.
- Aconsejar que realice la higiene de manos después de tener contacto con secreciones respiratorias y objetos o materiales contaminados.
- Indicar a las personas frágiles y en situación de riesgo y a sus familiares que eviten las aglomeraciones y las reuniones cuando no sea posible el distanciamiento social.
- Aconsejar, como esté indicado, la higiene corporal rutinaria (p. ej., bañarse a diario, lavarse las axilas, las ingles, los genitales y la zona rectal dos veces al día).
- Indicar que limpie el cepillo de dientes dos veces por semana.
- Aconsejar evitar en lo posible tocarse los ojos, la nariz o la boca.
- Aconsejar limpiar y desinfectar las superficies que se tocan con frecuencia en casa, el trabajo o la escuela, especialmente cuando alguien está enfermo.
- Fomentar la respiración profunda y la tos, según proceda.
- Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- Favorecer la conservación y preparación seguras de los alimentos.
- Fomentar la ingesta de líquidos, según proceda.
- Fomentar el descanso.
- Indicar que se tomen los antibióticos según lo prescrito y hasta su finalización.
- Informar sobre los signos y síntomas de infección y cuándo ponerse en contacto con el profesional sanitario.
- Enseñar a evitar infecciones.
- Aconsejar el autoaislamiento en caso de ser contagioso para un agente infeccioso, según las directrices locales de salud pública.
- Recomendar la cuarentena cuando se esté expuesto a personas con infecciones por agentes infecciosos confirmadas, según las directrices locales de salud pública.
- Animar a vacunarse contra las enfermedades infecciosas.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Carrico, R. M., Garrett, H., Balcom, D., & Burton-Glowicz, J. (2019). Infection prevention and control core practices: A roadmap for nursing practice. *The Nurse Practitioner, 44*(3), 50-55.

Cochrane, J., & Jersby, M. (2019). When to wear personal protective equipment to prevent infection. *British Journal of Nursing, 28*(15), 982-984.

Munoz-Figueroa, G. P., & Ojo, O. (2018). The effectiveness of alcohol-based gel for hand sanitizing in infection control. *British Journal of Nursing, 27*(7), 382-388.

Patel, P. K., Popovich, K. J., Collier, S., Lassiter, S., Mody, L., Ameling, J. M., & Meddings, J. (2019). Foundational elements of infection prevention in the STRIVE curriculum. *Annals of Internal Medicine, 171*(7), S10-S19.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W., & Laplante, N. (2021). *Clinical nursing skills and techniques* (10th ed.). Elsevier.

Prior, M., Delac, K., Melone, D., & Laux, L. (2020). Determining nursing education needs during a rapidly changing COVID-19 environment. *Critical Care Nursing Quarterly, 43*(4), 428-450.

Ridley, N. (2020). Effective hand hygiene: Wash your hands and reduce the risk. *British Journal of Nursing, 29*(1), 10.

Wilson, B. J., Zitella, L. J., Erb, C. H., Foster, J., Peterson, M., & Wood, S. K. (2018). Prevention of infection: A systematic review of evidence-based practice interventions for management in patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 22*(2), 157-168.

Windle, M. (2018). Pretty please, wash your hands! *Med-Surg Matters, 27*(3), 9-10.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

E

Enseñanza: desarrollo del lactante (0-3 meses) 5655

Definición: Enseñanza de actividades sensoriales apropiadas para favorecer el desarrollo del lactante durante los tres primeros meses de vida.

Actividades:

- Describir el desarrollo normal del lactante.
- Ayudar a identificar las señales de preparación del lactante y sus respuestas a la estimulación.
- Proteger al lactante de la sobreestimulación.
- Ayudar a establecer una rutina para la estimulación del lactante.
- Indicar que se realicen actividades que fomenten el movimiento o proporcionen estimulación sensorial.
- Demostrar las técnicas aprendidas durante la enseñanza.
- Aconsejar que se favorezca la interacción cara a cara con el lactante.
- Educar para hablar, cantar y sonreír al lactante mientras se le cuida.
- Informar para elogiar al lactante por todos los esfuerzos que haga para responder a la estimulación.
- Indicar al lactante que diga su nombre con frecuencia.
- Aconsejar que se susurre al lactante.
- Indicar que se favorezca que se toque y abrace al lactante con frecuencia.
- Animar a responder al llanto cogiéndole en brazos, meciéndole, cantándole, hablándole, paseándole, cambiándole de posición, frotándole o masajeándole la espalda y envolviéndole, según proceda.
- Educar para mecer al lactante en posición vertical o en una cuna.
- Bañar con una esponja o en una bañera dando varios masajes con un paño suave o una esponja, y secar con una toalla suave.
- Aconsejar que se masajee al lactante frotando la loción con movimientos suaves pero firmes.
- Indicar que se froten juguetes blandos sobre el cuerpo del lactante.
- Educar para animar al lactante a sentir las diferentes texturas, e identificarlas para el lactante.
- Orientar para soplar aire en círculos sobre los brazos, las piernas y el abdomen del lactante alerta.
- Indicar que se anime al lactante a agarrar juguetes blandos o los dedos del cuidador.
- Fomentar que se agiten sonajeros, lo que mejorará el seguimiento auditivo de los sonidos.
- Aconsejar a los progenitores que den oportunidades al lactante de alcanzar objetos.
- Educar para fomentar el seguimiento visual de los objetos.
- Orientar para cambiar al lactante de posición cada hora a menos que esté dormido.
- Indicar que se coloque al lactante boca abajo mientras está despierto para favorecer la elevación de la cabeza.
- Aconsejar que se coloque al lactante boca arriba bajo el gimnasio de la cuna.
- Indicar que se muestren imágenes de colores vivos, como en los libros de imágenes.
- Aconsejar al lactante que se mire en el espejo.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

5.ª edición 2008; revisada en 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

Enseñanza: desarrollo del lactante (4-6 meses) 5658

Definición: Enseñanza de actividades sensoriales apropiadas para favorecer el desarrollo del lactante desde el cuarto al sexto mes de vida.

Actividades:

- Describir el desarrollo normal del lactante.
- Ayudar a identificar las señales de preparación del lactante y sus respuestas a la estimulación.
- Proteger al lactante de la sobreestimulación.
- Ayudar a establecer una rutina para la estimulación del lactante.
- Indicar que se realicen actividades que favorezcan el movimiento o proporcionen estimulación sensorial.
- Aconsejar que se anime al lactante a tumbarse boca arriba y dar patadas con los pies.
- Indicar que se coloquen los juguetes justo fuera del alcance del lactante.
- Aconsejar que se ofrezcan juguetes que animen al lactante a agarrar.
- Enseñar a tumbar al lactante boca arriba o boca abajo y ayudarle a darse la vuelta.
- Dar al lactante la oportunidad de explorar libros de tela o plástico blando.
- Indicar que se anime al lactante a utilizar juguetes para la dentición.
- Aconsejar que se anime al lactante a golpear los juguetes entre sí y a pasarlos de una mano a otra.
- Indicar que se sostenga al lactante en posición sentada.
- Aconsejar que se alimente al lactante con cuchara.
- Indicar que se hable y cante al lactante
- Aconsejar que se canten canciones y se hagan juegos de movimientos (p. ej., palmaditas) con el lactante.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.
Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.
Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.
Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

E

Enseñanza: desarrollo del lactante (7-9 meses) 5656

Definición: Enseñanza de actividades sensoriales apropiadas para favorecer el desarrollo del lactante desde el séptimo hasta el noveno mes de vida.

Actividades:
- Describir el desarrollo normal del lactante.
- Ayudar a identificar las señales de preparación del lactante y sus respuestas a la estimulación.
- Proteger al lactante de la sobreestimulación.
- Ayudar a establecer una rutina para la estimulación del lactante.
- Indicar que se realicen actividades que favorezcan el movimiento o proporcionen estimulación sensorial.
- Aconsejar que se coloque al lactante sobre el abdomen del cuidador, poniendo las palmas de las manos en las plantas de los pies del lactante y empujando suavemente hacia delante.
- Indicar que se ponga de pie al lactante en el regazo, balanceándolo de lado a lado.
- Aconsejar que se nombren las partes del cuerpo al lactante.
- Indicar que se juegue al escondite y al cucú con el lactante.
- Aconsejar que se coloque al lactante en la trona, animándole a palpar la comida y a alimentarse solo.
- Indicar que se deje que el lactante sostenga la cuchara y la taza.
- Animar a bailar con el lactante mientras se le mantiene erguido.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

5.ª edición 2008; revisada en 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.
Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.
Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.
Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.
Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

Enseñanza: desarrollo del lactante (10-12 meses) 5657

Definición: Enseñanza de actividades sensoriales apropiadas para favorecer el desarrollo del lactante desde el décimo hasta el duodécimo mes de vida.

Actividades:
- Describir el desarrollo normal del lactante.
- Ayudar a identificar las señales de preparación del lactante y sus respuestas a la estimulación.
- Proteger al lactante de la sobreestimulación.
- Ayudar a establecer una rutina para la estimulación del lactante.
- Aconsejar que se realicen actividades que favorezcan el movimiento o proporcionen estimulación sensorial.
- Indicar que se tire del lactante para que se ponga de pie, agarrándolo de las manos para estabilizarlo.
- Instruir para guiar al lactante a caminar sujetándolo por las manos o las muñecas con los brazos por encima de la cabeza.
- Aconsejar que se fomente el juego con un balón (p. ej., rodar, agarrar, parar, recuperar).
- Enseñar a decir adiós al lactante con la mano mientras se le anima a imitarlo.
- Indicar que se lleve al lactante de visita por la casa, identificando objetos y habitaciones.
- Aconsejar que se juegue a seguir al líder, practicando la imitación de ruidos, animales o canciones infantiles.
- Enseñar a decir palabras al lactante, animándole a que las repita.
- Indicar que se demuestre cómo sacar e introducir objetos de un contenedor.
- Aconsejar que se demuestre el apilamiento de objetos.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

5.ª edición 2008; revisada en 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.
Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.
Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.
Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.
Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

E

Enseñanza: desarrollo en la primera infancia (1-5 años) 5680

Definición: Instrucción sobre actividades apropiadas para favorecer el desarrollo de niños pequeños y preescolares.

Actividades:

- Proporcionar materiales escritos adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Instruir para ofrecer oportunidades de juego entre niños de edad similar.
- Educar para ofrecer opciones, según proceda.
- Dirigir para animar al niño a expresarse proporcionándole recompensas positivas o retroalimentación por los intentos.
- Indicar que se ayude a cada niño a tomar conciencia de su importancia como individuo.
- Educar para ser coherente y estructurado con estrategias de manejo o modificación de la conducta.
- Hablar, leer, cantar al niño.
- Animar a describir lo que está ocurriendo (p. ej., vamos a lavarnos las manos).
- Dirigir para ayudar al niño a aprender a expresar sus emociones.
- Educar para limitar las normas, pero hacerlas cumplir sistemáticamente.
- Incentivar a minimizar el tiempo de pantalla.
- Aconsejar que el niño que se porte mal tome descansos o «tiempos muertos».
- Educar para tranquilizar al niño.
- Dirigir para limitar el uso de la palabra «No», y, como alternativa, redirigir la atención, cuando sea necesario.
- Indicar que se ofrezca la oportunidad de realizar actividades de motricidad gruesa y fina.
- Aconsejar que se establezca una rutina consistente a la hora de acostarse.
- Orientar sobre los signos de preparación para ir al baño y las estrategias de entrenamiento.
- Indicar que se enseñen modales en la mesa y que se actúe como modelo.
- Aconsejar que se anime al niño a interactuar con los demás mediante el modelado de habilidades de interacción.
- Educar en habilidades de autoayuda (p. ej., alimentarse, ir al baño, cepillarse los dientes, lavarse las manos, vestirse).
- Dirigir al niño para que aprenda a pedir ayuda a los demás cuando la necesite.
- Indicar que se ayude al niño a compartir y turnarse.
- Aconsejar que se facilite el juego de rol y el juego imaginativo.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

Enseñanza: desarrollo en la infancia media (6-12 años) 5650

Definición: Enseñanza sobre actividades apropiadas para promover el desarrollo físico, cognitivo y social de los niños en edad escolar.

Actividades:

- Proporcionar materiales escritos adecuados a las necesidades identificadas.
- Orientar para establecer normas familiares y mantener la coherencia en su aplicación.
- Indicar que se evite el castigo físico.
- Aconsejar que se reduzca el tiempo de pantalla a 1 o 2 horas al día.
- Indicar que se favorezca 1 hora o más de actividad física al día.
- Aconsejar que se lean cuentos y se anime al niño a leer en voz alta.
- Alentar a mantener una hora de acostarse consistente.
- Indicar que se mantengan los aparatos electrónicos fuera de la habitación del niño para favorecer el sueño (p. ej., televisión, teléfono móvil, ordenador).
- Aconsejar que se elogien los logros.
- Indicar que se favorezca una imagen corporal y una autoestima positivas.
- Aconsejar que se actúe como modelo de conductas morales y sociales.
- Indicar que se enseñen habilidades de resolución de conflictos y manejo de la ira.
- Orientar para facilitar y fomentar la fantasía y el juego imaginativo.
- Alentar a informar al niño sobre la pubertad y fomentar una conversación sincera y adecuada a su edad.
- Aconsejar que se eduque al niño sobre el sexo y se fomente una conversación sincera y adecuada a su edad.
- Orientar para fomentar la cooperación, no la competencia, entre los niños.
- Educar para fomentar la capacidad, la independencia y la autorresponsabilidad.
- Indicar que se asignen tareas, responsabilidades y privilegios adecuados a la edad.
- Aconsejar que se fomenten las aficiones y actividades saludables que promuevan la forma física y el desarrollo de habilidades motoras.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:
Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.
Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.
Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.
Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.
Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

Enseñanza: desarrollo del adolescente (12-21 años) 5670

E

Definición: Instrucción sobre las actividades apropiadas para favorecer el desarrollo físico, cognitivo y social de un adolescente.

Actividades:
- Proporcionar materiales escritos adecuados a las necesidades identificadas.
- Instruir a los progenitores para que establezcan normas familiares y sean coherentes en su aplicación.
- Indicar a los progenitores que mantengan líneas abiertas de comunicación con el adolescente.
- Fomentar la actividad física regular.
- Aconsejar a los progenitores que monitoricen y desaconsejen el tiempo excesivo frente a una pantalla (p. ej., videojuegos, televisión, ordenador, teléfono).
- Animar a dormir de 9 a 10 horas por noche.
- Orientar a los progenitores para que retiren los dispositivos multimedia del dormitorio, según proceda.
- Indicar a los progenitores que animen y elogien los logros.
- Aconsejar a los progenitores que favorezcan una imagen corporal y una autoestima positivas.
- Educar sobre los cambios puberales esperados y fomentar una conversación sincera y adecuada a la edad, tranquilizando al adolescente.
- Educar sobre las prácticas sexuales seguras y los posibles riesgos y fomentar un debate sincero y adecuado a la edad.
- Orientar a los progenitores para que proporcionen intimidad en el hogar, según proceda.
- Indicar a los progenitores que favorezcan la selección de buenos amigos y relaciones sanas.
- Aconsejar a los progenitores que continúen actuando como modelos de conducta moral y ciudadanía.
- Indicar a los progenitores que fomenten el establecimiento de objetivos y ayuden al adolescente a empezar a planificar su futuro.
- Aconsejar a los progenitores que enseñen estrategias para equilibrar los compromisos (p. ej., escuela, trabajo, vida social).
- Reforzar las habilidades de comunicación, el manejo de la ira y la resolución de conflictos.
- Fomentar la competencia, la independencia y la responsabilidad propia.
- Indicar a los progenitores que establezcan las responsabilidades y los privilegios de los adolescentes.
- Fomentar aficiones o actividades saludables.
- Incluir a los adolescentes y a los progenitores juntos en las instrucciones, cuando sea necesario.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:
Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.
Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.
Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.
Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.
Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

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.
- Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.
- Informar al paciente de las posibles interacciones entre fármacos y alimentos, según el caso.
- Ayudar al paciente a incluir las preferencias de alimentos en la dieta prescrita.
- Ayudar al paciente a sustituir ingredientes para cumplir las recetas favoritas de la dieta prescrita.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

- Remitir al paciente a un dietista, si procede.
- Incluir a la familia, si procede.

Bibliografía:

deWit, S. C. (2009). *Medical-surgical nursing: Concepts and practice*. Saunders Elsevier.

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

Dudek, S. G. (2007). *Nutrition essentials for nursing practice* (5th rev ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Lewis, S., Dirksen, S., Heitkemper, M., Bucher, L., & Camera, I. (2011). *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (8th ed.). Elsevier Mosby.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2013). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). 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* (pp. 1104-1162). Prentice Hall.

deWit, S. C. (2009). *Medical-surgical nursing: Concepts & practice*. 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.). 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.

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.). Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). 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.). 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.

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:

- Establecer la necesidad de un programa.
- Proporcionar un entorno que favorezca el aprendizaje.
- Incluir a la familia u otros allegados, si resulta oportuno.
- Determinar el apoyo administrativo y el presupuesto.
- Coordinar los recursos dentro del centro para formar una comisión de planificación o asesoramiento que pueda contribuir a los resultados positivos del programa, y proporcionar un foro para asegurar el compromiso con el programa.
- Utilizar los recursos comunitarios, según corresponda.
- Definir la población diana potencial.
- Escribir los objetivos del programa y definir las áreas de contenido principales con los objetivos del aprendizaje.
- Realizar una descripción del trabajo para el coordinador responsable de la educación.
- Seleccionar un coordinador.
- Establecer reglas básicas para la conducta en las reuniones.
- Determinar los métodos óptimos de aprendizaje para los miembros del grupo.
- 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, según corresponda.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

E

- Proporcionar un programa escrito (que incluya fechas, horas y lugares de las sesiones/clases de enseñanza) para el personal y los individuos, según corresponda.
- Determinar los días/horas adecuados para conseguir el máximo número de participantes.
- Preparar anuncios o notas para hacer públicos los resultados, según corresponda.
- Controlar el tamaño y las competencias del grupo, según corresponda.
- Orientar a las personas sobre el programa educativo y los objetivos que hay que conseguir.
- Cubrir las necesidades especiales de los alumnos (facilidad de acceso y oxígeno portátil) que se precisen.
- Adaptar los métodos o materiales educativos a las necesidades o características de aprendizaje del grupo, según corresponda.
- Proporcionar la instrucción del grupo.
- Evaluar el progreso en el programa y el dominio del contenido.
- Documentar el progreso en la historia clínica permanente, según esté indicado.
- Revisar las estrategias de enseñanza y las actividades de aprendizaje, para aumentar el aprendizaje, si fuera necesario.
- Establecer las formas de evaluación del programa.
- 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 o asesoramiento.
- Realizar sesiones de evaluación continuada para que la comisión de asesoramiento o planificación renueve el programa, según sea apropiado.
- Documentar el número de participantes que hayan conseguido los objetivos de enseñanza.
- Remitir a las personas a otros especialistas o centros para conseguir los objetivos de enseñanza, si se precisa.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Bastable, S. B. (2020). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice* (5th ed.). Jones & Bartlett.

Fereidouni, Z., Sabet Sarvestani, R., Hariri, G., Kuhpaye, S. A., Amirkhani, M., & Kalyani, M. N. (2019). Moving into action: The master key to patient education. *The Journal of Nursing Research: JNR, 27*(1), 1-8. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000280.

Iriarte-Roteta, A., Lopez-Dicastillo, O., Mujika, A., Ruiz-Zaldibar, C., Hernantes, N., Bermejo-Martins, E., & Pumar-Méndez, M. J. (2020). Nurses' role in health promotion and prevention: A critical interpretive synthesis. *Journal of Clinical Nursing, 29*(21-22), 3937-3949. https://doi.org/10.1111/jocn.15441.

Ross, A., Yang, L., Wehrlen, L., Perez, A., Farmer, N., & Bevans, M. (2019). Nurses and health-promoting self-care: Do we practice what we preach? *Journal of Nursing Management, 27*(3), 599-608. https://doi.org/10.1111/jonm.12718.

Enseñanza: habilidad psicomotora 5620

Definición: Preparación de un paciente para que practique una habilidad 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 adherence.* 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 education: A systematic review and practice guideline recommendations. *Journal of Cancer Education, 26*(1), 12-21.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2013). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). 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).
- Mejorar la disponibilidad del paciente para aprender, según corresponda.
- Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente.
- Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas.
- Determinar la secuencia de presentación de la información.
- Valorar el estilo de aprendizaje del paciente.
- Seleccionar los métodos/estrategias adecuados de enseñanza del paciente.
- 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.* 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.). Mosby Elsevier.

Enseñanza: medicamentos prescritos 5616

Definición: Preparar a la persona para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

Actividades:

- Utilizar una herramienta estandarizada para obtener toda la información sobre la medicación, incluidos los medicamentos prescritos, los medicamentos sin receta y los suplementos dietéticos y de fitoterapia.
- Adoptar un abordaje individualizado de las instrucciones, utilizando ayudas visuales, folletos de instrucciones escritos en un lenguaje sencillo o en el idioma de la persona, o vídeos, según proceda.
- Comenzar la enseñanza lo antes posible para que pueda haber sesiones de instrucción adicionales, según proceda.
- Garantizar que la información se adapte al nivel de alfabetización en salud.
- Utilizar situaciones problemáticas para aumentar el aprendizaje (p. ej., efectos secundarios, jeringuilla contaminada).
- Proporcionar intérpretes profesionales en lugar de familiares o amigos durante la enseñanza, según sea necesario
- Proporcionar información sobre el uso de medicamentos sin receta y cómo pueden influir en la enfermedad existente.
- Determinar si se utilizan remedios caseros con una base cultural.
- Proporcionar información sobre los posibles efectos de los remedios caseros sobre el uso de medicamentos de venta con y sin receta.
- Enseñar a reconocer las características distintivas de los medicamento, según corresponda.
- Informar tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento.
- Informar acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Explicar cómo los profesionales sanitarios eligen la medicación más adecuada.
- Instruir acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento.
- Instruir 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 de administrarse los medicamentos él mismo.
- Enseñar a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa), si es el caso.
- Informar sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
- Instruir sobre los criterios que han de utilizarse al decidir alterar la dosis o el horario de la medicación, según corresponda.
- Informar sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Enseñar las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas), según corresponda.
- Instruir acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.
- Enseñar a aliviar y/o prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

E

- Instruir sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.
- Instruir sobre los signos y síntomas de sobredosificación e infradosificación.
- Informar sobre posibles interacciones entre fármacos y alimentos, según corresponda.
- Informar sobre el proceso de la administración de medicación cuando se tienen náuseas.
- Enseñar cómo almacenar correctamente los medicamentos.
- Instruir sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados para la administración.
- Instruir acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde depositar los recipientes con objetos afilados en su comunidad, según proceda.
- Proporcionar información escrita acerca de la acción, el propósito, los efectos secundarios y el material necesario en relación con los medicamentos.
- Ayudar a desarrollar un horario de medicación escrito.
- Determinar si hacen falta sistemas para mejorar la adherencia o recordatorios (p. ej., pastilleros organizados por horas y días de la semana).
- Recomendar que se lleve la documentación del régimen de medicación prescrito.
- Enseñar a reponer las prescripciones, según corresponda.
- Informar sobre los posibles cambios de aspecto o posología cuando se reponen recetas de un fármaco genérico.
- Advertir de los riesgos asociados a la administración de medicamentos caducados.
- Desaconsejar la administración de medicamentos prescritos a otras personas.
- Determinar la capacidad 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 precisa proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2004 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Medications. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice.* (pp. 750-829). Pearson.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). Medication administration (Chapter 20). In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Safe medication preparation. In *Clinical nursing skills and techniques* (pp. 501-522). Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

Tomlinson, J., Cheong, V., Fylan, B., Silcock, J., Smith, H., Karban, K., & Blenkinsopp, A. (2020). Successful care transitions for older people: A systematic review and meta-analysis of the effects of interventions that support medication continuity. *Age and Ageing, 49*(4), 558-569. https://doi-org.ezp.waldenulibrary.org/10.1093/ageing/afaa002.

Williams, P. (2020). Medications and older adults. In *Basic geriatric nursing.* (7th ed., pp. 132-149).

Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses) 5640

Definición: Enseñanza de prácticas de nutrición y alimentación durante los tres primeros meses de vida.

Actividades:

- Proporcionar materiales por escrito adecuados a las necesidades.
- Enseñar a alimentar solo con leche materna o de fórmula durante el primer año (es decir, se debe evitar sustituir la fórmula o la leche materna por leche).
- Aconsejar que se sujete siempre al lactante erguido en posición semirreclinada mientras se le dé el biberón.
- Indicar que se expulsen los gases durante la toma y después.
- Instruir sobre la preparación y el almacenamiento adecuados de la fórmula y la leche materna.
- Aconsejar que nunca se apoye el biberón o se dé el biberón en la cama.
- Indicar que se debe evitar introducir cereales en el biberón (solo leche de fórmula o materna).
- Aconsejar que se limite la ingesta de agua a entre 15 y 30 ml cada vez, 120 ml al día.
- Indicar que se debe evitar el uso de miel o sirope de maíz.
- Enseñar a permitir la succión no nutritiva.
- Aconsejar que se desechen las sobras de leche de fórmula y limpiar el biberón después de cada toma.
- Indicar que se administren suplementos de vitamina D, según proceda.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

5.ª edición 2008; revisada en 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

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

5.ª edición 2008; revisada en 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

E

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 materiales por escrito adecuados a las necesidades identificadas.
- Indicar que se introduzcan alimentos con los dedos cuando el lactante pueda sentarse.
- Aconsejar que se introduzca la taza cuando el lactante pueda sentarse.
- Indicar que se debe tener al lactante junto a la familia durante las comidas.
- Aconsejar que se debe esperar que se ensucie mucho.
- Indicar que se observen indicios de saciedad.
- Aconsejar que se deje que el lactante empiece a comer solo y vigilar para evitar que se atragante.
- Indicar que se le ofrezcan líquidos después de los alimentos sólidos.
- Aconsejar que se eviten los alimentos y las bebidas azucarados (p. ej., leche con sabores, bebidas carbonatadas).
- Indicar que se ofrezca una variedad de alimentos de acuerdo con la pirámide de alimentos.
- Aconsejar que se eviten los zumos.
- Explicar que puede hacer falta ofrecérselo varias veces antes de que el lactante acepte un nuevo alimento.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

5.ª edición 2008; revisada en 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

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 materiales por escrito adecuados a las necesidades identificadas.
- Indicar que se ofrezcan tres comidas principales y tentempiés saludables.
- Aconsejar que se empiece el destete del biberón y el paso a la taza.
- Indicar que se eviten los alimentos y las bebidas azucarados (p. ej., leche con sabores, bebidas carbonatadas).
- Aconsejar que se comience con comidas no trituradas.
- Indicar que se permita que el lactante coma solo con la cuchara.
- Aconsejar que el niño puede empezar a tomar leche entera con 1 año de edad.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

5.ª edición 2008; revisada en 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que suspendan la alimentación con biberón.
- Indicar a los progenitores/cuidador que ofrezcan alimentos sólidos con textura.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que sigan utilizando la cuchara y que le dejen comer solo.
- Indicar a los progenitores/cuidador que introduzcan productos lácteos.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que proporcionen tentempiés saludables.
- Indicar a los progenitores/cuidador que ofrezcan raciones pequeñas y comidas frecuentes.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que eviten alimentos/bebidas *light* (p. ej., leche descremada, bebidas carbonatadas *light*).
- Indicar a los progenitores/cuidador que eviten la alimentación forzada porque el apetito puede estar disminuido.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Barness, L. A. (Ed.). (1993). *Pediatric nutrition handbook* (3rd ed.). American Academy of Pediatrics.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. (1998). *Feeding your baby 1-3 years old* [brochure].

Formon, S. J. (1993). *Nutrition of normal infants*. Mosby.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). Elsevier Mosby.

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

Satter, E., & Sharkey, P. B. (1997). *Ellyn Satter's nutrition and feeding for infants and children: Handout masters*. Ellen Satter Associates.

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.
- Indicar a los progenitores/cuidador que animen a beber agua para la sed.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que limiten los líquidos antes de las comidas.
- Indicar a los progenitores/cuidador que ofrezcan alimentos ricos en hierro y proteínas.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que los niños coman con horarios regulares y con la familia.
- Indicar a los progenitores/cuidador que aumenten o reduzcan los alimentos, según sea conveniente.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que eviten las bebidas de fruta y la leche con sabores.
- Indicar a los progenitores/cuidador que lean las etiquetas del contenido nutricional.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que suspendan la alimentación con biberón.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Barness, L. A. (Ed.). (1993). *Pediatric nutrition handbook* (3rd ed.). American Academy of Pediatrics.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. (1998). *Feeding your baby 1-3 years old* [brochure].

Formon, S. J. (1993). *Nutrition of normal infants*. Mosby.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). Elsevier Mosby.

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

Satter, E., & Sharkey, P. B. (1997). *Ellyn Satter's nutrition and feeding for infants and children: Handout masters*. Ellen Satter Associates.

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.
- Indicar a los progenitores/cuidador que den al niño alimentos saludables.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que animen a tomar las verduras crudas/cocidas.
- Indicar a los progenitores/cuidador que den tentempiés saludables entre comidas.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que sean creativos en la preparación de las comidas en caso de niños maniáticos.
- Indicar a los progenitores/cuidador que den pequeñas raciones de comida.

- Aconsejar a los progenitores/cuidador que limiten el contenido graso de los alimentos.
- Indicar a los progenitores/cuidador que hagan que el niño participe en la preparación de la comida.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que ofrezcan cereales enriquecidos con hierro, evitando los cereales con un alto contenido de azúcar.
- Indicar a los progenitores/cuidador que aumenten los alimentos con proteínas.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que incluyan todos los grupos de alimentos.
- Indicar a los progenitores/cuidador que eviten el uso de alimentos como recompensa.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Barness, L. A. (Ed.). (1993). *Pediatric nutrition handbook* (3rd ed.). American Academy of Pediatrics.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. (1998). *Feeding your baby 1-3 years old* [brochure].

Formon, S. J. (1993). *Nutrition of normal infants*. Mosby.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). Elsevier Mosby.

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

Satter, E., & Sharkey, P. B. (1997). *Ellyn Satter's nutrition and feeding for infants and children: Handout masters*. Ellen Satter Associates.

E

Enseñanza: nutrición en la primera infancia (1-5 años) 5682

Definición: Instrucción sobre nutrición y prácticas alimentarias para niños pequeños y preescolares.

Actividades:

- Proporcionar materiales escritos adecuados a las necesidades identificadas.
- Orientar para actuar como modelo de hábitos alimentarios saludables.
- Indicar que se proporcione un entorno estructurado a la hora de comer en familia.
- Ofrecer taza y cubiertos a la hora de comer.
- Instruir al niño para que pueda alimentarse por sí mismo y darle de comer con los dedos.
- Proporcionar comidas y tentempiés nutritivos a horas regulares para evitar el picoteo.
- Informar para anticiparse a las bajadas de apetito y seguir ofreciendo opciones de comida sana.
- Ofrecer opciones y permitir la experimentación.
- Aconsejar que se alimente al niño mientras está tranquilo en posición sentada.
- Orientar para limitar los alimentos y bebidas azucarados.
- Informar para introducir la leche entera de 1 a 2 años, seguida de leche con poca grasa.
- Evitar los biberones en la cama.
- Instruir para evitar riesgos de asfixia (p. ej., palomitas de maíz, perritos calientes, alimentos duros, chicles, uvas enteras).
- Orientar para cepillar los dientes del niño con un dentífrico fluorado.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

Enseñanza: nutrición en la infancia media (6-12 años) 5652

Definición: Educación sobre nutrición y prácticas alimentarias para niños en edad escolar.

Actividades:

- Proporcionar materiales escritos adecuados a las necesidades identificadas.
- Orientar para actuar como modelo de hábitos alimentarios saludables.
- Indicar que sigan comiendo en familia, según sus posibilidades.
- Educar para fomentar el consumo de alimentos variados y saludables.
- Orientar para enseñar la importancia de comer sano y beber agua.
- Alentar a desaconsejar o limitar los alimentos y bebidas azucarados.
- Informar para anticipar que el apetito variará en ocasiones (p. ej., períodos de crecimiento, cambios en el nivel de actividad).
- Orientar para dejar que el niño responda a las señales internas de saciedad.
- Animar al niño a participar en la planificación de las comidas, la compra de alimentos, incluida la lectura de las etiquetas, y la preparación de los alimentos.
- Aconsejar que se anime al niño a cepillarse los dientes con dentífrico fluorado dos veces al día.
- Informar sobre los peligros de las dietas para adelgazar.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

E

Enseñanza: nutrición del adolescente (12-21 años) 5672

Definición: Instrucción sobre la nutrición y las prácticas alimentarias para un adolescente.

Actividades:

- Proporcionar materiales escritos adecuados a las necesidades identificadas.
- Animar a los progenitores a dar ejemplo de hábitos alimentarios saludables.
- Involucrarse en la selección y preparación de alimentos.
- Aconsejar que sigan comiendo en familia, según las posibilidades.
- Fomentar la variedad de alimentos saludables.
- Reforzar la importancia de una alimentación sana y de beber agua.
- Evitar el consumo excesivo de cafeína, alimentos y bebidas con alto contenido en azúcar y bebidas energéticas.
- Incentivar a cepillarse los dientes con dentífrico fluorado dos veces al día.
- Indicar a los progenitores que favorezcan los exámenes dentales dos veces al año.
- Aconsejar a los progenitores que animen al adolescente a practicar una buena higiene dental.
- Educar sobre los peligros de las dietas de adelgazamiento y los trastornos alimentarios.
- Monitorizar el uso de suplementos, si está indicado.
- Incluir a los adolescentes y a los progenitores juntos en las instrucciones, cuando sea necesario.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

Enseñanza: preoperatoria 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.
- 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 esta.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

deWit, S. C. (2009). *Medical-surgical nursing: Concepts & practice*. Saunders Elsevier.

Kruzik, N. (2009). Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN Journal, 90*(3), 381-387.

Lewis, S., Dirksen, S., Heitkemper, M., Bucher, L., & Camera, I. (2011). *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (8th ed.). Elsevier Mosby.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2013). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). Elsevier Mosby.

Selimen, D., & Andsoy, I. I. (2011). The importance of a holistic approach during the perioperative period. *AORN Journal, 93*(4), 482-490.

E

Enseñanza: prevención de las lesiones deportivas 6648

Definición: Enseñanza sobre la prevención de las lesiones relacionadas con el deporte.

Actividades:

- Proporcionar materiales escritos adecuados a las necesidades identificadas.
- Instruir sobre la forma física general como requisito previo.
- Instruir sobre la modificación de las reglas del juego en función de la edad y la capacidad de los participantes.
- Explorar opciones para encontrar un deporte que se ajuste a sus intereses y capacidades.
- Establecer objetivos realistas.
- Instruir sobre el emparejamiento adecuado de los competidores por edad, peso y etapa de maduración física.
- Instruir sobre normas de seguridad, pautas de entrenamiento y biomecánica correcta.
- Instruir sobre condiciones de juego seguras.
- Informar sobre el uso adecuado y el estado de los equipos de seguridad.
- Instruir sobre la necesidad de una supervisión adecuada en el entrenamiento para eventos recreativos y competitivos.
- Instruir sobre la necesidad de realizarse un examen físico antes de participar.
- Informar de la importancia de las actividades de calentamiento y enfriamiento.
- Instruir sobre el uso de prendas protectoras y de apoyo para todos los deportes, y garantizar que los jugadores sin prendas protectoras no se pongan en situaciones de contacto.
- Recomendar el uso de entrenadores de atletismo titulados para los deportes de competición.
- Instruir sobre la necesidad de cobertura sanitaria en eventos deportivos competitivos, según proceda.
- Desarrollar un plan de urgencia en caso de lesiones graves.
- Recomendar el uso de seminarios de pretemporada para atletas, familias y entrenadores, para aumentar la concienciación sobre la prevención de lesiones.
- Colaborar con otros profesionales en la planificación de programas relacionados con la prevención de lesiones.
- Informar a padres y deportistas de las medidas que pueden tomar para prevenir lesiones.
- Informar sobre los signos y síntomas de las lesiones por un uso excesivo, la deshidratación, el agotamiento por calor, el consumo de drogas para mejorar el rendimiento, los trastornos alimentarios, las disfunciones menstruales y el estrés.
- Instruir para recoger datos sobre el tipo de lesión, la tasa, el tratamiento y las remisiones.
- Instruir para monitorizar la salud a largo plazo de los deportistas y el retorno de los deportistas lesionados a la participación para evitar que vuelvan a lesionarse.
- Instruir para proporcionar apoyo emocional a los deportistas que sufren lesiones.
- Animar a los entrenadores a recibir formación anual en primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar, haciendo hincapié en el reconocimiento de los traumatismos craneales.
- Comunicar a los entrenadores la importancia de hacer hincapié en la «diversión» en el deporte.
- Asegurarse de que los entrenadores están bien informados del desarrollo normal y de las necesidades físicas, emocionales y sociales del deportista.
- Comunicar información sobre los problemas sanitarios especiales de cada deportista, según proceda.
- Desarrollar grupos de supervisión para garantizar la formación de los entrenadores escolares y voluntarios.
- Instruir a los padres sobre las cualificaciones y la conducta que se espera de los entrenadores.
- Animar a los padres a participar en los programas deportivos de sus hijos.
- Instruir sobre la importancia de vigilar a los deportistas para detectar signos y síntomas de estrés.
- Ofrecer remisiones a los deportistas con problemas emocionales o psicosociales.
- Instruir en técnicas de relajación y estrategias de afrontamiento para deportistas, entrenadores y padres.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Bibliografía:

Ercan, S., & Önal, Ö. (2021). Development, validity and reliability of the Sports Injury Prevention Awareness Scale. *Spor Hekimligi Dergisi/Turkish Journal of Sports Medicine*, *56*(3), 138-145. https://doi.org/10.47447/tjsm.0546.

Knapik, J. J., Hoedebecke, B. L., Rogers, G. G., Sharp, M. A., & Marshall, S. W. (2019). Effectiveness of mouthguards for the prevention of orofacial injuries and concussions in sports: Systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, *49*(8), 1217-1232. https://doi.org/10.1007/s40279-019-01121-w.

Nyland, J., Cecil, A., Singh, R., & Raj Pandey, C. (2020). Protective and supportive garments and bracing to enhance extreme sport performance and injury prevention. *Muscles, Ligaments & Tendons Journal (MLTJ)*, *10*(2), 325-332. https://doi.org/10.32098/mltj.02.2020.18.

Rebmann, T., Weaver, N. L., Elliott, M. B., DeClue, R. W., Patel, N. J., & Schulte, L. (2018). Factors related to injury prevention programming by Missouri school nurses. *Journal of School Nursing*, *34*(4), 292-3001.

Robinson, M. L. (2021). Management of patients with musculoskeletal trauma. In J. L. Hinkle, K. H. Cheever, & K. Overbaugh (Eds.), *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*. Wolters Kluwer.

E

Enseñanza: procedimientos o tratamientos 5618

Definición: Preparación de una persona para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.

Actividades:

- Determinar los métodos óptimos de aprendizaje.
- Informar de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento o tratamiento, según proceda.
- Informar sobre la duración prevista del procedimiento o tratamiento.
- Informar sobre quién realizará el procedimiento o tratamiento.
- Reforzar la confianza en el personal implicado, según proceda.
- Determinar las experiencias previas y el nivel de conocimientos relacionados con el procedimiento o tratamiento.
- Explicar la finalidad del procedimiento o tratamiento.
- Describir las actividades previas al procedimiento o al tratamiento.
- Explicar el procedimiento o tratamiento.
- Revisar el consentimiento informado para el procedimiento o tratamiento de acuerdo con las normas del centro, según proceda.
- Instruir sobre cómo cooperar y participar durante el procedimiento o tratamiento, según proceda.
- Alentar la participación del niño en el procedimiento o tratamiento.
- Realizar una visita a la sala de procedimientos o tratamientos y a la sala de espera, según proceda.
- Presentar a la persona al personal implicado en el procedimiento o tratamiento, según proceda.
- Explicar la necesidad de determinados equipos (p. ej., dispositivos de monitorización) y su función.
- Discutir la necesidad de medidas especiales durante el procedimiento o tratamiento, según proceda.
- Proporcionar información sobre lo que se oirá, olerá, verá, saboreará o sentirá durante el acontecimiento.
- Describir las evaluaciones o actividades posteriores al procedimiento o al tratamiento y su justificación.
- Informar sobre cómo la persona puede ayudar en la recuperación.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo sanitario, según proceda.
- Dar tiempo para que la persona ensaye los acontecimientos que van a suceder, según proceda.
- Instruir en el uso de técnicas de afrontamiento dirigidas a controlar aspectos específicos de la experiencia (p. ej., relajación, visualización), según proceda.
- Proporcionar distracciones al niño que desvíen su atención del procedimiento.
- Proporcionar información sobre cuándo y dónde estarán disponibles los resultados y quién los explicará.
- Determinar las expectativas del procedimiento o tratamiento.
- Corregir expectativas poco realistas del procedimiento o tratamiento, según proceda.
- Discutir tratamientos alternativos, según proceda.
- Alentar a compartir dudas, temores y percepciones sobre el tratamiento o procedimiento.
- Incluir a la familia y a otras personas importantes, según proceda.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Bastable, S. B. (2020). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice* (5th ed.). Jones & Bartlett.

Cutilli, C. C. (2020). Excellence in patient education: Evidence-based education that "sticks" and improves patient outcomes. *The Nursing Clinics of North America*, *55*(2), 267-282. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2020.02.007.

Fereidouni, Z., Sabet Sarvestani, R., Hariri, G., Kuhpaye, S. A., Amirkhani, M., & Kalyani, M. N. (2019). Moving into action: The master key to patient education. *The Journal of Nursing Research: JNR*, *27*(1), 1-8. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000280.

Keçeci, A., Toprak, S., & Kiliç, S. (2019). How effective are patient education materials in educating patients. *Clinical Nursing Research*, *28*(5), 567-582. https://doi.org/10.1177/1054773817740521.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2020). Teaching. In *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (11th ed., pp. 295-318). Pearson Education.

Pinchera, B., DelloIacono, D., & Lawless, C. A. (2018). Best practices for patient self-management: Implications for nurse educators, patient educators, and program developers. *Journal of Continuing Education in Nursing*, *49*(9), 432-440. https://doi.org/10.3928/00220124-20180813-09.

Enseñanza: proceso de enfermedad 5602

Definición: Ayudar a una persona a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Actividades:

- Evaluar el nivel actual de conocimientos relacionados con el proceso específico de la enfermedad.
- Determinar los métodos óptimos de aprendizaje.
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, al nivel de comprensión de la persona.

- Describir los signos y síntomas habituales de la enfermedad, según proceda.
- Explicar lo que ya se ha hecho para tratar los síntomas.
- Describir el proceso de la enfermedad, según proceda.
- Identificar posibles etiologías, según proceda.
- Proporcionar información sobre la enfermedad, según proceda.
- Identificar los cambios en el estado físico de la persona.
- Evitar las palabras tranquilizadoras vacías.
- Proporcionar información real sobre el pronóstico y la afección, según proceda.
- Proporcionar a la familia y a otros allegados información sobre la evolución, según proceda.
- Proporcionar información sobre las medidas diagnósticas disponibles, según proceda.
- Discutir los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para prevenir futuras complicaciones o controlar el proceso de la enfermedad.
- Discutir la terapia y las opciones de tratamiento.
- Describir los fundamentos de las recomendaciones de manejo, terapia o tratamiento.
- Animar a explorar opciones u obtener una segunda opinión, según proceda o esté indicado.
- Describir las posibles complicaciones crónicas, según proceda.
- Fomentar el automanejo y los cambios de conducta para mejorar los síntomas de la enfermedad y los resultados de salud.
- Instruir sobre medidas para controlar o minimizar los síntomas, según proceda.
- Explorar posibles recursos y apoyo, según proceda.
- Remitir a agencias comunitarias locales y grupos de apoyo, según proceda.
- Instruir sobre los signos y síntomas que se deben comunicar al profesional sanitario, según proceda.
- Proporcionar números de teléfono a los que llamar si surgen complicaciones.
- Reforzar la información suministrada por otros miembros del equipo de atención sanitaria, según proceda.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Bastable, S. B. (2020). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice* (5th ed.). Jones & Bartlett Publishers.

Browne, K., Divilly, D., McGarry, M., Sweeney, C., & Kelly, M. E. (2017). Chronic disease management—The patient's perspective. *Irish Medical Journal, 110*(2), 511.

Brady, T. J., Ledsky, R., Lafontant, B., & Baker, T. N. (2018). Marketing self-management education: Lessons on messaging and framing. *American Journal of Health Behavior, 42*(5), 3-20. https://doi.org/10.5993/AJHB.42.5.1.

Lam, C. K., Copel, L. C., & Deveneau, L. (2021). Nurse faculty experiences teaching chronic illness self-management concepts. *Nursing Education Perspectives, 32*(4), . https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000808.

Poghosyan, L., Norful, A. A., Liu, J., & Friedberg, M. W. (2018). Nurse practitioner practice environments in primary care and quality of care for chronic diseases. *Medical Care, 56*(9), 791-797. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000961.

E

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 esterilización), incluyendo la eficacia, los efectos secundarios, las 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, el uso de un lubricante hidrosoluble y la 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.
- Comentar con el paciente la importancia de informar 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

Bibliografía:

Paranjape, A., Bernstein, L., 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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*. 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.

E

Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses) 5645

Definición: Enseñanza de la seguridad durante los tres primeros meses de vida.

Actividades:

- Proporcionar materiales por escrito adecuados a las necesidades identificadas.
- Aconsejar que se instale y utilice la silla para el coche de acuerdo con las instrucciones del fabricante.
- Indicar que se deje al lactante solo sobre la espalda para dormir, y que se deben mantener fuera de la cuna las colchas holgadas, las almohadas y los juguetes.
- Orientar a los progenitores sobre la ropa para una regulación adecuada de la temperatura del lactante.
- Aconsejar que se utilicen solo cunas que cumplan las normas de seguridad actuales.
- Indicar que se evite el uso de joyas, cordones o cadenas en el lactante.
- Aconsejar que se utilice y mantenga correctamente todo el equipo (p. ej., hamacas, cochecitos, parques, cunas portátiles).
- Indicar que se evite coger al lactante mientras se fuma o se toman bebidas calientes.
- Aconsejar que se sujete al lactante mientras se le alimenta, evitando apoyar el biberón y comprobando la temperatura de la leche de fórmula.
- Indicar que se monitorice a los cuidadores del lactante con experiencia y formación.
- Enseñar a prevenir caídas.
- Aconsejar que se compruebe la temperatura del agua del baño.
- Indicar que no se deje al lactante desatendido cerca de animales de compañía o de sus hermanos.
- Aconsejar que se verifique que los detectores de humo están instalados y funcionan en la casa.
- Informar sobre las precauciones adecuadas contra la exposición al sol.
- Aconsejar que se evite alimentar al lactante con sólidos hasta los 4 o 6 meses.
- Animar a realizar formación en RCP.
- Indicar que no se debe agitar, sacudir o balancear al lactante en el aire.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

5.ª edición 2008; revisada en 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

Enseñanza: seguridad del lactante (4-6 meses) 5646

Definición: Enseñanza de la seguridad de los cuatro a los seis meses de vida.

Actividades:

- Proporcionar materiales por escrito adecuados a las necesidades identificadas.
- Indicar que se evite el uso de andadores o de saltadores debido al peligro de lesiones y de los efectos perjudiciales sobre el desarrollo muscular.
- Aconsejar que no se deje al lactante nunca desatendido en el baño, el carro del supermercado, en una silla alta o sobre el sofá.
- Indicar que se evalúen los juguetes que cuelguen de la cuna.
- Aconsejar que se utilice una silla alta y segura cuando el lactante pueda sentarse.
- Indicar que se lo alimente únicamente con alimentos blandos o triturados.
- Aconsejar que se quiten todos los objetos pequeños del alcance del lactante.
- Indicar que se eviten los protectores solares hasta los 6 meses de edad.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

5.ª edición 2008; revisada en 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

Enseñanza: seguridad del lactante (7-9 meses) 5647

Definición: Enseñanza de la seguridad de los siete a los nueve meses de vida.

Actividades:

- Proporcionar materiales por escrito adecuados a las necesidades identificadas.
- Enseñar a evitar fuentes de intoxicación por plomo.
- Aconsejar que se mantengan los elementos peligrosos fuera del alcance del lactante.
- Indicar que se coloquen barreras en las zonas peligrosas.
- Aconsejar que se supervise la actividad del lactante continuamente.
- Indicar que se mantenga un ambiente libre de humo.
- Tener a mano el número de teléfono del Servicio de Toxicología.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

5.ª edición 2008; revisada en 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

E

Enseñanza: seguridad del lactante (10-12 meses) 5648

Definición: Enseñanza de la seguridad de los diez a los doce meses de vida.

Actividades:

- Proporcionar materiales por escrito adecuados a las necesidades identificadas.
- Indicar que se proteja al lactante de los muebles de cristal, los bordes afilados, los muebles inestables y los aparatos eléctricos.
- Aconsejar que se almacenen todos los productos de limpieza, los medicamentos y los productos de aseo personal fuera del alcance del lactante.
- Indicar que se utilicen pestillos a prueba de niños en los armarios.
- Aconsejar que se evite el acceso del lactante a ventanas de pisos superiores, balcones y escaleras.
- Indicar que se mantenga alejado al lactante de estanques, piscinas, el inodoro y recipientes con líquido para evitar que se ahogue.
- Aconsejar que se elijan los juguetes de acuerdo con las recomendaciones del fabricante respecto a la edad.
- Indicar que se aseguren las zonas de la piscina o las bañeras de hidromasaje con múltiples barreras.
- Aconsejar que se controle el límite de peso de la silla de automóvil y que se considere la posibilidad de colocar a un niño mirando hacia atrás.
- No dejar nunca al lactante solo en el exterior o en el interior del vehículo.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

5.ª edición 2008; revisada en 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

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.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que supervisen al niño cuando esté al aire libre.
- Indicar a los progenitores/cuidador que enseñen al niño los peligros de lanzar objetos y dar golpes.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que eviten el acceso a enchufes, cables y equipo/instalaciones/instrumentos eléctricos.
- Indicar a los progenitores/cuidador que guarden las armas y objetos similares cerrados bajo llave.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que eduquen al niño sobre las formas seguras de interactuar con los animales de compañía.
- Indicar a los progenitores/cuidador que aseguren las puertas/verjas para evitar el acceso del niño a zonas peligrosas (p. ej., calle, calzada, piscina).
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que desechen y/o eliminen las puertas de neveras, congeladores y otros recipientes herméticos no utilizados.
- Indicar a los progenitores/cuidador que utilicen los quemadores traseros de la cocina, instalen protecciones en los tiradores y/o limiten el acceso del niño a la cocina.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Aconsejar a los progenitores/cuidador que pongan 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].

American Academy of Pediatrics. (1994b). *2 to 4 years: Safety for your child* [brochure].

California Center for Childhood Injury Prevention. (1997). *Safe home assessment program.*

California Department of Health Services Childhood Lead Poisoning Prevention Branch. (1994). *Lead: Simple things that you can do to prevent childhood lead poisoning* [brochure].

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). Elsevier Mosby.

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

E

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.
- Indicar a los progenitores/cuidador que instalen un asiento del coche adecuado y utilizarlo de acuerdo con las instrucciones del fabricante.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que guarden los objetos afilados, los aparatos eléctricos y los elementos de la cocina fuera del alcance del niño.
- Indicar a los progenitores/cuidador que enseñen al niño los peligros de la calle.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que mantengan todos los productos de limpieza, los medicamentos y los productos de aseo personal fuera del alcance del niño.
- Indicar a los progenitores/cuidador que aseguren las zonas de la piscina/bañeras de hidromasaje con múltiples barreras.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

American Academy of Pediatrics. (1994a). *1 to 2 years: Safety for your child* [brochure].

American Academy of Pediatrics. (1994b). *2 to 4 years: Safety for your child* [brochure].

California Center for Childhood Injury Prevention. (1997). *Safe home assessment program.*

California Department of Health Services Childhood Lead Poisoning Prevention Branch. (1994). *Lead: Simple things that you can do to prevent childhood lead poisoning* [brochure].

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). Elsevier Mosby.

Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed.). 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.
- Indicar a los progenitores/cuidador que enseñen al niño los peligros de las armas.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que elijan los juguetes de acuerdo con las instrucciones del fabricante respecto a la edad.
- Indicar a los progenitores/cuidador que supervisen y enseñen sobre el uso seguro de grandes juguetes de saltar y montar.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que mantengan las cerillas/encendedores fuera del alcance del niño y enseñarle los peligros del fuego y las pastillas para encender fuego.
- Indicar a los progenitores/cuidador que vigilen siempre al niño en piscinas, estanques y bañeras de hidromasaje.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que enseñen al niño los peligros de los desconocidos y a distinguir entre el contacto bueno y el malo.
- Indicar a los progenitores/cuidador que proporcionen un casco homologado para ir en bicicleta y le enseñen que debe llevarlo siempre.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que prevengan el acceso del niño a ventanas de pisos superiores, balcones y escaleras.
- Indicar a los progenitores/cuidador que vigilen estrechamente al niño en lugares públicos.
- Aconsejar a los progenitores/cuidador que enseñen 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].

California Center for Childhood Injury Prevention. (1997). *Safe home assessment program.*

California Department of Health Services Childhood Lead Poisoning Prevention Branch. (1994). *Lead: Simple things that you can do to prevent childhood lead poisoning* [brochure].

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.). (2007). *Wong's nursing care for infants and children* (8th ed.). Elsevier Mosby.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. (Eds.). (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). Elsevier Mosby.

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

Enseñanza: seguridad en la primera infancia (1-5 años) 5684

Definición: Instrucción sobre seguridad para niños pequeños y preescolares.

Actividades:

- Proporcionar materiales escritos adecuados a las necesidades identificadas.
- Instruir al niño para que se siente tranquilamente mientras come.
- Indicar que se evite que el niño coma en el coche.
- Instruir para evitar riesgos de asfixia (p. ej., palomitas de maíz, perritos calientes, alimentos duros, uvas enteras, chicles, trozos grandes de fruta o verdura cruda).
- Instruir sobre las prácticas recomendadas para las sillas de coche.
- Aconsejar que no se deje nunca al niño solo al aire libre o en el vehículo.
- Orientar para retirar o guardar bajo llave las armas de fuego en un lugar seguro de la casa.
- Alentar a enseñar y reforzar «el buen contacto, el mal contacto» y la seguridad ante los extraños.
- Indicar que apliquen crema solar con frecuencia para evitar quemaduras.
- Orientar para mantener un entorno vital y de juego a prueba de niños.
- Educar para enseñar y reforzar la seguridad en el agua.
- No dejar nunca al niño desatendido cerca del agua.
- Instruir al niño para que lleve casco cuando monte en juguetes con ruedas.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

Enseñanza: seguridad en la infancia media (6-12 años) 5654

Definición: Educación sobre el favorecimiento de la seguridad para niños en edad escolar.

Actividades:

- Proporcionar materiales escritos adecuados a las necesidades identificadas.
- Instruir sobre el uso adecuado de los sistemas de retención en los vehículos de motor, y que el niño debe viajar en el asiento trasero.
- Educar para practicar y reforzar la seguridad de las armas de fuego.
- Orientar para reforzar los conceptos de «contacto bueno, contacto malo» y enseñar a «decir no».
- Animar a discutir cómo pedir ayuda.
- Aconsejar el uso de protección solar cuando se esté al aire libre.
- Educar para reforzar la seguridad en el agua y fomentar las clases de natación.
- Orientar para reforzar el uso de equipos de seguridad adecuados, como el casco, mientras se monta en bicicleta o se realizan otras actividades en vehículos sin motor, y desalentar el uso de vehículos con motor (p. ej., *quads*, ciclomotores, motos de nieve).
- Educar para fomentar el uso de un equipo de seguridad adecuado durante la práctica deportiva (p. ej., protector bucal, casco, protección ocular).
- Indicar que se tenga un plan de seguridad contra incendios y practicar simulacros de incendio con regularidad.
- Orientar para proporcionar una supervisión adecuada, ya que no se le debe dejar solo.
- Alentar a monitorizar los signos de conductas de alto riesgo (p. ej., abuso de sustancias, relaciones inseguras).
- Informar de la necesidad de conocer la actividad digital y en las redes sociales de los niños, mantener el ordenador en una zona central de la casa y enseñar seguridad en las redes sociales.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

Enseñanza: seguridad del adolescente (12-21 años) 5674

Definición: Instrucción sobre el favorecimiento de la seguridad para un adolescente.

Actividades:

- Proporcionar materiales escritos adecuados a las necesidades identificadas.
- Alentar a los progenitores a mantener líneas abiertas de comunicación con el adolescente.
- Educar a los progenitores para que establezcan normas familiares claras y sean coherentes en su aplicación.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Orientar a los progenitores para que establezcan el toque de queda.
- Indicar a los progenitores que sirvan de modelo de seguridad en los vehículos de motor y hablen de las conductas de riesgo habituales entre los adolescentes (p. ej., conducción distraída, exceso de velocidad, uso de internet en el coche, conducción nocturna, no uso de sistemas de retención en el vehículo).
- Incentivar a establecer un plan de seguridad de los vehículos de motor.
- Aconsejar a los progenitores que saquen las armas de casa o guarden la munición y las armas por separado en cajas cerradas con llave.
- Alentar a los progenitores a hacer hincapié en las relaciones sanas (p. ej., amigos del grupo de iguales de los adolescentes, relaciones románticas) y a tener cuidado con el acoso escolar.
- Fomentar el uso de equipos de seguridad adecuados para las actividades con y sin vehículos a motor y para la práctica de deportes.
- Fomentar la seguridad en el agua (es decir, no nadar solo, no consumir sustancias nocivas mientras se nada, entrar con los pies por delante en aguas de profundidad desconocida).
- Indicar a los progenitores que monitoricen los signos de conductas de alto riesgo (p. ej., abuso de sustancias, relaciones inseguras, prácticas autolesivas, trastornos alimentarios, trastornos del estado de ánimo, depresión).
- Aconsejar a los progenitores que conozcan la actividad de los adolescentes en las redes sociales y refuercen el uso seguro de estas.
- Incluir a los adolescentes y a los progenitores juntos en las instrucciones, cuando sea necesario.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt, K. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Richardson, B. (2020). *Pediatric primary care: Practice guidelines for nurses* (4th ed). Jones & Bartlett Learning.

Enseñanza: sexualidad 5624

Definición: Ayudar a las personas a comprender las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y el 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 a los deseos y a las acciones sexuales, según corresponda.
- Identificar recursos útiles en internet proporcionados por organizaciones responsables.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Center for Parent Information and Resources. (2016). *Sexuality education for students with disabilities*. 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* (pp. 500-515). Springer.

McLaughlin, L., & Broer, E. (2014). *Effectiveness of sexual health promotion in adolescents*. RN Journal. 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., Fridlund, B., Kautz, D. D., Mårtensson, J., Mosack, V., Moser, D. K., & Moser, D. (2013). Sexual counseling for individuals with cardiovascular disease and their partners. *European Heart Journal, 34*(41), 3217-3235.

Entrenamiento autógeno 5840

Definición: Ayuda con la autosugestión sobre la sensación de pesadez y calidez 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 guion preparado al paciente, haciendo pausas lo suficientemente largas como para que tenga tiempo de repetir las frases en su interior.
- En el guion 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 guion 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 guion preparado o una cinta de audio para provocar calidez.
- Proporcionar instrucciones mediante un guion 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). 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*. 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 pasivo-agresivas.
- 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). 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.). Brooks/Cole. 252-254.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (10th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott, Williams, & Wilkins. 955.

Stuart, G. W., & Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing*. Elsevier Mosby. 580-581.

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*. Mosby Elsevier. 185.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Entrenamiento de la memoria 4760

Definición: Mejorar la memoria.

Actividades:

- Comentar cualquier problema de memoria que se haya experimentado.
- Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado, si procede.
- Recordar experiencias pasadas, según corresponda.
- Desarrollar conjuntamente un plan de entrenamiento de la memoria (p. ej., tipo de técnicas de entrenamiento de la memoria, duración de las sesiones, duración del programa).
- Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas. (p. ej., visualización, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas).
- Proporcionar y ayudar con el uso de aplicaciones para dispositivos móviles, páginas web o programas informáticos para el entrenamiento de la memoria.
- Ayudar en las tareas de asociación y aprendizaje (p. ej., practicar el aprendizaje y el recuerdo de la información verbal o gráfica presentada).
- Proporcionar entrenamiento de orientación (p. ej., repasar información personal, fechas), según corresponda.
- Proporcionar oportunidades para la concentración (p. ej., juego de emparejar cartas), según corresponda.
- Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes (p. ej., preguntar acerca de salidas recientes).
- 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 de la persona.
- Remitir a un estudio neurológico, según corresponda.
- Derivar a terapia ocupacional y de la actividad, según corresponda.
- Animar a participar en grupos de programas de entrenamiento de la memoria, según corresponda.
- Monitorizar la conducta durante la terapia.
- Identificar y corregir los errores de orientación, según corresponda.
- Monitorizar los cambios de la memoria con el entrenamiento.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Dentz, A., Guay, M. C., Parent, V., & Romo, L. (2020). Working memory training for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *24*(6), 918-927.

McDougall, G. J., McDonough, I. M., & LaRocca, M. (2019). Memory training for adults with probable mild cognitive impairment: A pilot study. *Aging & Mental Health*, *23*(10), 1433-1441.

Pang, S. H., Lim, S. F., & Siah, C. J. (2021). Online memory training intervention for early-stage dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(3), 1141-1154.

Sala, G., & Gobet, F. (2020). Working memory training in typically developing children: A multilevel meta-analysis. *Psychonomic Bulletin & Review*, *27*(3), 423-434.

Yang, H.-L., Chan, P.-T., Chang, P.-C., Chiu, H.-L., Sheen Hsiao, S.-T., Chu, H., & Chou, K.-R. (2018). Memory-focused interventions for people with cognitive disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *International Journal of Nursing Studies*, *78*, 44-51. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.005.

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 de la persona para suprimir la micción.

Actividades:

- Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de la eliminación urinaria.
- Animar a orinar a diario.
- Mantener un registro específico de continencia durante 3 días para establecer el patrón de eliminación urinaria.
- Ayudar a identificar los patrones de incontinencia.
- Revisar la micción a diario con la persona.
- Establecer 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 a la persona al baño o recordarle que orine en los intervalos prescritos.
- Proporcionar intimidad a la hora de ir al baño.
- Utilizar el poder de la sugestión (hacer correr agua o tirar de la cadena del inodoro) para ayudar a la persona a orinar.
- Colocar aceite esencial de menta en una bola de algodón o en el inodoro para ayudar a orinar.
- Evitar dejar en el aseo durante más de 5 minutos.
- 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 no puede orinar en dos o más veces programadas para ir al baño.
- Aumentar el intervalo de ir al baño en 1 hora si no tiene ningún episodio de incontinencia durante 3 días hasta que se consiga el intervalo óptimo de 4 horas.
- Realizar una ecografía vesical, según esté indicado.
- Aplicar el protocolo de sondaje intermitente, según esté indicado.
- Expresar la confianza en la posibilidad de mejorar la continencia.
- Indicar que controle conscientemente la orina hasta la hora programada de ir al baño.
- Estudiar el registro diario de continencia para dar seguridad.

2.ª edición 1996; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Urinary elimination. In *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10ed. ed., pp. 1174-1200). Pearson.

Gaikwad, A. J., & Kanase, S. B. (2020). Effect of structured bladder training in urinary incontinence. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy, 14*(1), 30-36.
Jefferson, L. (2021). Urinary elimination. In P. A. Potter, A. G. Perry, P. A. Stockert, & A. M. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (pp. 1150-1171). Elsevier.
Kopf-Klakken, S. (2021). Urinary elimination. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (pp. 1096-1114). Wolters-Kluwer.
Lai, C. K. Y., & Wan, X. J. (2017). Using prompted voiding to manage urinary incontinence in nursing homes: Can it be sustained? *Journal of the American Medical Directors Association, 18*(6), 509-514.
Lough, M. E. (2022). Kidney disorders and therapeutic management. In L. D. Urden, K. M. Stacy, & M. E. Lough (Eds.), *Critical care nursing: Diagnosis and management* (pp. 655-668). Elsevier.
Newman, D. K. (2019). Evidence-based practice guideline: Prompted voiding for individuals with urinary incontinence. *Journal of Gerontological Nursing, 45*(2), 14-26. https://doi.org/10.3928/00989134-20190111-03.
Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2021). Urinary eliminationIn Clinical nursing skills and technique. *Mosby*, 870-880.
Touhy, T. (2020). Elimination. In K. Jett, & Touhy T.A. (Eds.), *Toward healthy aging* (pp. 201-210). Elsevier.
Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed). Elsevier.

E

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 orine en los momentos programados y no realizar ningún comentario cuando el paciente presente incontinencia.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Lewis, S., Dirksen, S., Heitkemper, M., Bucher, L., & Camera, I. (2011). Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems. *Elsevier Mosby*, 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). https://doi.org/10.1002/14651858.CD002801.pub2.

Entrenamiento en salud 5305

Definición: Ayudar a los individuos a tomar decisiones y hacer cambios de conducta que favorezcan su salud y bienestar general.

Actividades:

- Establecer 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.

© Elsevier. Prohibida su utilización es un delito.

- 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.

E

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. *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 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* (pp. 420-469). 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.

Entrevista motivacional 4395

Definición: Utilización de un enfoque conversacional colaborativo centrado en la persona para reforzar la motivación y el compromiso con el cambio.

Actividades:

- Establecer una colaboración basada en la confianza y el respeto.
- Mostrar interés en persona.
- Demostrar aceptación incondicional.
- Transmitir valoración absoluta y compasión.
- Fomentar la expresión de pensamientos y sentimientos.
- Establecer conjuntamente el propósito y los objetivos de la conversación.
- Preguntar qué cambio le gustaría hacer.
- Preguntar por qué quiere cambiar.
- Obtener perspectivas sobre preocupaciones, cuestiones o problemas.
- Utilizar la escucha reflexiva (p. ej., reflejar lo que dice la persona repitiendo lo expresado).
- Actuar como guía para conectar los sentimientos con los pensamientos.

- Esforzarse por comprender mutuamente la experiencia.
- Afirmar los esfuerzos y los puntos fuertes.
- Ofrecer información diseñada para proporcionar una comprensión más profunda de las preocupaciones, con permiso.
- Ayudar a definir los cambios necesarios.
- Ayudar a desarrollar soluciones propias (es decir, preguntar cómo hacer el cambio para tener éxito).
- Centrarse en resolver la ambivalencia sobre la realización de los cambios deseados.
- Pedir que identifique al menos tres razones para realizar el cambio.
- Explorar conjuntamente la motivación y el compromiso para realizar el cambio (es decir, preguntar qué importancia tiene realizar el cambio).
- Reconocer que el verdadero poder para el cambio reside en la persona.
- Ayudar a identificar los logros ya alcanzados hacia la realización de los cambios deseados.
- Ayudar a identificar las barreras que limitan el cambio.
- Explorar conjuntamente estrategias para superar las barreras que limitan el cambio.
- Evocar un plan de cambio al tiempo que se refuerzan las motivaciones positivas para el cambio.
- Concluir con un resumen de la conversación y un plan de cambio.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Frost, H., Campbell, P., Maxwell, M., O'Carroll, R. E., Dombrowski, R. U., Williams, B., Cheyne, H., Coles, E., & Pollock, A. (2018). Effectiveness of motivational interviewing on adult behavior change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS ONE, 13*(10), e0204890. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204890.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford.

Palacio, A., Garay, D., Langer, B., Taylor, J., Wood, B., & Tamariz, L. (2016). Motivational interviewing improves medication adherence: A systematic review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*(8), 929-940. https://doi.org/10.1007/s11606-016-3685-3.

Seigart, D., Veltman, M., Willhaus, J., & Letterle, C. (2018). Implementation of motivational interviewing training in an undergraduate nursing curriculum: Identifying adolescents at risk for substance use. *International Journal of Research in Public Health, 15*(8), 1623. https://doi.org/10.3390/ijerph15081623.

Stallings, D. T., & Schneider, J. K. (2018). Motivational interviewing and fat consumption in older adults: A meta-analysis. *Journal of Gerontological Nursing, 44*(11), 33-43. https://doi.org/10.3928/00989134-20180817-01.

Vallabhan, M. K., Jimenez, E. Y., Nash, J. L., Gonzales-Pacheco, D., Coakley, K. E., Noe, S. R., DeBlieck, C. J., Summers, L. C., Feldstein-Ewing, S. W., & Kong, A. S. (2018). Motivational interviewing to treat adolescents with obesity: A meta-analysis. *Pediatrics, 142*(5), e20180733. https://doi.org/10.1542/peds.2018-0733.

Widder, R. (2017). Learning to use motivational interviewing effectively: Modules. *Journal Continuing Education in Nursing, 48*(7), 312-319. https://doi.org/10.3928/00220124-20170616-08.

Escucha activa 4920

Definición: Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales de la persona.

Actividades:

- Establecer el propósito de la interacción.
- Mostrar interés por la persona.
- Hacer preguntas abiertas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Abstenerse de hacer juicios sobre la persona y sus experiencias (p. ej., prejuicio, sesgo, presuposiciones).
- Centrarse en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
- Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).
- Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.
- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p. ej., saber que la postura física expresa mensajes no verbales).
- Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.
- Escuchar los mensajes y sentimientos no expresados y además atender al contenido de la conversación.
- Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.
- Estar atento al tono, ritmo, volumen, entonación e inflexión de la voz.
- Reflejar y reflexionar sobre la información y las emociones parafraseando periódicamente los puntos clave.
- Identificar los temas predominantes.
- Determinar el significado del mensaje 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 exploratorias 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.
- Resumir el mensaje reformulando los temas principales.
- Organizar las responsabilidades mutuas y el seguimiento, si es necesario.

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2004 y 2024

Bibliografía:

Ellis, P., & Abbott, J. (2018). Active listening, Part one: How and where. *Journal of Kidney Care, 3*(2), 126-128. https://doi.org/10.12968/jokc.2018.3.2.126.

Ellis, P., & Abbott, J. (2018). Active listening, Part two: Showing empathy. *Journal of Kidney Care, 3*(3), 193-195. https://doi.org/10.12968/jokc.2018.3.3.193.

Fitzgerald, D. T. (2020). Using online active listening to facilitate student communication skills. *The Journal of Nursing Education, 59*(2), 117. https://doi.org/10.3928/01484834-20200122-13.

Jonsdottir, I. J., & Kristinsson, K. (2020). Supervisors' active-empathetic listening as an important antecedent of work engagement. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(21), 7976. https://doi.org/10.3390/ijerph17217976.

Kilgore, C. (2017). Active listening key to quality palliative care. *Caring for the Ages, 18*(10), 15.

Payton, J. (2018). Improving communication skills within the nephrology unit. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association, 45*(3), 269-280.

Pangh, B., Jouybari, L., Vakili, M. A., Sanagoo, A., & Torik, A. (2019). The effect of reflection on nurse-patient communication skills in emergency medical centers. *Journal of Caring Sciences, 8*(2), 75-81. https://doi.org/10.15171/jcs.2019.011.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

E

Establecimiento de 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 «su 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.
- Monitorizar 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* (pp. 55-78). 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* (pp. 659-686). Lippincott Williams & Wilkins.

Videbeck, S. L. (2006). *Psychiatric mental health nursing* (3rd ed.). 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.
- 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* (pp. 218-232). 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.* 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.

E

Estimulación cognitiva 4720

Definición: Favorecimiento de 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* (pp. 243-285). 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).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.

E

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). Lippincott Williams & Wilkins.

Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) 1540

Definición: Estimulación de la piel y los tejidos subyacentes por medio de impulsos eléctricos controlados de bajo voltaje.

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 sitios alternativos cuando no sea posible una aplicación directa (p. ej., adyacente, distal o ambos lados de dicho sitio, entre áreas afectadas y el cerebro, así como contralateral al dolor).
- Aplicar los electrodos desechables o reutilizables en la zona de estimulación.
- Conectar los cables a los electrodos y al aparato de TENS, asegurándose de que los cables estén enchufados con seguridad a las conexiones.
- Determinar la amplitud, frecuencia y ancho de pulso terapéuticos.
- Ajustar la amplitud, frecuencia y ancho del pulso a los ajustes 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.). 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.

Etapas en la dieta 1020

Definición: Establecimiento de las restricciones necesarias de la dieta con la progresión posterior de esta 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 en la dieta de los lactantes desde el agua con glucosa o la solución electrolítica oral a la fórmula de lactancia diluida al 50% y a la 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 *Nutrition essentials for nursing practice* (5th rev. ed., pp. 417-456). Lippincott Williams & Wilkins.

Holloway, N. M. (2004). *Medical-surgical care planning*, (pp. 689) (4th ed.). Lippincott, Williams & Wilkins.

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.). Jones & Bartlett, 266.

E

Etapas en la dieta: cirugía para la pérdida de peso 1024

Definición: Establecimiento de 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 picadas en trozos pequeños, frutas enlatadas, harina de avena, huevos) entre 6 y 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 contengan 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.
- Monitorizar 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). 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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*. 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.
- Seleccionar 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; revisada en 2018

Bibliografía:

Goodbody, J., & Gallo, M. (2010). Ensuring reusable equipment meets patients' needs and infection prevention guidelines. *Nursing Times, 106*(27), 17, 15.

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*. 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). 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*. http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js17699en/.

Exploración mamaria 6522

Definición: Inspección y palpación de las mamas y de las zonas relacionadas.

Actividades:

- Explorar los posibles factores de riesgo para que pueda desarrollarse un cáncer de mama (p. ej., edad actual, 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).
- Determinar si hay dolor, tumor, engrosamiento o hipersensibilidad dolorosa; secreción, distorsión, retracción o descamación del pezón.

- Ayudar a colocarse cómodamente a medida que se realiza la exploración, permitiendo la intimidad y la sensibilidad.
- Explicar cada paso específico de la exploración.
- Dirigir la exploración en posición erguida y en decúbito supino.
- Dar instrucciones para quitarse la bata o la ropa que cubra el tórax.
- 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.
- Enseñar a utilizar cuatro posiciones diferentes para la exploración visual (es decir, 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).
- Comprobar 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 persona 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.
- Comprobar si hay masas, 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 profesional sanitario o a la enfermera, según corresponda.
- Animar a realizar la autopalpación durante y después de la exploración clínica de la mama.
- Enseñar la importancia de una autoexploración periódica de la mama, de estar familiarizada con el aspecto y la sensación a la palpación de sus propias mamas, y a comunicar al profesional sanitario cualquier cambio.
- Aconsejar la realización de mamografías con regularidad, según corresponda a la edad, el estado, los antecedentes, la etnicidad, la raza, la dieta, la actividad y la presencia de factores de riesgo.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Cadet, M. J. (2019). Comparing the various breast cancer screening guidelines. *Journal for Nurse Practitioners, 15*(8), 574-578.

Fenske, C., Watkins, K. D., Saunders, T., D'Amico, D. T., & Barbarito, C. (2019). *Health & Physical Assessment in Nursing* (4th ed.). Pearson.

Li, C., Liu, Y., Xue, D., & Chan, C. (2020). Effects of nurse-led interventions on early detection of cancer: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies, 110*, 103684.

Muhrer, J. C. (2017). Improving breast cancer screening in a federally qualified health center with a team of nursing leaders. *Nurse Practitioner, 42*(1), 12-16.

Schub, T., Holle, M. N., & Pravikoff, D. (2018, December 7). Breast cancer screening: Women at high risk. *CINAHL Nursing Guide: Evidence Based Care Sheet.*

Weston, C., Akinlotan, M., Lichorad, A., McClellan, D., Helduser, J., Ojinnaka, C., Holland, B., & Bolin, J. N. (2018). The impact of interprofessional education on family nurse practitioner students' and family medicine residents' knowledge and confidence in screening for breast and cervical cancer. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 30*(9), 511-518.

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; 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, Hb 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 grados.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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 la prescripción.
- Estimular la tos y respiración profunda.
- Aspirar la vía aérea, si es preciso.
- Tomar medidas para prevenir aspiración postextubación, como se indique.
- Monitorizar los reflejos protectores de las vías respiratorias para detectar su 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 de los Centros 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, *Core curriculum for critical care nursing*. In J.G. Alspach, W.B. Saunders, 2006.

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.

Extubación endotraqueal: paliativa 1360

Definición: Retirada intencionada del tubo endotraqueal y de la ventilación mecánica con conocimiento de que puede producirse la muerte natural.

Actividades:

- Determinar la idoneidad de la extubación en función de los deseos de la persona y su familia.
- Involucrar al equipo interprofesional en el proceso de toma de decisiones.
- Revisar la historia clínica para garantizar que se han documentado los deseos relativos a la interrupción de la asistencia respiratoria.
- Preparar a la familia sobre lo que puede esperar (p. ej., episodios de respiración anormal o movimientos involuntarios, interrupción de las intervenciones que no proporcionan confort).
- Proporcionar apoyo espiritual si se desea.
- Suspender los fármacos bloqueantes neuromusculares en el intervalo adecuado antes de la extubación, según la prescripción.
- Mantener el acceso intravenoso o subcutáneo según esté indicado.
- Levantar la cabecera de la cama a 35-45 grados.
- Animar a la familia a pasar tiempo con la persona antes de la extubación.
- Retirar los equipos innecesarios de la cabecera de la cama.
- Retirar las ligaduras flojas, manoplas y otros dispositivos que dificulten el contacto entre la persona y la familia.
- Disminuir o apagar el sonido de los equipos de vigilancia y dispositivos electrónicos (p. ej., alarmas, televisión, radios, teléfonos, ordenadores), excepto cuando la familia solicite lo contrario.
- Administrar la premedicación previa a la extubación para mejorar el confort, según la prescripción.
- Proceder con los pasos de la extubación (p. ej., desinflar el globo, retirar el tubo).
- Mantener la cánula en la persona con traqueostomía o edema importante de las vías respiratorias.
- Aspirar las secreciones residuales, según sea necesario.
- Administrar medicación para aliviar la dificultad respiratoria, el dolor o la ansiedad, según la prescripción.
- Proporcionar apoyo familiar según esté indicado.
- Documentar el proceso, los medicamentos y los resultados (p. ej., inestabilidad, estabilidad, muerte).

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Coradazzi, A. L., Inhaia, C. L., Santana, M. T. E. A., Sala, A. D., Ricardo, C. P., & Suadicani, C. O. (2019). Palliative withdrawal ventilation: Why, when and how to do it? Hospice & Palliative Medicine. *International Journal, 3*, 10-14.

Faircloth, A. C. (2017). Anesthesia involvement in palliative care. *Annual Review of Nursing Research, 35*, 135-158.

Haas, N. L., Larabell, P., Schaeffer, W., Hoch, V., Arribas, M., Melvin, A. C., Laurinec, S. L., & Bassin, B. S. (2020). Descriptive analysis of extubations performed in an Emergency Department-based Intensive Care Unit. *The Western Journal of Emergency Medicine, 21*(3), 532-537. https://doi.org/10.5811/westjem.2020.4.47475.

Potter, J., Shields, S., & Breen, R. (2021). Palliative sedation, compassionate extubation, and the principle of double effect: An ethical analysis. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 38*(12), 1536-1540. https://doi.org/10.1177/1049909121998630.

White, D.B. (2019). Withholding and withdrawing ventilatory support in adults in the intensive care unit. In I. Finlay, G. (Ed.), *UpToDate*. https://www-uptodate-com.proxy.lib.uiowa.edu/contents/withholding-and-withdrawing-ventilatory-support-in-adults-in-the-intensive-care-unit.

Facilitación de 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 de 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.
- Monitorizar 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* (pp. 301-338). Prentice Hall.

Freeman, L. (2004). Hypnosis. In L. Freeman (Ed.), *Mosby's complementary & alternative medicine: A research-based approach* (pp. 237-274). Mosby.

Fromm, E., & Kahn, S. (1990). *Self-hypnosis. The Chicago paradigm*. 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* (pp. 208-214). Bailliere Tindall: Edinburgh.

Sanders, S. (1991). *Clinical self-hypnosis: The power of words and images*. The Guilford Press.

Zahourek, R. P. (1985). *Clinical hypnosis and therapeutic suggestion in nursing*. Grune & Stratton.

Zarren, J. I., & Eimer, B. N. (2002). *Brief cognitive hypnosis: Facilitating the change of dysfunctional behavior*. Springer.

Facilitación de 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.

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

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), . http://www.cdc.gov/pc/issues/2007/jul/07_0017.htm.

Fortinash, K., & Worret, P. (2012). *Psychiatric mental health nursing* (5th ed.). 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.

F

Facilitación de la cuarentena 6596

Definición: Prestación de cuidados a personas que deben guardar cuarentena.

Actividades:

- Solicitar confirmación de la necesidad de cuarentena.
- Notificar la necesidad de cuarentena basándose en las recomendaciones de las instituciones sanitarias locales, autonómicas o nacionales.
- Proporcionar información detallada sobre la duración prevista de la cuarentena.
- Educar para monitorizar los síntomas de enfermedades infecciosas transmisibles a las que estuvieron expuestos.
- Justificar la necesidad de la cuarentena.
- Identificar si reside solo o acompañado.
- Proporcionar recomendaciones para guardar cuarentena lejos de otras personas que vivan en el hogar, según proceda.
- Instruir sobre prácticas de prevención de infecciones.
- Informar a la persona de las restricciones de cuarentena específicas de su enfermedad infecciosa transmisible (p. ej., no ir al supermercado, no relacionarse con los vecinos).
- Proporcionar recursos comunitarios, según estén disponibles, para apoyar al individuo mientras esté en cuarentena.
- Garantizar el acceso a las necesidades humanas básicas, incluidos alimentos, agua, suministros domésticos y médicos, y apoyo psicológico.
- Favorecer la actividad física en función del estado de salud general, mientras se está en cuarentena.
- Evaluar los efectos nutricionales, de bienestar, de peso y cardiovasculares de la cuarentena si es necesaria durante un período prolongado de tiempo.
- Aportar documentación que avale la protección del empleo (p. ej., documentación del parte de incapacidad temporal).
- Indicar que se continúa con la medicación y los regímenes de salud actuales, según proceda.
- Monitorizar el aumento de la ansiedad y la depresión.
- Recomendar intervenciones apropiadas para favorecer el bienestar mental y físico durante la cuarentena.
- Proporcionar por escrito una lista de métodos de comunicación para ponerse en contacto con el profesional sanitario.
- Ofrecer citas de telemedicina, según proceda, para las necesidades de salud física y mental.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.
- Abogar por la coherencia de las leyes y normas locales, autonómicas y nacionales de cuarentena y aislamiento.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Ferreira, L. N., Pereira, L. N., da Fe Bras, M., & Ilchuk, K. (2021). Quality of life under the COVID-19 quarantine. *Quality of Life Research, 30*, 1389-1405. https://doi.org/10.1007/s11136-020-02724-x.

Katz, R., Vaught, A., Formentos, A., & Capizola, J. (2018). Raising the yellow flag: State variation in quarantine laws. *Journal of Public Health Management and Practice, 24*(4), 380-384.

Kilic, C., Ataman Hatipoglu, C., & Gunes (2020). Quarantine and its legal dimension. *Turkish Journal of Medical Sciences, 50*, 544-548. https://doi.org/10.3906/sag-2004-153.

Mattioli, A. V., Puviani, M. B., Nasi, M., & Farinetti, A. (2020). COVID-19 pandemic: The effects of quarantine on cardiovascular risk. *European Journal of Clinical Nutrition, 74*, 852-855. https://doi.org/10.1038/s41430-020-0646-z.

Sundwall, D. N. (2019). Quarantine in the 21st century: To be effective, public health policies must be inclusive. *American Journal of Public Health, 109*(9), 1184-1185. https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305224.

Facilitación de la justicia social 8740

Definición: Participación en prácticas diseñadas para favorecer entornos sanitarios óptimos que adopten conceptos de diversidad, equidad e inclusión.

Actividades:

- Identificar las desigualdades sociales y determinar cómo contribuyen a las disparidades en los resultados de salud.
- Evaluar cómo los procesos de exclusión social (p. ej., historia de colonialismo, falta de reconocimiento, falta de respeto, estigma, miedo a la diferencia, dominación, opresión) contribuyen a las disparidades en la atención sanitaria.
- Evaluar cómo los factores previos (p. ej., bajo nivel educativo u oportunidades escasas, disparidades de ingresos, discriminación, marginación social) impiden obtener resultados de salud positivos de forma amplia e inequitativa.
- Evaluar cómo los factores intermedios (p. ej., falta de vivienda, inseguridad alimentaria, trauma) contribuyen a los factores individuales y a las necesidades sociales que pueden afectar a la salud.

- Utilizar enfoques poscoloniales y perspectivas interseccionales para comprender cómo las desigualdades estructurales y la violencia estructural dan lugar a disparidades sanitarias.
- Reconocer las desigualdades sanitarias como reflejo de la discriminación por motivos de raza, clase social y sexo.
- Colaborar con las personas directamente afectadas por las injusticias sociales.
- Adoptar un enfoque integrador.
- Transmitir el respeto de la dignidad humana para todos.
- Transmitir respeto y consideración positiva incondicional por las diferencias individuales y de grupo, ya que el reconocimiento valorado es condición fundacional de la dignidad humana.
- Abstenerse de emitir juicios basados en el sexo, la raza, la clase social, la orientación sexual, las capacidades, la edad o las circunstancias.
- Reconocer los sesgos, las suposiciones, las actitudes prejuiciosas y los estereotipos que contribuyen a las injusticias sociales y a las desigualdades en la atención sanitaria cuando se relacionan con las personas.
- Favorecer la solidaridad social creando oportunidades diseñadas para fomentar el sentido de pertenencia y la seguridad.
- Establecer relaciones de trabajo no jerárquicas, respetuosas con la dignidad humana, sinceras y discretas.
- Crear y participar en reuniones comunitarias, asambleas municipales, salones ciudadanos y programas intergrupales de diálogo para explorar cuestiones de cultura, política, racismo, ubicación geográfica, violencia y religión y su contribución a las desigualdades sanitarias.
- Trabajar con asociaciones para descubrir las raíces sociales, ambientales, educativas y económicas de las injusticias que influyen en el bienestar.
- Identificar los cambios sociales y estructurales específicos necesarios para corregir las injusticias sociales e institucionales que mantienen las desigualdades y perpetúan las ventajas para unos y las desventajas para otros.
- Adaptar la atención a las personas y grupos con mayores necesidades para proporcionarles más recursos y apoyo.
- Identificar los puntos fuertes y los rasgos positivos de las personas, las familias, las comunidades y las poblaciones afectadas por situaciones injustas.
- Desarrollar estrategias de colaboración para rectificar las dinámicas de poder opresivas y las condiciones deshumanizadoras que interfieren en el desarrollo humano.
- Colaborar con otros enfermeros, profesionales de la salud y partes interesadas (políticos, empresarios, filántropos, profesores, organizadores comunitarios, clérigos, abogados, ingenieros, etc.) para desarrollar estrategias múltiples que desmantelen las estructuras sociales, políticas o económicas responsables de las desigualdades sociales y sanitarias.
- Facilitar el acceso de las personas, las familias y las comunidades a los servicios sanitarios en los que trabajan las enfermeras, incluidos los centros de salud federales, las clínicas minoristas, los servicios de salud a domicilio y las visitas domiciliarias, la telemedicina, la enfermería escolar, los centros de salud escolares y los centros de salud gestionados por enfermeras.
- Desarrollar y utilizar estrategias (p. ej., gestión de los cuidados, cuidados centrados en la persona, humildad cultural) para superar las barreras a los cuidados de calidad, las desigualdades estructurales y los prejuicios implícitos.
- Utilizar los principios de la enfermería transcultural para proporcionar cuidados a comunidades diversas que sean culturalmente respetuosos y apropiados.
- Defender a las personas y denunciar el racismo, la discriminación y la injusticia.
- Promover la equidad sanitaria colaborando con los responsables de las políticas públicas y los líderes de las organizaciones para transformar las políticas públicas relacionadas con la salud, que contribuyen a las disparidades sanitarias.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Chinn, P. L., & Kramer, M. (2021). Integrated theory and knowledge development in nursing: *Chapter 3. Emancipatory knowledge development* (11th ed.). Elsevier.

da Silva, K. L., Moura Rabelo, A. R., Gandra, E. C., Siqueira Costa Schreck, R., Assunção Guimarães, R., Marques, M. F., & Beiga, S. (2021). Social inequalities in Brazilian nursing discourse: Social commitment and hegemonic struggle. *Revista de Enfermagem Referência, 5*, 1-7. https://doi.org/10.12707/RV20089.

Falk-Rafael, A., & Betker, C. (2012). Witnessing social injustice downstream and advocating for health equity upstream: "The trombone slide" of nursing. *Advances in Nursing Science, 35*(2), 98-112.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*. The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25982.

Nemetchek, B. (2019). A concept analysis of social justice in global health. *Nursing Outlook, 67*(3), 244-251.

Sadarangani, T. R. (2020). The nurse's role in promoting health equity and improving racial justice in older adults through elimination of unconscious bias. *Geriatric Nursing, 41*(6), 1025-1027.

Stonehouse, D. P. (2021). Understanding nurses' responsibilities in promoting equality and diversity. *Nursing Standard*, 27-33. https://doi.org/10.7748/ns.2021.e11531.

Yanicki, S. M., Kushner, K. E., & Reutter, L. (2015). Social inclusion/exclusion as matters of social (in)justice: A call for nursing action. *Nursing Inquiry, 22*, 121-133.

Facilitación de la meditación 5960

Definición: Facilitar que una persona modifique su nivel de consciencia centrándose específicamente en una imagen o un 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.

F

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2018

Bibliografía:

Austin, J. H. (2011). *Meditating selflessly: Practical neural Zen*. Massachusetts Institute of Technology Press.

Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness for beginners: Reclaiming the present moment and your life*. 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)*. University Press of Colorado.

Facilitación de 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.

Actividades:

- Obtener el consenso del equipo interprofesional para la presencia de la familia y el momento de dicha presencia.
- Evaluar la situación para determinar cuándo es apropiada la presencia de la familia.
- Minimizar el riesgo de la presencia física siguiendo las directrices adecuadas de control de infecciones.
- Comunicar de forma proactiva para que las familias sean conscientes de cualquier restricción.
- Proporcionar miembros del equipo con formación específica (p. ej., capellán, enfermera, trabajador social) designados para la familia, que puedan manejar situaciones familiares difíciles y excepcionales.
- Establecer claramente las excepciones compasivas al control de infecciones u otras restricciones.
- Utilizar un abordaje de toma de decisiones compartida para comunicar los riesgos y beneficios en los casos en los que la familia pueda estar físicamente presente.
- Invitar a la familia a estar presente durante la reanimación, según proceda.
- Presentarse a sí mismo y a los demás miembros del equipo interprofesional a la familia y a la persona.
- Determinar la idoneidad del lugar físico para la presencia de la familia.
- Asegurarse de que la familia ha sido informada de lo que puede esperar (p. ej., lo que verá, oirá, olerá, el estado de la persona, el equipo utilizado).
- Informar a los familiares de que deben avisar si se sienten débiles o enfermos.
- Informar a la familia de las expectativas y límites de conducta.
- Asegurarse de que los familiares no queden desatendidos.
- Informar al equipo interprofesional de la reacción emocional de la familia ante el estado de la persona, según proceda.
- Obtener información respecto al estado de la persona, la respuesta al tratamiento y las necesidades identificadas.
- Dar a la familia información y explicaciones oportunas sobre el estado de la persona, la respuesta al tratamiento y las necesidades identificadas, en términos comprensibles.
- Conseguir la ayuda de la familia para garantizar que los demás miembros cumplen los protocolos de seguridad establecidos, si está indicado.
- Cuando se hable con la familia, utilizar el nombre de la persona.
- Determinar las necesidades de apoyo emocional, físico, psicosocial y espiritual de la persona y de la familia, y tomar las medidas oportunas para satisfacer dichas necesidades, según precise.
- Determinar la carga psicológica del pronóstico para la familia.
- Fomentar esperanzas realistas, según corresponda.
- Defender a la familia, según sea necesario.
- 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.
- 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 la persona antes de los traslados.
- Ayudar a la persona o a los miembros de la familia a realizar llamadas telefónicas, si es necesario.
- Mejorar la formación y el seguimiento tras el alta para facilitar las transiciones asistenciales (p. ej., centro de cuidados terminales).
- 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.
- Participar, iniciar o coordinar el seguimiento de la aflicción familiar a intervalos establecidos, según corresponda.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

Afzali-Rubin, M., Svensson, T. L. G., Herling, S. F., Wirenfeldt-Klausen, T., Jabre, P., & Møller, A. M. (2020). Family presence during resuscitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013619.

Emergency Nurses Association. (2018). *Emergency Nurses Association position statement: Resuscitative decisions in the emergency care setting*.

Frampton, S., Agrawal, S., & Guastello, S. (2020). Guidelines for family presence policies during the COVID-19 Pandemic. *JAMA Health Forum, 1*(7), e200807. https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2020.0807.

Powers, K., & Reeve, C. L. (2020). Family presence during -resuscitation: Medical-surgical nurses' perceptions, self-confidence, and use of invitations. *American Journal of Nursing,. 120*(11), 28-38.

Powers, K. A. (2018). Family presence during resuscitation: The education needs of critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing, 37*(4), 210-216. https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000304.

Facilitación de la superación de la aflicción 5290

Definición: Ayuda en la resolución de una pérdida significativa.

Actividades:

- Garantizar la privacidad y la confidencialidad.
- Transmitir autenticidad, calidez, sinceridad, interés y cariño incondicional.
- Presentarse y asegurarse de que la persona se siente cómoda.
- Identificar la pérdida.
- Ayudar a identificar la naturaleza de apego al objeto o a la persona que se ha perdido.
- Considerar el contexto social de la persona que sufre la pérdida.
- Ayudar a identificar la reacción inicial a la pérdida.
- Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.
- Escuchar activamente las expresiones de aflicción.
- Ayudar a expresar los sentimientos de culpa.
- Fomentar la expresión de experiencias de pérdidas anteriores.
- Fomentar la expresión de recuerdos de la pérdida, tanto pasados como actuales.
- Asegurar que la aflicción es una reacción natural a la pérdida.
- Asegurar que cada persona experimenta la aflicción de una manera única.
- Realizar afirmaciones empáticas sobre la aflicción.
- Fomentar la identificación de los miedos más profundos sobre la pérdida.
- Explicar las fases del proceso de aflicción, según corresponda.
- Apoyar la progresión a través de los estadios personales de aflicción.
- Incluir a los allegados en las charlas y decisiones, según corresponda.
- Ayudar a identificar estrategias personales de afrontamiento.
- Animar 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.
- Recomendar la asistencia a un grupo de apoyo a la aflicción, según proceda.
- Apoyar los esfuerzos para resolver conflictos anteriores, según corresponda.
- Apoyar los progresos conseguidos en el proceso de aflicción.
- Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Harrop, E., Morgan, F., Longo, M., Semedo, L., Fitzgibbon, J., Pickett, S., Scott, H., Seddon, K., Sivell, S., Nelson, A., & Byrne, A. (2020). The impacts and effectiveness of support for people bereaved through advanced illness: A systematic review and thematic synthesis. *Palliative Medicine, 34*(7), 871-888.

Milman, E., Neimeyer, R. A., Fitzpatrick, M., MacKinnon, C. J., Muis, K. R., & Cohen, S. R. (2019). Prolonged grief and the disruption of meaning: Establishing a mediation model. *Journal of Counseling Psychology, 66*(6), 714-725.

Thacker, N. E., & Duran, A. (2020). Operationalizing intersectionality as a framework in qualitative grief research. *Death Studies*, 1-11.

Facilitación de la superación de la aflicción: muerte perinatal 5294

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 lactante hasta la llegada de los padres.
- Bautizar al lactante, según corresponda.
- Animar a los padres a coger al lactante 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 lactante.
- Comentar los planes que se hayan realizado (entierro, funeral, nombre del lactante).
- 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 lactante, si es necesario.
- Preparar al lactante 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 lactante cuanto deseen.
- Comentar el aspecto del lactante en función de la edad gestacional y el tiempo transcurrido desde la defunción.
- Centrarse en las características normales del lactante, a la vez que se discuten las anomalías con sensibilidad.
- Animar a la familia para que esté un tiempo a solas con el lactante, 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Notificar al laboratorio o funeraria, para que dispongan del cuerpo, según corresponda.
- Trasladar al lactante 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*. 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.

F

Facilitación de la superación de la 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). Thomson Delmar Learning.

Kemp, C. (2004). Grief and loss. In K. M. Fortinash, & P. A. Holloday Worret (Eds.), *Psychiatric mental health nursing* (pp. 573-588). Mosby.

Stuart, G. (2005). Self-concept responses and dissociative disorders. In G. W. Stuart, & M. T. Laraia (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (pp. 303-329). Mosby.

Sundeen, S. (2005). Psychiatric rehabilitation and recovery. In G. W. Stuart, & M. T. Laraia (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (pp. 239-257). 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.

Facilitación de las visitas 7560

Definición: Favorecimiento 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.
- Monitorizar 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*. 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.

Facilitación de los permisos 7440

Definición: Organización de 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. UpToDate.* http://www.uptodate.com/contents/hospital-discharge.

BC Children's Hospital. (2011). *Leave of absence—Patient (day/overnight pass).* 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 granted temporary leave of absence from hospital ("pass meds").* http://bccwhcms.medworxx.com/Site_Published/bcc/document_render.aspx?documentRender.IdType=30&documentRender.GenericField=1&d

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Facilitación del aprendizaje 5520

Definición: Mejorar la voluntad y la capacidad de recibir, procesar y comprender la información.

Actividades:

- Determinar la disposición y la capacidad para recibir, procesar y comprender la información.
- Proporcionar un entorno propicio para el aprendizaje y libre de distracciones.
- Satisfacer las necesidades fisiológicas básicas (p. ej., hambre, sed, calor, dolor, fatiga).
- Fomentar la participación activa.
- Conseguir la participación de la familia y otras personas, según proceda.
- Establecer metas y objetivos de aprendizaje conjuntos y realistas.
- Adaptar el contenido a las capacidades cognitivas, psicomotoras y emocionales.
- Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.
- Organizar la información en una secuencia lógica.
- Adaptar la información para que se ajuste al estilo de vida, las rutinas y las creencias.
- Utilizar múltiples modalidades de enseñanza, según proceda.
- Proporcionar folletos educativos, vídeos y recursos en línea, según proceda.
- Garantizar la actualidad del material educativo.
- Utilizar un lenguaje sencillo, palabras y frases cortas, y evitar la jerga médica.
- Relacionar los nuevos contenidos con los conocimientos previos, según proceda.
- Fomentar el intercambio de experiencias válidas a lo largo del aprendizaje.
- Utilizar la enseñanza a ritmo propio, cuando sea posible.
- Fomentar la libre expresión de opiniones e ideas diferentes.
- Repetir la información importante.
- Proporcionar indicaciones verbales y recordatorios, según proceda.
- Garantizar que la información proporcionada por el equipo interprofesional sea coherente.
- Proporcionar oportunidades para practicar, según proceda.
- Proporcionar retroalimentación frecuente sobre el progreso del aprendizaje.
- Corregir las interpretaciones erróneas de la información, según proceda.
- Dar tiempo para plantear preguntas e inquietudes.
- Responder a las preguntas de forma clara y concisa.
- Remitir a los recursos adecuados, incluidos los grupos de apoyo.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2013 y 2024

Bibliografía:

Cutilli, C. C. (2021). Excellence in patient education evidence-based education that "Sticks" and improves patient outcomes. *Nursing Clinics of North America, 56*, 401-412. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.04.006.

Guthrie, K. L. (2020). *Transforming learning: Instructional and assessment strategies for leadership education*. Information Age Publishing.

Kennedy, M. B., & Parish, A. I. (2021). Educational theory and cognitive science: practical principles to improve patient education. *Nursing Clinics of North America, 56*, 401-412. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.04.006.

Goldman, J., Smeraglio, A., Lo, L., Kuper, A., & Wong, B. M. (2021). Theory in quality improvement and patient safety education: A scoping review. *Perspectives in Medical Education, 10*, 319-326. https://doi.org/10.1007/s40037-021-00686-5.

Facilitación del crecimiento espiritual 5426

Definición: Facilitación del crecimiento de la capacidad de la persona o la familia de identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en sus vidas.

Actividades:

- Reconocer las propias creencias espirituales respecto a la relación con un poder superior.
- Transmitir compromiso, interés y compasión.
- Establecer una relación de confianza.
- Demostrar una presencia afectuosa y consuelo pasando tiempo con la persona, su familia u otras personas significativas.
- Actuar como modelo de habilidades de relación y razonamiento saludables.
- Proporcionar un entorno que fomente una actitud meditativa o contemplativa para la autorreflexión.
- Fomentar una conversación que ayude a la persona a resolver sus preocupaciones y creencias espirituales.
- Determinar las necesidades espirituales únicas y expresadas.
- Ayudar a la persona a identificar las barreras y actitudes que dificultan el crecimiento, el autodescubrimiento o la capacidad de satisfacer sus necesidades espirituales personales.
- Fomentar el examen del compromiso espiritual basado en creencias y valores.
- Ayudar a explorar las creencias relacionadas con la curación del cuerpo, la mente y el espíritu.
- Ofrecer apoyo en la oración, según proceda.
- Fomentar la fe en un poder superior durante los encuentros de atención espiritual mediante devociones, oraciones, contacto físico, escritura o música, según proceda.
- Tomar la iniciativa en las oraciones, controlando la disposición, la apertura y el nivel de comodidad para rezar o para que se rece por él, según proceda.
- Fomentar la participación en servicios devocionales, retiros y programas especiales de oración o estudio.
- Fomentar las relaciones con otras personas para el compañerismo y el servicio.
- Fomentar el uso de celebraciones y rituales espirituales.
- Remitir a grupos de apoyo, autoayuda mutua u otros programas basados en la espiritualidad, según proceda.
- Remitir a cuidados pastorales o al cuidador espiritual principal, según proceda.
- Solicitar orientación y apoyo adicionales en relación con el cuerpo, la mente y el espíritu, según sea necesario.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Burkhardt, M. A., & Nagai-Jacobson, M. C. (2022). Spirituality and health. In M. A. Blaszko Helming, D. A. Shields, K. M. Avino, & W. E. Rosa (Eds.), *Dossey & Keegan's Holistic nursing handbook: A handbook for practice* (pp. 121-143). Jones & Bartlett.

Cone, P. H., & Giske, T. (2018). Integrating spiritual care into nursing education and practice: Strategies utilizing Open Journey Theory. *Nurse Education Today, 71*, 22-25.

Hawthorne, D. M., & Gordon, S. C. (2020). The invisibility of spiritual nursing care in clinical practice. *Journal of Holistic Nursing, 38*(1), 147-155.

Johnston-Taylor, E. (2020). What can I do when my manager says I cannot give spiritual care: Part 2? *Journal of Christian Nursing, 37*(3), 191.

Mamier, I., Talor, E. J., & Winslow, B. W. (2019). Nurse spiritual care: Prevalence and correlates. *Western Journal of Nursing Research, 41*(4), 537-554.

Mcharo, S. K. (2018). T.R.U.S.T. model for inclusive spiritual care. *Journal of Holistic Nursing, 36*(3), 282-290.

Facilitación del desarrollo profesional 7770

F

Definición: Ayudar en la formación continuada para mejorar el aprendizaje a lo largo de toda la vida.

Actividades:

- Fomentar la autoevaluación para incluir los intereses profesionales, los conocimientos y las habilidades.
- Asistir en la creación de un plan de carrera profesional con metas medibles, objetivos y estrategias factibles.
- Asegurarse de que el plan incluye el equilibrio entre la vida profesional y personal.
- Identificar oportunidades para mejorar los conocimientos y las habilidades (p. ej., comunicación, tecnología).
- Priorizar las oportunidades de formación continuada para aumentar los conocimientos y las habilidades.
- Ofrecer orientación en la búsqueda de formación avanzada (p. ej., licenciatura/grado, máster, doctorado).
- Fomentar la participación en organizaciones profesionales.
- Fomentar la lectura de revistas profesionales.
- Recomendar la obtención de certificaciones reconocidas del comité de especialidades.
- Fomentar la participación en equipos de mejora de la calidad, seguridad o toma de decisiones.
- Recomendar la participación en iniciativas de prácticas basadas en la evidencia.
- Seguir los planes de promoción profesional de la organización (p. ej., escalafones clínicos), según proceda.
- Participar en las actividades de revisión por pares, según proceda.
- Colaborar con el equipo interdisciplinar.
- Recomendar oportunidades para la promoción laboral (p. ej., enfermero jefe, preceptor, líder).
- Fomentar las actividades de voluntariado.
- Ayudar en la creación de una cartera profesional, *curriculum vitae* o carta de presentación.
- Proporcionar orientación para llevar a cabo revisiones periódicas de metas, objetivos y estrategias.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Biedermann, N. (2022). Professional portfolio development: Personally, and professionally rewarding and satisfying. *Australian Nursing & Midwifery Journal, 27*(6), 41.

Bodine, J. L. (2021). Nursing professional development practitioners in leadership roles. *Journal for Nurses in Professional Development, 37*(6), 51-352. https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000812.

Brunt, B. A., & Bogdan, B. A. (2021). Nursing professional development leadership. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519064/.

Harper, M. G., Maloney, P., & Shinners, J. (2017). Looking back and looking forward through the lens of the nursing professional development: Scope and standards of practice, 3rd edition. *Journal of Nursing Professional Development, 33*(6), 329-332.

Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development: A metasynthesis of the literature. *BMC Nursing, 20*(1), 1-13. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2.

Niesen, C. R., Kraft, S. J., & Meiers, S. J. (2018). Use of motivational interviewing by nurse leaders: Coaching for performance, development, and career goal setting. *The Health Care Manager, 37*(2), 183-192.

Smith, C. M., & Johnson, C. S. (2018). Preparing nurse leaders in nursing professional development: Developing a nursing professional development department plan. *Journal for Nurses in Professional Development, 34*(5), 283-285. https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000460.

Woolforde, L. (2018). Nursing professional development: Our spheres of expansion. *JournalofNursing Professional Development, 4*(4), 237-238.

Facilitación del distanciamiento físico 6594

Definición: Facilitación de la distancia entre las personas y reducción del número de veces que las personas entran en contacto estrecho entre sí para evitar la propagación de una enfermedad contagiosa.

Actividades:

- Determinar la necesidad de distanciamiento social (p. ej., persona infectada, salidas obligatorias fuera de casa durante el brote de una enfermedad contagiosa).
- Determinar la presencia de factores de riesgo de contagio (p. ej., edad, discapacitados, clase socioeconómica baja, viviendas hacinadas con ventilación deficiente, enfermedad respiratoria) o de aumento de la mortalidad (p. ej., comorbilidades, enfermedad respiratoria crónica, ancianos).
- Instruir para encontrar y seguir las orientaciones de las autoridades locales de salud pública antes de salir de casa (p. ej., restricciones para viajar, salir de casa, requisitos de distanciamiento físico).
- Fomentar que se evite el contacto físico estrecho entre personas no convivientes cuando estén fuera del hogar o con personas infectadas en el hogar (es decir, mantener la distancia entre las personas según las directrices establecidas).
- Minimizar el tiempo de contacto con personas no convivientes o con personas infectadas.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Fomentar el uso de EPI cuando se esté fuera de casa o en contacto con una persona infectada (p. ej., mascarillas, guantes).
- Fomentar el uso de otras acciones preventivas cotidianas (p. ej., evitar tocarse la cara con las manos sin lavar, lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón durante al menos 20 segundos, utilizar desinfectante de manos).
- Indicar que se cubra la nariz y la boca con un pañuelo de papel al toser o estornudar, tirar el pañuelo y realizar la higiene de manos tras el contacto con secreciones respiratorias.
- Fomentar que no se toquen objetos innecesariamente sin una higiene de manos adecuada.
- Fomentar que se eviten las salidas innecesarias fuera de casa y se limiten las oportunidades de encontrarse con personas fuera de casa.
- Actuar como modelo de un distanciamiento social saludable en todas las interacciones (p. ej., según las directrices establecidas).
- Indicar que se tengan en cuenta las opciones de distanciamiento social disponibles para viajar de forma segura cuando se hacen recados o se va y vuelve del trabajo (es decir, la capacidad de distanciarse caminando, en bicicleta, en silla de ruedas o utilizando el transporte público, los viajes compartidos o los taxis).
- Animar a trabajar desde casa, siempre que sea posible.
- Animar a evitar el uso innecesario del transporte público.
- Indicar que cuando se utilice el transporte público se mantenga la distancia con otros pasajeros o los conductores según las directrices establecidas (p. ej., esperar en la estación de autobuses, selección de asiento en el autobús, vehículo compartido o tren).
- Indicar que se eviten las aglomeraciones cuando se viaje en vehículos compartidos o taxis.
- Indicar que se siente en el asiento trasero en los vehículos compartidos más grandes para mantener la distancia adecuada con el conductor.
- Indicar que se mantenga la distancia cuando se reúna con otros en persona según las directrices establecidas.
- Indicar que se eviten los lugares concurridos y las reuniones donde el distanciamiento sea difícil.
- Dejar a los demás un espacio adecuado cuando se pase a su lado, tanto en interiores como en exteriores.
- Indicar que se visiten las tiendas en persona para comprar artículos esenciales solo cuando sea absolutamente necesario.
- Indicar que se mantenga la distancia adecuada con los demás mientras se compra y en las colas.
- Indicar que se sigan guías físicas que ayuden a mantener la distancia adecuada (p. ej., uso de mascarillas, marcas de cinta adhesiva en el suelo, señales en las paredes).
- Indicar que se utilicen servicios de recogida en el coche o en la acera o de entrega a domicilio para limitar el contacto cara a cara con otras personas, siempre que sea posible.
- Indicar que se lleve mascarilla y se mantenga la distancia física entre uno mismo y los repartidores durante los intercambios.
- Alentar a permanecer en casa y alejado de otras personas, manteniéndose a una distancia adecuada de otras personas en casa si se está infectado.
- Restringir los movimientos de la persona infectada en el hogar a una habitación individual con baño privado, si es posible.
- Evitar compartir objetos como toallas y cubiertos cuando estén infectados.
- Instruir sobre la higiene frecuente de las manos.
- Alentar a mantenerse conectado social y espiritualmente a través de la tecnología.
- Incentivar a visitar a los seres queridos mediante dispositivos electrónicos, siempre que sea posible.
- Fomentar la elección de actividades sociales seguras (p. ej., llamadas, videoconferencia, conexiones a redes sociales).
- Alentar a mantenerse activo mientras se está distanciado socialmente (p. ej., caminar, montar en bicicleta, pasear en silla de ruedas en un vecindario donde se pueda mantener la distancia).

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Social distancing*. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.html.

Curran, E. (2020, June 16). Social distancing—do they mean us? *Nursing Times*. https://www.nursingtimes.net/opinion/social-distancing-do-they-mean-us-16-06-2020/.

Maragakis, L. L. (2020). *Coronavirus, social and physical distancing and self-quarantine*. John Hopkins Website: Health. https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus/coronavirus-social-distancing-and-self-quarantine.

Mukherji, A., Gupta, T., & Agarwal, J. P. (2020). Time, distance, shielding and ALARA; drawing similarities between measures for radiation protection and Coronavirus disease pandemic response. *Indian Journal of Cancer*, *57*(2), 221-223.

Nicola, M., O'Neill, N., Sohrabi, C., Khan, M., Agha, M., & Agha, R. (2020). Evidence based management guideline for the COVID-19 pandemic. *International Journal of Surgery*, *77*, 206-216.

Purba, A. K. (2020). How should the role of the nurse change in response to Covid-19? *Nursing Times*, *116*(6), 25-28.

Wee, L., Sim, X., Conceicao, E., Aung, M., Tan, K., Ko, K., Wong, H., Wijaya, L., Tan, B., Venkatachalam, I., & Ling, M. (2020). Containing COVID-19 outside the isolation ward: The impact of an infection control bundle on environmental contamination and transmission in a cohorted general ward. *American Journal of Infection Control*, *48*(9), 1056-1061.

Facilitación del 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*. American Psychological Association.

Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2000). *Helping clients to forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. 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. (1998). An empathy-humility-commitment model of forgiveness applied within family dyads. *Journal of Family Therapy, 20*(1), 59-76.

F

Favorecimiento de la implicación familiar 7110

Definición: Facilitación de 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 miembros de la familia.
- Reconocer los síntomas físicos relacionados con el estrés de los miembros de la familia (llanto, náuseas, vómitos y distraibilidad).
- Determinar el nivel de dependencia respecto de la familia que tiene el paciente por la edad o la enfermedad, según corresponda.
- Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente.
- Reconocer y respetar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la familia.
- Identificar junto con los miembros de la familia las dificultades de afrontamiento del paciente.
- Identificar junto con los miembros de la familia los puntos fuertes y las habilidades del paciente.
- Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente.
- Animar a los miembros de la familia a mantener relaciones familiares, según cada caso.
- Comentar las opciones existentes según el tipo de cuidados necesarios en casa, como vida en grupo, cuidados en residencia y cuidados por relevo, según corresponda.
- Facilitar el control familiar de los aspectos médicos de la enfermedad 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 frail elders. *Geriatric Nursing, 24*(5), 286-289.

Powaski, K. M. (2006). Nursing interventions in pediatric palliative care. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 15*(3), 717-737.

Schumacher, K., Koresawa, S., West, C., Hawkins, C., Johnson, C., Wals, E., Dodd, M., Paul, S. M., Tripathy, D., Koo, P., & Miaskowski, C. (2002). Putting cancer pain management regimens into practice at home. *Journal of Pain Symptom Management, 23*(5), 369-382.

Favorecimiento de la integridad familiar 7100

Definición: Favorecimiento de la cohesión y unidad familiar.

Actividades:

- Escuchar a los miembros de la familia.
- Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.

Favorecimiento de la integridad familiar: familia con recién nacido 7104

Definición: Facilitación del 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). 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). Springer.

Favorecimiento de la mecánica corporal 0140

Definición: Facilitar el uso de posturas y movimientos en las actividades diarias para evitar la fatiga y la tensión o las lesiones musculoesqueléticas.

F

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 anomalías musculoesqueléticas y los efectos potenciales de la postura y del tejido muscular.
- Instruir sobre la utilización de colchones/sillas o almohadas firmes, si es adecuado.
- Enseñar a no dormir en decúbito prono.
- Ayudar a mostrar las posturas correctas para dormir.
- Ayudar a evitar sentarse en la misma posición durante períodos de tiempo prolongados.
- Enseñar a cambiar el peso de un pie al otro al estar de pie.
- Enseñar al paciente a mover los pies primero y luego el cuerpo al girarse para andar desde la posición de bipedestación.
- Utilizar los principios de la mecánica corporal junto con la manipulación segura del paciente y ayudas para el movimiento.
- 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.). 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*. http://www.visn8.va.gov/visn8/patientsafetycenter/resguide/ErgoGuidePtOne.pdf.
Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). Elsevier Mosby.
Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2004). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (6th ed.). Prentice Hall.

Favorecimiento de la normalización 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.). Guilford Press.

Favorecimiento de la perfusión cerebral 2550

Definición: Favorecimiento 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 la prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicos.
- Inducir hipertensión con expansores de volumen o agentes inotrópicos o vasoconstrictores, según la prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicos y mantener u optimizar la presión de perfusión cerebral (PPC).
- Monitorizar el tiempo de protrombina (TP) y el tiempo de tromboplastina parcial (TPT) del paciente para mantenerlo de una a dos veces normal, según corresponda.
- Monitorizar los efectos secundarios de la terapia anticoagulante (p. ej., análisis de heces y drenaje nasogástrico para detectar sangre).
- Administrar agentes reológicos (p. ej., manitol en dosis bajas o dextranos de bajo peso molecular), según la prescripción.
- Extraer sangre para monitorizar el nivel de hematocrito, 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 grados) y monitorizar 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 la 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 la prescripción.
- Monitorizar el estado neurológico.
- Calcular y monitorizar la 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.
- Monitorizar los valores de laboratorio para detectar cambios en la oxigenación o en el equilibrio acido-base, 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.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

- 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.

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). (12th ed.) *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (Vol. 2). 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.). Routledge.

F

Favorecimiento de la resiliencia 8340

Definición: Facilitación del desarrollo, el uso y el fortalecimiento de estrategias para el afrontamiento de los factores estresantes ambientales y sociales.

Actividades:

- Determinar las estrategias de afrontamiento actuales.
- Facilitar un mayor uso de estrategias de afrontamiento positivas.
- Fomentar la práctica de la atención plena (p. ej., diario, yoga, meditación) y recursos para manejar el estrés (p. ej., sala de tranquilidad).
- Favorecer un estilo de vida positivo (p. ej., nutrición adecuada, sueño suficiente, hidratación, hacer ejercicio con regularidad) para el bienestar corporal, para adaptarse al estrés y reducir las consecuencias adversas de emociones como la ansiedad o la depresión.
- Fomentar la evitación de vías de escape negativas (p. ej., enmascarar el dolor con alcohol, drogas o sustancias nocivas).
- Facilitar el desarrollo de relaciones significativas y saludables con personas empáticas y comprensivas.
- Fomentar el desarrollo de rutinas y tradiciones (p. ej., cumpleaños, vacaciones).
- Facilitar la aceptación del apoyo por las personas afectadas.
- Fomentar conexiones e interacciones regulares con personas de apoyo (p. ej., consejeros, asistencia a los empleados, capellanes).
- Fomentar la participación activa en grupos, comunidades religiosas u otras organizaciones locales.
- Facilitar el uso de objetivos personales saludables, utilizando experiencias pasadas.
- Alentar a buscar ayuda para avanzar hacia los objetivos.
- Alentar a aceptar y adoptar el cambio.
- Ayudar en el desarrollo de habilidades interpersonales, según sea necesario.
- Proporcionar modelos de conducta, según sea necesario.
- Ayudar a desarrollar el optimismo de cara al futuro.
- Ayudar a identificar recursos de asesoramiento y apoyo.
- Fomentar las actividades familiares en grupo.
- Ayudar a la familia a crear un ambiente propicio para el aprendizaje.
- Fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud.
- Educar sobre las expectativas adecuadas a la edad.
- Animar a la familia a establecer normas.
- Ayudar a adquirir habilidades de asertividad.
- Ayudar en el juego de roles de habilidades de la toma de decisiones.
- Fomentar la participación en servicios o actividades.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

American Psychological Association. (2020). *Building your resilience*. http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx.

Coffield, C., Michael, S., & Srinivasavaradan, D. (2021). Building resilience: Resources to help families grow from challenging times. *Exceptional Parent, 51*(1), 33-38.

Cooper, A. L., Brown, J. A., & Leslie, G. D. (2021). Nurse resilience for clinical practice: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing, 77*(6), 2623-2640. https://doi.org/10.1111/jan.14763.

Duncan, J. M., Garrison, M. E., & Killian, T. S. (2021). Measuring family resilience: Evaluating the Walsh Family Resilience questionnaire. *Family Journal, 29*(1), 80-85. https://doi.org/10.1177/1066480720956641.

Gomes de Medeiros, A. P., Pinheiro de Carvalho, M. A., Araújo de Medeiros, J. R., Dias Dantas, G., Carvalho do Nascimento, A. Q. I., Silva Pimentel, E. R., da Silva Pascoal, F. F., & Porfirio Souza, G. (2019). Resilient characteristics of families in dealing with psychic suffering. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE, 13*, 38-44. https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.236727.

Luo, D., Eicher, M., & White, K. (2020). Individual resilience in adult cancer care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies, 102*, 103467. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103467.

McKinley, C. E., & Theall, K. P. (2021). Weaving Healthy Families Program: Promoting resilience while reducing violence and substance use. *Research on Social Work Practice, 31*(5), 476-492. https://doi.org/10.1177/1049731521998441.

Silva, D. J., Petrilla, C. M., Matteson, D., Mannion, S., & Huggins, S. L. (2020). Increasing resilience in youth and families: YAP's Wraparound Advocate Service Model. *Child & Youth Services, 41*(1), 51-82. https://doi.org/10.1080/0145935X.2019.1610870.

Stacey, G., & Cook, G. (2019). A scoping review exploring how the conceptualisation of resilience in nursing influences interventions aimed at increasing resilience. *International Practice Development Journal, 9*(1), 1-16. https://doi.org/10.19043/ipdj.91.009.

Wakhid, A., & Hamid, A. Y. S. (2020). Family resilience minimizes post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Enfermería Clínica, 30*, 1-5. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.01.002.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Favorecimiento de la resiliencia: comunidad 8720

Definición: Facilitación del uso de los recursos para reforzar la salud pública y los sistemas sanitarios con el fin de mejorar la salud física, conductual y social.

Actividades:

- Determinar la presencia de desempleo, falta de vivienda, bajo nivel educativo, encarcelamiento y problemas de salud mental y física en la población o la comunidad.
- Utilizar los documentos disponibles para identificar las prioridades de la comunidad (p. ej., Evaluación de las Necesidades Sanitarias de la Comunidad).
- Favorecer el desarrollo de servicios comunitarios adecuados para ayudar a disminuir las áreas problemáticas (es decir, favorecer el acceso a la salud pública, la atención sanitaria y los servicios sociales, los servicios de empleo, los servicios de salud conductual, la vivienda).
- Fortalecer el acceso a la sanidad pública, la asistencia sanitaria y los servicios sociales.
- Garantizar que los miembros de la comunidad sepan cómo acceder a la atención sanitaria y no se vean limitados por barreras reales o percibidas a los servicios.
- Favorecer el acceso a la atención sanitaria física y psicológica.
- Proporcionar a los miembros de la comunidad actos educativos periódicos y recursos para que sepan qué hacer para cuidar de sí mismos y de los demás tanto en situaciones rutinarias como de emergencia.
- Animar a las personas a reforzar su salud y su capacidad de resiliencia (p. ej., desarrollar estilos de vida saludables, mantener vínculos con grupos significativos, crear planes de evacuación y de respuesta ante catástrofes para uno mismo y para la familia).
- Fomentar las relaciones sociales en las que los miembros de la comunidad participen regularmente en la vida de los demás.
- Proporcionar a las personas en situación de riesgo programas que les sean útiles (p. ej., asesores, servicios sociales, asistencia a los empleados) y les permitan participar activamente en la protección de su salud.
- Instar a los programas que atienden a personas en situación de riesgo a elaborar planes sólidos ante catástrofes y continuidad de las operaciones.
- Favorecer el desarrollo de grupos de salud y bienestar, comunidades religiosas u otras organizaciones locales.
- Construir redes que incluyan servicios sociales (p. ej., servicios de salud conductual, organizaciones comunitarias, empresas, instituciones académicas, personas en situación de riesgo y partes interesadas religiosas, además de las colaboraciones tradicionales con los servicios de salud pública, atención sanitaria y gestión de emergencias).
- Apoyar programas educativos continuos relacionados con medidas de salud pública y salud conductual, preparación para emergencias e intervenciones de resiliencia de la salud comunitaria.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

American PsychologicalAssociation. (2020). *Resilience*. https://www.apa.org/topics/resilience.

Crowe, L. (2017). Tips on building resilience and improving well-being. *Emergency Nurse, 24*(10), 14. https://doi.org/10.7748/en.24.10.14.s16.

Ellis, W., Dietz, W. H., & Chen, K. -L. D. (2022). Community resilience: A dynamic model for public health 3.0. *Journal of Public Health Management & Practice, 28*, S18-S26. https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001413.

Gerhardstein, B., Tucker, P. G., Rayman, J., & Reh, C. M. (2019). A fresh look at stress and resilience in communities affected by environmental contamination. *Journal of Environmental Health, 82*(4), 36-38.

Jewett, R. L., Mah, S. M., Howell, N., & Larsen, M. M. (2021). Social cohesion and community resilience during COVID-19 and pandemics: A rapid scoping review to inform the United Nations Research Roadmap for COVID-19 Recovery. *International Journal of Health Services, 51*(3), 325-336. https://doi.org/10.1177/0020731421997092.

Mann, G., Cafer, A., Kaiser, K., & Gordon, K. (2020). Community resilience in a rural food system: Documenting pathways to nutrition solutions. *Public Health, 186*, 157-163. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.041.

Teodorczuk, A., Thomson, R., Chan, K., & Rogers, G. D. (2017). When I say resilience. *Medical Education, 51*(12), 1206-1208. https://doi.org/10.1111/medu.13368.

U.S. Department of Health and Human Services. (2020). *Community resilience*. https://www.phe.gov/Preparedness/planning/abc/Pages/community.aspx.

Favorecimiento de la salud oral 1720

Definición: Favorecimiento de la higiene oral y el cuidado dental en una persona con salud oral y dental normal.

Actividades:

- Monitorizar el estado de la boca (p. ej., labios, lengua, mucosas, dientes y encías, así como aparatos dentales y su ajuste).
- Realizar programas periódicos de cribado de salud oral y de evaluación de riesgos.
- Determinar la rutina habitual de higiene dental, con identificación de aspectos que deben tratarse, si es necesario.
- Instruir sobre la frecuencia y la calidad de la atención de la salud oral adecuada (p. ej., uso de hilo dental, cepillado y colutorios; nutrición adecuada; y uso de agua con fluoruros, suplementos u otros productos preventivos; así como otras consideraciones basadas en el nivel de desarrollo y la capacidad de autocuidado).
- Ayudar en el cepillado de los dientes, las encías y la lengua, en el uso de los colutorios y en la limpieza con hilo dental, según sea necesario.
- Ayudar con las prótesis en el cuidado oral, según sea necesario (es decir, retirar, limpiar y volver a poner las dentaduras postizas; cepillar las encías, los dientes restantes y la lengua; masajear las encías con cepillo o con los dedos).
- Proporcionar cuidado oral tomando las precauciones adecuadas (es decir, girar la cabeza 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 pera de goma u otro dispositivo de succión).
- Limpiar la boca del lactante con una gasa o un paño seco.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.
- Ayudar a identificar y obtener los productos de higiene oral 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 oral deportivo).
- Explicar el papel del azúcar en el desarrollo de la caries (es decir, aconsejar 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 las tazas para lactantes y sus contenidos).
- Desaconsejar el hábito de fumar y de mascar tabaco (es decir, instruir 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 satisfacer las necesidades de servicios de transporte y de traducción, utilizar los congresos sanitarios y los eventos culturales como oportunidades para la educación y elaborar anuncios de servicio público).
- Derivar, según sea necesario.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2013 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Hygiene. In *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 669-685). Pearson.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). *Self-care and hygieneIn Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

Hockenberry, M. J., Rodgers, C. C., & Wilson, D. (2022). *Wong's essentials of pediatric nursing* (11th ed.). Elsevier.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and technique* (10th ed.). Mosby.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed). Elsevier.

Winning, L., Lundy, F. T., Blackwood, B., McAuley, D. F., & Karim, I. E. (2021). Oral health care for the critically ill: A narrative review. *Critical Care, 25*, 1-8. https://doi.org/10.1186/s13054-021-03765-5.

F

Favorecimiento de la seguridad en el vehículo 9050

Definición: Aumento de la concienciación de las medidas que hay que tomar para reducir las lesiones involuntarias en vehículos con y sin motor.

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, y que se aseguren de que el coche está estacionado y apagado antes de que los pasajeros salgan del vehículo.
- Animar a los conductores adultos a cerrar las puertas y el maletero cuando no utilicen el vehículo, y a guardar las llaves fuera del alcance de los niños.
- Fomentar que los adultos sirvan como modelo de rol en el uso de los cinturones de seguridad y de las prácticas de conducción segura.
- Fomentar que los adultos no dejen nunca a los niños solos en vehículos aparcados o cerca de ellos.
- Proporcionar información sobre cómo vestir adecuadamente al niño para lograr un ajuste seguro óptimo en el asiento del automóvil.
- Controlar la temperatura de la hebilla del cinturón de seguridad para evitar quemaduras cuando haga calor.
- Monitorizar el uso por los progenitores de sillas y cinturones de seguridad homologados para niños.
- Enseñar la colocación correcta de las sillas de seguridad para niños siguiendo las instrucciones del fabricante.
- Informar sobre la caducidad de las sillas de coche y las recomendaciones de sustitución.
- Enseñar a los cuidadores a colocar a los niños en las sillas de seguridad y a los menores de 13 años en la parte trasera del automóvil.
- Animar a los cuidadores a mantener a los lactantes y niños pequeños en asientos de seguridad orientados hacia atrás el mayor tiempo posible, hasta el límite de altura y peso del asiento permitido por el fabricante.
- Indicar a los cuidadores que aseguren a los niños en los asientos de seguridad orientados hacia delante con arnés durante el mayor tiempo posible, hasta el límite de peso o altura permitido por el fabricante del asiento.
- Indicar a los cuidadores que los niños cuyo peso o estatura supere el límite de su asiento de seguridad orientado hacia delante deben utilizar un asiento elevador con cinturón de seguridad hasta que el cinturón de cadera y diagonal del vehículo se ajuste correctamente.
- Instruir a los cuidadores sobre el uso y la colocación correctos del cinturón de hombro y abdominal del vehículo en función del tamaño del niño.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Fomentar que los cuidadores utilicen sillas de seguridad para niños cuando viajen (avión, tren, autobús).
- Demostrar las estrategias que pueden utilizar los cuidadores 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.
- Aconsejar a los pasajeros que se abstengan de viajar en vehículos con capacidad superior a la de los asientos o en zonas sin asientos.
- Proporcionar sillas de seguridad para niños a todas las familias a través de los recursos de la comunidad.
- Evaluar la necesidad de sillas de coche especiales para el transporte seguro de niños prematuros o con bajo peso al nacer y de niños con necesidades sanitarias especiales.
- Comunicar el plan de cuidados especiales para cualquier niño con problemas de salud, incluyendo qué hacer durante el transporte si se produce una urgencia médica.
- Informar sobre los riesgos de la conducción distraída y los métodos para reducir su incidencia en vehículos con y sin motor (p. ej., mensajes de texto, consumo de drogas o alcohol, limitación del número de pasajeros para los conductores jóvenes, ambas manos en el volante o el manillar, sujeción de objetos sueltos).
- Informar a los cuidadores 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 visibilidad de las bicicletas (espejos, bocinas, mecanismos reflectores, luces).
- Señalar la importancia de utilizar un casco con un ajuste adecuado y ropa brillante o reflectante al circular en bicicleta, motocicleta y otros vehículos motorizados (vehículos todoterreno, motos de nieve).
- Subrayar la importancia de utilizar zapatos y ropa protectora mientras se conducen vehículos con y sin motor.
- No circular en bicicleta por la acera.
- Indicar que se circule en el mismo sentido que el tráfico y se obedezcan las señales de tráfico.
- Fomentar el uso de señales manuales cuando se conduzca un vehículo sin motor.
- Monitorizar 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.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Bull, M. J., & Engle, W. A. & The Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention and the Committee on Fetus and Newborn. (2019). Reaffirmed 2019. Safe transportation of preterm and low birth weight infants at hospital discharge. *Pediatrics, 123*(5), 1424-1429. https://doi.org/10.1542/peds.2009-0559.

Davis, N. L., & Shah, N. (2018). Use of car beds for infant travel: A review of the literature. *Journal of Perinatology, 38*(10), 1287-1294. https://doi.org/10.1038/s41372-018-0195-7.

Durbin, D. R., & Hoffman, B. D. (2018). Child passenger safety, & Council on Injury, Violence, and Poison Prevention. *Pediatrics, 142*(5), e20182460. https://doi.org/10.1542/peds.2018-2460.

Durbin and Hoffman, D.R. Durbin, B.D. Hoffman, Child passenger safety, & Council on Injury, Violence, and Poison Prevention. *Pediatrics,* 142(5), e20182461. https://doi.org/10.1542/peds.2018-2461.

O'Neil, J., Hoffman, B., Agran, P. F., Denny, S. A., Hirsh, M., Johnston, B., Lee, L. K., Monroe, K., Schachter, J., Tenenbein, M., Zonfrillo, R., & Quinlanm, K. (2019). Transporting Children with Special Health Care Needs. *Pediatrics, 143*(5), . https://doi.org/10.1542/peds.2019-0724.

National Highway Traffic Safety Administration (n.d.). *Child Safety.* United States Department of Transportation. https://www.nhtsa.gov/road-safety/child-safety.

Favorecimiento del apego 6710

Definición: Facilitación del 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 lactante 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 a la lactancia materna, si es apropiado.
- Proporcionar una educación y ayuda adecuadas para la lactancia materna, si es adecuado.
- Instruir a los progenitores sobre los datos del lactante acerca de la necesidad de alimentarse (p. ej., reflejo de succión, chuparse los dedos, 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).
- 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), . https://doi.org/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.* 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* (pp. 257-309). Mosby Elsevier.

Favorecimiento 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:

- Obtener la aprobación del profesional sanitario para poner en marcha el plan de ejercicios, según sea necesario.
- Evaluar las creencias y deseos de salud sobre el ejercicio físico.
- Investigar experiencias deportivas anteriores.
- Determinar la motivación para empezar o continuar con el programa de ejercicios.
- Explorar los obstáculos para el ejercicio.
- Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca del ejercicio o la necesidad de este.
- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Ayudar a identificar un modelo de rol positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios.
- Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- Ayudar a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.
- Ayudar a integrar el programa de ejercicios en la rutina semanal.
- Aconsejar el uso de ropa, calzado y calcetines cómodos.
- Dar instrucciones sobre la ingesta de agua al menos 2 horas antes del inicio de la actividad.
- Realizar los ejercicios con la persona, según corresponda.
- Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.
- Informar acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Instruir acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el profesional sanitario y/o el fisioterapeuta.
- Instruir acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas del programa de ejercicio.
- Monitorizar el cumplimiento del programa o de la actividad de ejercicio.
- Ayudar a preparar y registrar en un gráfico o tabla los progresos para motivar la adherencia al programa de ejercicios.
- Instruir acerca de las condiciones que justifiquen el cese o alteración del programa de ejercicios.
- Instruir en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Preparar en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio.
- Enseñar técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.
- Reforzar el programa para potenciar la motivación (p. ej., estimación del aumento de la resistencia, pesajes semanales).
- Monitorizar la respuesta al programa de ejercicios.
- Proporcionar una respuesta positiva.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Bertoncello, C., Sperotto, M., Bellio, S., Pistellato, I., Fonzo, M., Bigolaro, C., Ramon, R., Imoscopi, A., & Baldo, V. (2021). Effectiveness of individually tailored exercise on functional capacity and mobility in nursing home residents. *British Journal of Community Nursing, 26*(3), 144-149.

Simpson, R. J., Campbell, J. P., Gleeson, M., Krüger, K., Nieman, D. C., & Pyne, D. B. (2020). Can exercise affect immune function to increase susceptibility to infection? *Exercise immunology review, 26*, 8-22.

Dunleavy, K., & Slowik, A. K. (2018). *Therapeutic exercise prescription*. Elsevier.

Kisner, C., Colby, L. A., & Bortner, J. (2018). *Therapeutic exercise: Foundations and techniques* (7th ed.). F. A. Davis.

F

Favorecimiento del ejercicio: entrenamiento de fuerza 0201

Definición: Facilitación del entrenamiento muscular contra 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 o una anamnesis y una exploración física.
- Obtener la aprobación del profesional sanitario para iniciar un programa de ejercicios de fuerza, según sea conveniente.
- Ayudar a 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 y es cómoda.
- 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.
- Proporcionar un programa de entrenamiento de fuerza compatible con la edad y el estado de salud.
- Utilizar escalas o instrumentos estandarizados para la evaluación funcional previa al entrenamiento de fuerza.
- 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 y 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 explicar paso a paso y 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 las personas que deben estar sentadas o encamadas.
- Enseñar a reconocer signos y síntomas de tolerancia/intolerancia al ejercicio durante y después de las sesiones de este (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 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 y el número de repeticiones y series para monitorizar 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 monitorizar 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.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Brigatto, F. A., Braz, T. V., da Costa Zanini, T. C., Germano, M. D., Aoki, M. S., Schoenfeld, B. J., Marchetti, P. H., & Lopes, C. R. (2019). Effect of resistance training frequency on neuromuscular performance and muscle morphology after 8 weeks in trained men. *Journal Of Strength and Conditioning Research, 33*(8), 2104-2116.

Dunleavy, K., & Slowik, A. K. (2018). *Therapeutic exercise prescription*. Elsevier.

Kisner, C., Colby, L. A., & Bortner, J. (2018). *Therapeutic exercise: Foundations and techniques* (7th ed.). F. A. Davis.

Favorecimiento del ejercicio: estiramientos 0202

Definición: Facilitación de ejercicios sistemáticos de estiramiento muscular lento y mantenido.

Actividades:

- Obtener la aprobación del profesional sanitario 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.
- Explicar los propósitos de los estiramientos (p. ej., relajación, preparación de músculos y articulaciones para ejercicios más vigorosos, flexibilidad, equilibrio, independencia funcional).
- 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 monitorizar el propio seguimiento del programa y su evolución hacia las metas fijadas (aumento del arco de movimiento articular, conciencia de la liberación de la tensión muscular, aumento de la duración de la fase de «mantenimiento» y del número de repeticiones del ejercicio sin dolor ni fatiga, y aumento de la tolerancia al ejercicio vigoroso).
- Proporcionar instrucciones ilustradas, escritas, que puedan llevarse a casa, de cada componente de los movimientos.
- Monitorizar el cumplimiento de las técnicas y del programa en el tiempo y lugar de seguimiento determinados.
- Monitorizar la tolerancia al ejercicio (presencia de disnea, taquicardia, palidez, mareos y dolor o inflamación muscular) durante este.
- Volver a evaluar el plan si persisten los síntomas de poca tolerancia al ejercicio después del cese de este.
- Colaborar con los miembros de la familia en la planificación, enseñanza y control de un plan de ejercicios.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

2.ª edición 1996; revisada en 2018 y 2024

Bibliografía:

Brigatto, F. A., Braz, T. V., da Costa Zanini, T. C., Germano, M. D., Aoki, M. S., Schoenfeld, B. J., Marchetti, P. H., & Lopes, C. R. (2019). Effect of resistance training frequency on neuromuscular performance and muscle morphology after 8 weeks in trained men. *Journal of Strength and Conditioning Research, 33*(8), 2104-2116.

Dunleavy, K., & Slowik, A. K. (2018). *Therapeutic exercise prescription*. Elsevier.

Kisner, C., Colby, L. A., & Bortner, J. (2018). *Therapeutic exercise: Foundations and techniques* (7th ed.). F. A. Davis.

Thomas, E., Bellafiore, M., Petrigna, L., Paoli, A., Palma, A., & Bianco, A. (2021). Peripheral nerve responses to muscle stretching: A systematic review. *Journal of Sports Science & Medicine, 20*(2), 258-267.

Wanderley, D., Lemos, A., Moretti, E., Barros, M. M. M. B., Valença, M. M., & de Oliveira, D. A. (2019). Efficacy of proprioceptive neuromuscular facilitation compared to other stretching modalities in range of motion gain in young healthy adults: A systematic review. *Physiotherapy Theory & Practice, 35*(2), 109-129.

Favorecimiento del rol parental 8300

Definición: Proporcionar información sobre el rol parental, apoyo y coordinación de servicios globales a familias de alto riesgo.

Actividades:

- Examinar la estructura del entorno familiar (p. ej., suministro adecuado de aportes, espacio seguro para el niño y la familia).
- Identificar e inscribir a las familias de alto riesgo en un programa de seguimiento.
- Animar a las madres a recibir atención prenatal temprana y regular.
- Visitar a las madres en el hospital antes del alta para empezar a establecer relaciones de confianza 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 información según el nivel de conocimientos de la familia.
- 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 lactante.
- Enseñar a los progenitores a responder a las conductas mostradas por el niño.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Actuar como modelo 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 actuar como modelo de 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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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; revisada en 2024

Bibliografía:

Beatson, R., Molloy, C., Perini, N., Harrop, C., & Goldfeld, S. (2021). Systematic review: An exploration of core componentry characterizing effective sustained nurse home visiting programs. *Journal of Advanced Nursing, 77*(6), 2581-2594. https://doi.org/10.1111/jan.14755.

Molloy, C., Beatson, R., Harrop, C., Perini, N., & Goldfeld, S. (2021). Systematic review: Effects of sustained nurse home visiting programs for disadvantaged mothers and children. *Journal of Advanced Nursing, 77*(1), 147-161. https://doi.org/10.1111/jan.14576.

Moon, D. J., Lauer, S. J., & Unell, B. (2021). Behavior Checker® staff training for positive parenting in primary care: changes in the knowledge, attitudes, and confidence. *Journal of Child & Family Studies, 30*(4), 932-940. https://doi.org/10.1007/s10826-021-01917-3.

Ruiz, C. M., Drummond, J. D., Beeman, I., & Lach, L. M. (2017). Parenting for the promotion of adolescent mental health: A scoping review of programmes targeting ethnoculturally diverse families. *Health & Social Care in the Community, 25*(2), 743-757. https://doi.org/10.1111/hsc.12364.

Tully, L. A., Piotrowska, P. J., Collins, D. A. J., Mairet, K. S., Black, N., Kimonis, E. R., Hawes, D. J., Moul, C., Lenroot, R. K., Frick, P. J., Anderson, V., & Dadds, M. R. (2017). Optimising child outcomes from parenting interventions: fathers' experiences, preferences and barriers to participation. *BMC Public Health, 17*, 1-14. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4426-1.

Williams, M. E., Hoare, Z., Owen, D. A., & Hutchings, J. (2020). Feasibility study of the enhancing parenting skills programme. *Journal of Child & Family Studies, 29*(3), 686-698. https://doi.org/10.1007/s10826-019-01581-8.

Fisioterapia torácica 3230

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 o tose de 3 a 4 veces.
- Instruir al paciente para que expectore las secreciones liberadas mediante respiraciones profundas.
- Animar al paciente a que tosa durante y después del procedimiento.
- Aspirar las secreciones liberadas.
- Monitorizar la tolerancia del paciente durante y después del procedimiento (p. ej., pulsioximetría, signos vitales y nivel de confort referido).

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Cantin, A. M., Bacon, M., & Berthiaume, Y. (2006). Mechanical airway clearance using the frequencer electro-acoustical transducer in cystic fibrosis. *Clinical & Investigative Medicine, 29*(3), 159-165.

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2009). Oxygenation: Respiratory function. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed., pp. 816-876). Lippincott Williams & Wilkins.

Nelson, D. M. (1992). Interventions related to respiratory care. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 301-323.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2008). Respiratory function. In *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (7th ed., pp. 939-1002). Pearson Prentice Hall.

Workman, M. L. (2010). Care of patients with noninfectious lower respiratory problems. In D. D. Ignatavicius, & M. L. Workman (Eds.), *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care* (pp. 609-652). Saunders Elsevier.

Yang, M., Yan, Y., Yin, X., Wang, B. Y., Wu, T., Liu, G. J., & Don, B. R. (2010). Chest physiotherapy for pneumonia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD006338. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006338.pub2.

F

Fitoterapia 2420

Definición: Uso de ingredientes activos o sustancias contenidas en plantas medicinales para mantener la salud o tratar 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 estado de salud de la persona.
- Obtener sustancias medicinales de fuentes reconocidas.
- Considerar el uso de esencias florales preparadas como la colección de 38 elixires florales de Bach.
- Preparar hierbas o flores medicinales (p. ej., recolectar, lavar, 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), . https://doi.org/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*. Healing Arts Press.

Flebotomía: donación de sangre 4234

Definición: Obtención de sangre y componentes sanguíneos de donantes.

Actividades:

- Cumplir el protocolo del centro para la selección y aceptación de donantes (p. ej., abuso de drogas, VIH, tatuajes).
- Obtener información demográfica y el consentimiento por escrito del donante.
- Determinar los riesgos relacionados con la venopunción (p. ej., terapia anticoagulante, trastornos hemorrágicos).
- Asegurarse de que el donante ha comido entre 4 y 6 horas antes de donar.
- Determinar los niveles de hemoglobina y hematocrito, el peso y los signos vitales.
- Asegurar la disponibilidad de equipamiento de emergencia.
- Asegurarse de que el sitio sea apropiado (es decir, evitar el brazo del lado de la mastectomía o de la fístula de hemodiálisis).
- Determinar la presencia de alergias al esparadrapo, al látex o a los productos de limpieza.
- Asegurarse de que la piel del lugar de la venopunción está libre de lesiones.
- Mantener una técnica aséptica estricta.
- Montar el equipo.
- Colocar al donante en posición semirrecostada durante el proceso de donación.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Proporcionar privacidad y confidencialidad.
- Limpiar la piel antes de la venopunción, según el protocolo del centro.
- Asegurarse de que los hemoderivados recogidos en bolsa se mezclan con el aditivo correcto.
- Mantener un flujo continuo de hemoderivado.
- Indicar que eleve el brazo y aplicar una presión firme durante 2 o 3 minutos tras finalizar el proceso de donación de sangre o hemoderivados.
- Colocar un vendaje compresivo o apósito sobre la zona de la venopunción, según proceda.
- Indicar que se permanezca recostado según las normas del centro después de la donación, o más tiempo si se experimenta desmayo o debilidad.
- Indicar que se permanezca sentado después de la donación según las normas del centro.
- Indicar que se coma y beba inmediatamente después de la donación, con un aumento de la ingesta de líquidos durante los días siguientes.
- Etiquetar y almacenar la sangre, según el protocolo del centro.
- Permanecer con el donante durante la extracción de sangre e inmediatamente después.
- Indicar que mantenga el vendaje de presión puesto y seco durante varias horas después de la donación.
- Indicar que se eviten actividades extenuantes o levantar objetos pesados durante varias horas después de la donación.
- Indicar que se tumbe con los pies en alto si se marea, hasta que la sensación pase.
- Indicar que si sangra después de quitar el vendaje haga presión en el sitio y levante el brazo hasta que se detenga la hemorragia.
- Indicar que si aparecen hematomas aplique compresas frías en la zona periódicamente durante las primeras 24 horas.
- Recomendar que se añadan alimentos ricos en hierro a la dieta para reponer el hierro perdido con la donación de sangre.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

2.ª edición 1996; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Garza, D., & Becan-McBride, K. (2018). *Phlebotomy handbook: Blood collection essentials* (10th ed.). Pearson.

Muegge, S. (2017). Stick to procedure when performing phlebotomy. *AAACN Viewpoint, 39*(3), 1-11.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2018). *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed.). Elsevier.

Skarparis, K., & Ford, C. (2018). Venipuncture in adults. *British Journal of Nursing, 27*(22), 1312-1315. https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.22.1312.

Flebotomía: muestra de sangre venosa 4238

Definición: Extracción de una muestra sanguínea venosa de una vena sin canalizar.

Actividades:

- Crear un ambiente de intimidad.
- Revisar la prescripción de la muestra que debe extraerse.
- Verificar la correcta identificación.
- Minimizar la ansiedad explicando el procedimiento y las razones de la extracción, según corresponda.
- 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.
- Determinar los posibles riesgos asociados a la venopunción (p. e)., terapia anticoagulante, trastornos hemorrágicos).
- Determinar la presencia de alergias al esparadrapo, al látex o a los productos de limpieza.
- Evitar las áreas con riesgo de lesiones nerviosas.
- Seleccionar el tubo de muestra sanguínea y el tipo y el tamaño de aguja adecuados.
- 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 el protocolo del centro.
- Limpiar la zona con un movimiento circular, comenzando en el punto de la venopunción establecido y moviéndose en círculos hacia fuera.
- Mantener una técnica aséptica estricta.
- Solicitar que permanezca quieto durante la venopunción.
- Insertar la aguja en la dirección del retorno de la sangre venosa.
- Observar si se produce retorno sanguíneo en la aguja.
- Extraer la muestra de sangre.
- Retirar la aguja de la vena y aplicar presión y un apósito.
- Aconsejar que deje el apósito en su lugar durante al menos una hora.
- Verificar que las muestras tengan el nombre del paciente, la fecha y la hora de la extracción correctos, y el resto de la información, según el protocolo del centro.
- Enviar la muestra etiquetada al laboratorio correspondiente.
- Eliminar el equipo correctamente.

2.ª edición 1996; revisada en 2018 y 2024

Bibliografía:

Garza, D., & Becan-McBride, K. (2018). *Phlebotomy handbook: Blood collection essentials* (10th ed.). Pearson.

Muegge, S. (2017). Stick to procedure when performing phlebotomy. *AAACN Viewpoint, 39*(3), 1-11.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2018). *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed.). Elsevier.

Skarparis, K., & Ford, C. (2018). Venipuncture in adults. *British Journal of Nursing, 27*(22), 1312-1315. https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.22.1312.

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).
- Monitorizar si hay signos de ictericia.
- Solicitar el análisis de los niveles de bilirrubina, según corresponda, por protocolo o como solicitud del facultativo principal.
- Informar de los valores de laboratorio al médico principal.
- Poner al lactante en una incubadora o bajo un calefactor radiante.
- Explicar a la familia los procedimientos y cuidados de la fototerapia.
- Aplicar parches para cubrir los ojos, evitando ejercer demasiada presión.
- Retirar los parches cada 4 horas o cuando se apaguen las luces para el contacto parental y la alimentación.
- Vigilar la aparición de edema y exudado en los ojos, así como su color.
- Colocar las luces de fototerapia encima del lactante a una altura adecuada.
- Comprobar el brillo de las luces a diario.
- Monitorizar los signos vitales cada 3 horas, según el protocolo o según se precise.
- Comprobar la temperatura cada 3 horas o según se precise.
- Cambiar la posición del lactante cada 3 horas o según el protocolo.
- Monitorizar los niveles de bilirrubina según el protocolo o por solicitud del médico.
- Evaluar el estado neurológico cada 4 horas o según el protocolo.
- Monitorizar 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 y 2024

Bibliografía:

Chu, L., Qiao, J., & Xu, C. (2020). Home-based phototherapy versus hospital-based phototherapy for treatment of neonatal hyperbilirubinemia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Pediatrician*, *59*(6), 588-595. https://doi.org/10.1177/0009922820916894.

Faulhaber, F. R. S., Procianoy, R. S., & Silveira, R. C. (2019). Side effects of phototherapy on neonates. *American Journal of Perinatology*, *36*(3), 252-257. https://doi.org/10.1055/s-0038-1667379.

Hockenberry, M. J., Rodgers, C. C., & Wilson, D. (2022). *Wong's essentials of pediatric nursing*. Elsevier.

Itoh, S., Okada, H., Kubol, T., & Kusaka, T. (2017). Phototherapy for neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics International*, *59*(9), 959-966. https://doi.org/10.1111/ped.13332.

Matson, S., & Smith, J. E. (2016). *Core curriculum for maternal-newborn nursing*. Elsevier.

Mitra, S., & Rennie, J. (2017). Neonatal jaundice: Etiology, diagnosis and treatment. *British Journal of Hospital Medicine*, *78*(12), 699-704. https://doi.org/10.12968/hmed.2017.78.12.699.

Fototerapia: piel 3510

Definición: Administración de dosis de luz para tratar trastornos crónicos o complejos de la piel o controlar la inflamación.

Actividades:

- Determinar el tipo de afección que se ha de tratar.
- Obtener la prescripción de fototerapia por parte del profesional sanitario, incluyendo la frecuencia, la distancia, la intensidad y la duración, según proceda.
- Instruir sobre el tratamiento (p. ej., indicaciones de uso, procedimiento de tratamiento, preparación de la zona que se ha de tratar).
- Probar inicialmente en una pequeña zona de la piel con la fuente de luz prescrita.
- Aumentar los tiempos de tratamiento según la tolerancia y el protocolo.
- Supervisar según sea necesario durante el tratamiento.
- Monitorizar los efectos secundarios del tratamiento (p. ej., aumento de las zonas de irritación, signos o síntomas de infección).
- Familiarizarse con el estado basal de la piel para discernir si la terapia es eficaz.
- Asegurar la disponibilidad para los tratamientos programados (p. ej., una vez por semana, dos o tres veces por semana, mensualmente).
- Terminar o modificar el tratamiento si aparecen efectos secundarios adversos, según la prescripción.
- Reducir el tratamiento en etapas incrementales una vez conseguido el efecto deseado.
- Educar en relación con el cuidado de la zona de tratamiento entre visitas.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.
- Documentar el tratamiento y la respuesta

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Bell, A. (2018). Ensuring adherence to the British Association of Dermatologists' service guidance and standards for phototherapy units. *Dermatological Nursing*, *17*(4), 39-42.

Grove, J. (2017). The use of intense pulsed light therapy in the treatment of acne vulgaris. *Journal of Aesthetic Nursing*, *6*(8), 400-405.

Torres, A. E., Lyons, A. B., Hamzavi, I. H., & Lim, H. W. (2021). Role of phototherapy in the era of biologics. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *84*(2), 479-485. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.095.

Zhang, P., & Wu, M. X. (2018). A clinical review of phototherapy for psoriasis. *Lasers in Medical Science*, *33*(1), 173-180. https://doi.org/10.1007/s10103-017-2360-1.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Fototerapia: regulación del estado de ánimo 6926

Definición: Administración de dosis de luz brillante para elevar el estado de ánimo y ajustar el ritmo circadiano.

Actividades:

- Obtener la prescripción de fototerapia por parte del profesional sanitario, incluyendo la frecuencia, la distancia, la intensidad y la duración, según proceda.
- Instruir sobre el tratamiento (p. ej., indicaciones de uso, procedimiento de tratamiento).
- Ayudar en la obtención de una fuente de luz adecuada para el tratamiento, incluido el brillo, la intensidad, los luxes y el filtrado de la luz ultravioleta correctos (es decir, las bombillas fluorescentes que emiten luz blanca son la fuente preferida).
- Aumentar los tiempos de tratamiento para fuentes de luz con menos luxes.
- Ayudar a configurar la fuente de luz prescrita como preparación para el tratamiento, incluyendo la distancia y la intensidad correctas.
- Fomentar el uso del tratamiento.
- Monitorizar el nivel de estado de ánimo (p. ej., tristeza prolongada, pérdida de energía, cambio en el patrón de sueño, irritabilidad).
- Supervisar según sea necesario durante el tratamiento.
- Monitorizar los efectos secundarios del tratamiento (p. ej., cefalea, fatiga visual, náuseas, insomnio, hiperactividad).
- Familiarizarse con los síntomas basales para discernir si la terapia empeora los síntomas y los efectos adversos.
- Terminar el tratamiento si aparecen efectos secundarios.
- Notificar al profesional sanitario los efectos secundarios.
- Modificar el tratamiento, según se indique, para disminuir o eliminar los efectos secundarios.
- Si los síntomas no mejoran en un plazo de 2 a 4 semanas, considerar la posibilidad de aumentar la dosis o de añadir un tratamiento vespertino.
- Documentar el tratamiento y la respuesta.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

D'Agostino, A., Ferrara, P., Terzoni, S., Ostinelli, E. G., Carrara, C., Prunas, C., Gambini, O., & Destrebecq, A. (2020). Efficacy of triple chronotherapy in unipolar and bipolar depression: A systematic review of the available evidence. *Journal of Affective Disorders, 276*, 297-304. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.026.

Keltner, N. L., & Steele, D. (2019). *Psychiatric nursing* (8th ed.). Elsevier.

Leahy, L. G. (2017). Overcoming seasonal affective disorder. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 55*(11), 10-14. https://doi.org/10.3928/02793695-20171016-03.

Mitolo, M., Tonon, C., La, M. C., Testa, C., Carelli, V., & Lodi, R. (2018). Effects of light treatment on sleep, cognition, mood, and behavior in Alzheimer's Disease: A systematic review. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders, 46*(5/6), 371-384. https://doi.org/10.1159/000494921.

Varcarolis, E. M., & Fosbre, C. D. (2021). *Essentials of psychiatric-mental health nursing* (4th ed.). Elsevier.

Gestión de casos 7320

Definición: Defensa, planificación, implementación, monitorización y evaluación de los cuidados para personas y familias en y entre distintos entornos.

Actividades:
- Identificar los individuos o las poblaciones que se beneficiarían de la gestión de casos (p. ej., coste alto, gran volumen, alto riesgo).
- Explicar las funciones del gestor de casos.
- Explicar el coste del servicio antes de prestar los cuidados.
- Identificar la fuente de financiación del servicio de gestión de casos.
- Obtener el permiso para incluirle en un programa de gestión de casos, según esté indicado.
- Desarrollar relaciones con la persona, la familia y otros proveedores de asistencia sanitaria, según sea necesario.
- Utilizar habilidades comunicativas eficaces.
- Tratar con dignidad y respeto.
- Procurar la intimidad y la confidencialidad.
- Evaluar el estado físico y mental, la capacidad funcional, los sistemas formales e informales de apoyo, los recursos económicos y el entorno domiciliario, según sea necesario.
- Individualizar el plan del tratamiento y los resultados previstos con aportaciones de la persona y la familia.
- Explicar el plan de cuidados a la persona y a la familia.
- Validar los resultados que deben obtenerse con la persona y la familia.
- Debatir el plan de asistencia y los resultados deseados con el profesional sanitario.
- Integrar la información de la gestión de la asistencia y las intervenciones revisadas en el informe de transferencia de cuidados y las sesiones prácticas de grupo, según sea necesario.
- Evaluar el progreso hacia los objetivos fijados.
- Revisar las intervenciones y los objetivos, para satisfacer las necesidades, según sea necesario.
- Coordinar la provisión de los recursos y de los servicios precisos.
- Coordinar la asistencia con otros profesionales sanitarios que puedan resultar oportunos (p. ej., profesionales de atención primaria, enfermeras de práctica avanzada, médicos, trabajadores sociales, farmacéuticos, fisioterapeutas, pagadores externos).
- Enseñar la importancia del autocuidado.
- Fomentar actividades de toma de decisiones adecuadas.
- Documentar todas las actividades de la gestión del caso.
- Monitorizar el plan de cuidados para asegurar la calidad, la cantidad, la oportunidad y la efectividad de los servicios.
- Ayudar con el acceso al sistema sanitario.
- Guiar a través del sistema sanitario.
- Ayudar a tomar decisiones informadas en cuanto a la asistencia sanitaria.
- Defender, según sea necesario.
- Incluir los aspectos clínicos y económicos en la toma de decisiones.
- Notificar cualquier cambio en el servicio, la finalización del servicio y la eliminación del programa de gestión del caso.
- Promover la utilización eficiente de los recursos.
- Monitorizar la rentabilidad de la asistencia.
- Modificar la asistencia para reducir los costes, según esté indicado.
- Establecer programas de mejora de la calidad para evaluar las actividades de gestión del caso.
- Documentar la rentabilidad de la gestión del caso.
- Informar de los resultados a los aseguradores y a otros terceros pagadores.
- Comercializar los servicios de gestión de casos a individuos, familias, aseguradores y empleados.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Joo, J. Y., & Liu, M. F. (2017). Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review. *International Nursing Review, 64*(2), 296-308.

Joo, J. Y., & Liu, M. F. (2018). Experiences of case management with chronic illnesses: a qualitative systematic review. *International Nursing Review, 65*(1), 102-113.

Joo, J. Y., & Liu, M. F. (2019). Effectiveness of Nurse-Led Case Management in Cancer Care: Systematic Review. *Clinical. Nursing Research, 28*(8), 968-991.

Joo, J. Y., & Huber, D. L. (2019). Case management effectiveness on health care utilization outcomes: A systematic review of reviews. *Western Journal of Nursing Research, 41*(1), 111-133.

Powell, S. K., & Tahan, H. M. (2019). *Case management: A practical guide for education and practice* (4th ed.). Wolters Kluwer.

Tahan, H. M., & Treiger, T. M. (2017). *CMSA Core curriculum for case management* (3rd ed.). Wolters Kluwer.

Gestión 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.

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

- 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). http://www.gs1.org/docs/gsmp/traceability/Global_Traceability_Standard.pdf

Jarousse, L. (2011). Strategic supply chain management. *Hospitals and Health Networks*. 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.

G

Gestión de la competencia 7850

Definición: Desarrollo, enriquecimiento y monitorización del nivel de conocimientos y habilidades.

Actividades:

- Identificar las necesidades de aprendizaje (p. ej., políticas y procedimientos nuevos o modificados, transición a la práctica, equipamiento).
- Identificar las características del alumno (p. ej., alfabetización, idioma, nivel educativo, experiencia previa, edad, motivación, actitud).
- Identificar los problemas de rendimiento (p. ej., déficit de conocimientos, déficit de habilidades, déficit de motivación), según proceda.
- Identificar las metas, los objetivos y las actividades de aprendizaje.
- Identificar recursos para apoyar la instrucción (p. ej., consulta de expertos, material didáctico, tiempo, recursos fiscales).
- Desarrollar contenidos didácticos.
- Diseñar métodos de evaluación previa y posterior.
- Proporcionar un programa de instrucción (p. ej., paquetes de aprendizaje autodirigido, presencial, en línea, simulación).
- Evaluar la eficacia de la enseñanza.
- Proporcionar información sobre los resultados de la formación del personal a las personas adecuadas.
- Determinar la frecuencia de la evaluación de los conocimientos y las habilidades.
- Proporcionar ayuda económica y tiempo libre para asistir a programas educativos según lo requiera el trabajo.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Barton, G., Bruce, A., & Schreiber, R. (2018). Teaching nurses teamwork: Integrative review of competency-based team training in nursing education. *Nurse Education in Practice, 32*, 129-137. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.11.019.

Chen, T., Hsiao, Chia-Chi., Tsui-Ping, Chu., Hsiao, S., Chen, Liao., Mei-Nan, H., & Chang-Chiao (2021). Exploring core competencies of clinical nurse preceptors: A nominal group technique study. *Nurse Education in Practice, 56*, 03200. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103200.

Konrad, S., Fitzgerald, A., & Deckers, C. (2021). Nursing fundamentals – supporting clinical competency online during the COVID-19 -pandemic. *Teaching and Learning in Nursing: Official Journal of the National Organization for Associate Degree Nursing, 16*(1), 53-56. https://doi.org/10.1016/j.teln.2020.07.005.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Rees, S., Farley, H., & Moloney, C. (2021). How registered nurses balance limited resources in order to maintain competence: a grounded theory study. *BMC Nursing, 20*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00672-6.

Song, Y., & McCreary, L. L. (2020). New graduate nurses' self-assessed competencies: An integrative review. *Nurse Education in Practice, 45*, 102801. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102801.

Gestión de los recursos económicos 8550

Definición: Procurar y dirigir la utilización de los recursos económicos.

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 las actividades de *marketing* para mejorar los programas.
- Solicitar contribuciones paralelas para apoyar los programas y 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; revisada en 2024

Bibliografía:

Brydges, G., Krepper, R., Nibert, A., Young, A., & Luquire, R. (2019). Assessing executive nurse leaders' financial literacy level: A mixed-methods study. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, *49*(12), 596-603. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000822.

Dion, K. W., Oerther, D. B., & Davidson, P. M. (2021). Nurse leaders and financial literacy: Learning to become CFO of me. *Nursing Economic$*, *39*(3), 151-155.

Dion, K. W., Oerther, D. B., & White, K. M. (2021). Mastering the health savings account. *Nursing Economic$*, *39*(5), 255-259.

Huber, D. L., & Joseph, M. L. (2021). *Leadership and nursing care management* (7th ed.). Elsevier.

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2021). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and applications* (10th ed.). Wolters Kluwer.

Raftery, C., Sassenberg, A. -M., & Bamford-Wade, A. (2021). Business acumen for nursing leaders, optional or essential in today's health system? A discussion paper. *Collegian*, *28*(6), 610-615. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.08.001.

Welch, T. D., & Smith, T. B. (2022). Anatomy of a business case. *Nursing Administration Quarterly*, *46*(1), 88-95. https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000498.

Gestión del protocolo de investigación 8130

Definición: Ejecución y coordinación del protocolo de investigación.

Actividades:

- Asegurar la obtención del consentimiento informado y la aprobación por el comité de ética institucional.
- Revisar la ejecución del protocolo del estudio según lo especificado.
- Confirmar que los participantes comprenden los riesgos y beneficios de la investigación.
- Realizar las actividades del protocolo mientras los participantes estén bajo observación del estudio.
- Documentar los datos de acuerdo con el procedimiento y el protocolo del estudio.
- Proporcionar un espacio privado para realizar entrevistas o recopilar datos, según sea necesario.
- Ayudar a cumplimentar los cuestionarios del estudio u otras herramientas de recogida de datos, de acuerdo con el protocolo del estudio.
- Obtener un resumen de los resultados del estudio para el personal participante y los participantes interesados en el estudio.
- Comunicarse regularmente con el investigador sobre el progreso de la recogida de datos, según proceda.
- Monitorizar la cantidad de participación en estudios de investigación.
- Monitorizar la respuesta de los participantes al protocolo de investigación.
- Informar al investigador de cualquier acontecimiento adverso.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

American Nurses Association. (2015). *Code of ethics for nurses with interpretive statements.*

American Nurses Association. (2021). *Nursing: Scope and standards of practice* (4th ed.).

Guido, G. W. (2020). *Legal and ethical issues in nursing* (7th ed.). Pearson.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

G

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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.*

Cincinnati Children's Hospital Medical Center. (2009). *Best evidence statement (BESt) inpatient support groups for families of children with intractable epilepsy.*

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). 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.

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 de 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). Prentice Hall.

Freeman, L. (Ed.). (2004). Hypnosis. In *Mosby's complementary & alternative medicine: A research-based approach* (2nd ed., pp. 237-274). Mosby.

Lynn, S. J., & Kirsch, I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis: An evidence-based approach*. 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*. Grune&Stratton.

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

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). Aspen.

Smith, K. (2006). Humor. In M. Snyder, & R. Lindquist (Eds.), *Complimentary/alternative therapies in nursing* (pp. 93-106). Springer.

Sullivan, J. L., & Deane, D. M. (1988). Humor and health. *Journal of Gerontological Nursing, 14*(1), 20-24.

H

Identificación de riesgos 6610

Definición: Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridades a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o un 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 estado 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 reducción del riesgo (p. ej., nivel de concienciación y motivación, efectividad, coste, viabilidad, preferencias, equidad, estigmatización y severidad de los resultados si los riesgos continúan sin abordarse).
- Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.
- Ejecutar las actividades de reducción del riesgo.
- Proceder a derivar a otro personal de cuidados y/o instituciones, según corresponda.
- Planificar la monitorización a largo plazo de los riesgos para la salud.
- Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades 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). *Handbook of injury and violence prevention [E. N. Haas, Managing]*. Springer.

Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). *Suicide risk management: A manual for health professionals*. Oxford: Blackwell.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2008). *Public health nursing: Population-centered health care in the community* (7th ed.). Mosby Elsevier.

I

Identificación de riesgos: enfermedades infecciosas 6620

Definición: Análisis de los posibles factores de riesgo, determinación de los riesgos para la salud y priorización de las estrategias de reducción de riesgos para las personas con enfermedades infecciosas.

Actividades:

- Determinar los factores de riesgo utilizando las directrices de los organismos apropiados (p. ej., Organización Mundial de la Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades).
- Revisar el historial de viajes recientes para determinar la exposición.
- Determinar el estado de inmunización.
- Determinar la exposición a grupos de personas y la necesidad de rastrear los contactos (p. ej., guarderías, residencias universitarias, centros de cuidados de larga duración, hospitales).
- Mantener la privacidad al rastrear los contactos para la identificación de otras personas que puedan haber estado expuestas.
- Determinar si existen conductas de alto riesgo (p. ej., relaciones sexuales sin protección, contacto estrecho con personas de riesgo durante más de 15 minutos).
- Recomendar las pruebas, el tratamiento y los procedimientos de cuarentena adecuados para las personas con exposición conocida.
- Aislarse de los demás si le preocupa la propagación por gotitas o por el aire mientras espera la confirmación de las pruebas.
- Instruir sobre los métodos adecuados para evitar la propagación.
- Seguir el régimen de tratamiento prescrito.
- Informar a los cuidadores, si procede, sobre los síntomas que pueden indicar transmisión.
- Iniciar medidas preventivas adecuadas en diversos entornos.
- Notificar las enfermedades infecciosas transmisibles, tal como exige la ley, a los correspondientes departamentos de salud pública a nivel local, autonómico y nacional.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID), Division of Healthcare Quality Promotion (DHQP) (2019). Infection control in healthcare personnel: Infrastructure and routine practices for occupational infection prevention and control services. https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/healthcare-personnel/assessment.html.

Johansson, M. A., Quandelacy, T. M., Kada, S., Prasad, P. V., Steele, M., Brooks, J. T., Slayton, R. B., Biggerstaff, M., & Butler, J. C. (2021). SARS-CoV-2 transmission from people without COVID-19 symptoms. *JAMA Network Open*, *4*(1), . https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.35057.

Levy, S. B., Gunta, J., & Edemekong, P. (2019). Screening for sexually transmitted diseases. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, *46*, 157-173. https://doi.org/10.1016/j.pop.2018.10.013.

Martin, G., & Boland, M. (2018). Planning and preparing for public health threats at airports. *Globalization and Health*, *14*(28), 1-5. https://doi.org/10.1186/s12992-018-0323-3.

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Saurabh, S., & Prateek, S. (2017). Role of contact tracing in containing the 2014 Ebola outbreak: A review. *African Health Sciences, 17*(1), 225-236. https://doi.org/10.4314/ahs.v17i1.28.

United States Preventative Services Task Force. (n.d.). *Recommendations.* https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/topic_search_results.

World Health Organization. (2021). *Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19.* https://www.who.int/publications/i/item/considerations-in-adjusting-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance.

Identificación de riesgos: familia con recién nacido 6612

Definición: Identificar al individuo o a la familia con posibles dificultades para la crianza de hijos y priorizar estrategias para 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.
- Monitorizar 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 presencia de factores que puedan predisponer a la paciente a complicaciones.
- Revisar, actualizar y completar la información a medida que se desarrolla el embarazo, en los períodos intraparto, posparto y en los ingresos neonatales, si procede.
- Determinar los medicamentos que haya podido recibir la madre durante el período prenatal.
- Revisar el historial prenatal para ver si hay factores estresantes que afecten a la reserva de glucosa del recién nacido (p. ej., diabetes, hipertensión inducida por el embarazo y trastornos cardíacos o renales).
- Revisar el historial para ver si hay patrones de crecimiento prenatal anormales, según lo detectado por ecografía o cambios del fondo uterino.
- Revisar el historial materno de dependencia de sustancias químicas, anotando la duración, el tipo de drogas utilizadas (incluido el alcohol), y el momento y potencia de la última dosis antes del parto.
- Conocer los sentimientos de la paciente acerca del embarazo no deseado.
- Determinar si el embarazo no deseado es aprobado por la familia.
- Determinar si el embarazo no deseado es apoyado por la familia.
- Documentar la adaptación psicosocial al embarazo por parte de la paciente, la familia, otros niños y adultos del hogar, familiares y otras personas que tengan una relación estrecha con la embarazada.
- Determinar la presencia de un embarazo múltiple y considerar las dificultades de criar a varios lactantes.
- 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, hiperglucemia o hipoglucemia) que podrían diferir su capacidad de interactuar con los cuidadores.
- Identificar la razón de la separación del recién nacido después del nacimiento.
- Monitorizar las interacciones progenitor-lactante, 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 favorezcan 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.* F. A. Davis.

Identificación de riesgos: genéticos 6614

Definición: Identificación y análisis de posibles factores de riesgo genético en un individuo, una familia o un grupo.

Actividades:

- Asegurar la intimidad y la confidencialidad.
- Explorar los factores de riesgo genéticos confirmados o sospechados para determinar el nivel de comprensión.
- 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 los factores de riesgo genéticos confirmados o sospechados.
- Revisar el entorno para detectar posibles factores de riesgo (posibles exposiciones a teratógenos o a carcinógenos).
- Revisar el estilo de vida para detectar posibles factores de riesgo (tabaco, alcohol, fármacos con receta, consumo de drogas).
- Determinar la presencia y la calidad de los sistemas de apoyo y las habilidades de afrontamiento previas.
- Obtener 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.
- Revisar 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 un resumen escrito del asesoramiento de identificación del riesgo, según esté indicado.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

King, E., & Mahon, S. M. (2017). Genetic testing: Challenges and changes in testing for hereditary cancer syndromes. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 21*(5), 589-598. https://doi.org/10.1188/17.CJON.589-598.

McEwen, A., & Jacobs, C. (2021). Who we are, what we do, and how we add value: The role of the genetic counseling 'philosophy of practice' statement in a changing time. *Journal of Genetic Counseling, 30*(1), 114-120. https://doi.org/10.1002/jgc4.1308.

McReynolds, K., & Lewis, S. (2017). Genetic counseling for hereditary cancer: A primer for NPs. *Nurse Practitioner Journal, 42*(7), 22-28. https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000520422.06782.65.

Mendes, Á., Metcalfe, A., Paneque, M., Sousa, L., Clarke, A. J., & Sequeiros, J. (2018). Communication of information about genetic risks: Putting families at the center. *Family Process, 57*(3), 836-846. https://doi.org/10.1111/famp.12306.

Patch, C., & Middleton, A. (2018). Genetic counselling in the era of genomic medicine. *British Medical Bulletin, 126*(1), 27-36. https://doi.org/10.1093/bmb/ldy008.

Sharma, S., Khanna, G., & Gangane, S. D. (2019). *Textbook of pathology and genetics for nurses.* Elsevier, India.

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

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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), 481. 478.

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*, 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, 2007 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.

Inducción del parto 6850

Definición: Inicio 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, rotura uterina previa, herpes genital activo, prolapso del cordón umbilical, posición transversal, frecuencia cardíaca fetal [FCF] de categoría III).
- 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 el 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 el protocolo, si es necesario.
- Controlar el estimulante uterino hasta que el parto sea inminente, según sea necesario o según el protocolo.
- Monitorizar 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.). Prentice Hall.

Mattson, S., & Smith, J. (Eds.). (2011). *Core curriculum for maternal newborn nursing* (4th ed.). Elsevier.

Odent, M. (2013). Should we ban labor induction? *Midwifery Today, 107*.

Wing, D. (2015). *Induction of labor. UpToDate*. http://www.uptodate.com/contents/induction-of-labor?source=search_result&search=%22Should+we+ban+labor+induction%22&selectedTitle=1%7E150.

Inducción e intubación en secuencia rápida 3340

Definición: Coordinación de la sedación y la intubación rápidas al tiempo que se minimiza la aspiración en lesiones o enfermedades potencialmente mortales.

Actividades:

- Determinar las indicaciones clínicas para la inducción.
- Verificar la identidad.
- Explicar el procedimiento y su justificación, si está indicado.
- Reunir el equipo adecuado.
- Determinar los puntos de referencia anatómicos y la ausencia de obstrucción (p. ej., cuerpo extraño, epiglotitis, edema) para facilitar la colocación del tubo endotraqueal.
- Preoxigenar con mascarilla y bolsa durante 3 minutos como mínimo.
- Administrar la premedicación indicada para mitigar la respuesta fisiológica del organismo a la intubación (p. ej., lidocaína, atropina, fentanilo).
- Administrar sedantes (p. ej., propofol, ketamina, etomidato) y paralizantes (p. ej., vecuronio, rocuronio, succinilcolina) al mismo tiempo o inmediatamente después de la inducción.
- Colocar en posición de intubación adecuada (p. ej., toallas bajo la cabeza, alinear las orejas con la escotadura supraesternal) después de la sedación y la parálisis.

- Insertar el tubo endotraqueal e inflar el balón de neumotaponamiento, no más de 1 minuto después de la sedación y la parálisis.
- Marcar el nivel de inserción en los dientes y fijar el tubo.
- Obtener confirmación de la colocación correcta del tubo.
- Documentar los cuidados, incluyendo el tipo de tubo, los medicamentos utilizados y la tolerancia del procedimiento.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Gooch, M. D., & Roberts, E. (2017). Changing the Emergency Department's practice of rapid sequence intubation to reduce the incidence of hypoxia. *Advanced Emergency Nursing Journal, 39*(4), 266-279. https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000164.

Macksey, L. F. (2018). *Nurse anesthesia pocket guide* (3rd ed.). Jones & Bartlett Learning.

Smith, T. L., & Van Meter, J. (2018). Maximizing success with rapid sequence intubations. *Advanced Emergency Nursing Journal, 40*(3), 183-193. https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000204.

Ureden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2022). Pulmonary therapeutic management. In *Critical care nursing: Diagnosis and management* (9th ed., pp. 502-503). Elsevier.

Wahlen, B. M., El-Menyar, A., Asim, M., & Al-Thani, H. (2019). Rapid sequence induction (RSI) in trauma patients: Insights from healthcare providers. *World Journal of Emergency Medicine, 10*(1), 19-26. https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2019.01.003.

Información preparatoria: sensorial 5580

Definición: Descripción en términos concretos y objetivos de las sensaciones y hechos normales asociados con un procedimiento o tratamiento de cuidados de salud estresante previsto.

Actividades:

- Asegurarse de la disposición para las explicaciones o descripciones.
- Describir la próxima secuencia de acontecimientos y el entorno asociado al procedimiento o tratamiento.
- Describir las sensaciones habituales asociadas con el procedimiento o tratamiento (p. ej., vista, tacto, olfato, gusto, oído).
- Presentar descripciones de experiencias previas a la experiencia actual.
- Proporcionar a la persona en situaciones urgentes explicaciones sobre los procedimientos con sus fundamentos a medida que se realizan, siempre que sea posible.
- Presentar las sensaciones y el procedimiento o tratamiento en la secuencia que se presentará.
- Proporcionar descripciones en el idioma específico, recurriendo a un intérprete en caso necesario.
- Utilizar herramientas adecuadas a la edad de los niños (p. ej., marionetas, juguetes de colores).
- Describir las sensaciones utilizando palabras descriptivas y su duración.
- Evitar adjetivos evaluativos que reflejen el grado de sensación o respuesta emocional.
- Relacionar las sensaciones con su causa cuando no puede ser evidente por sí misma.
- Dar la oportunidad de hacer preguntas y clarificar malentendidos.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Association of PeriOperative Registered Nurses. (2021). 2021 Guidelines for perioperative practice.

Hall, A. (2021). Patient education. In P. A. Potter, A. G. Perry, P. A. Stockert, & A. M. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (pp. 328-348). Elsevier.

Nguyen, M. H., Smets, M. A., Bol, N., Loos, E. F., Hanneke, W., Geljsen, D., Henegouwen, M., Tytgat, K., & van Weert, J. (2019). Tailored web-based information for younger and older patients with cancer: Randomized controlled trial of a preparatory educational intervention on patient outcomes. *Journal of Medical Internet research, 21*(10), e14407. https://doi.org/10.2196/14407.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2018). *Clinical nursing skills and techniques*. Elsevier.

Rebar, C., & Bashaw, M. (2021). Concepts of care for perioperative patients. In D. D. Ignatavicius, M. L. Workman, C. Rebar, & N. M. Heimgartner (Eds.), *Medical-Surgical nursing: Concepts for interprofessional collaborative care* (pp. 417-500). Elsevier.

Reid-Searl, K., O'Neill, B., Dwyer, T., & Crowley, K. (2017). Using a procedural puppet to teach pediatric nursing procedures. *Clinical Simulation in Nursing, 13*(1), 15-23.

Rothrock, J., & McEwen, D. R. (2019). *Alexander's care of the patient in surgery* (16th ed.). Elsevier.

Informe de incidencias 7980

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 médicos que hayan causado una lesión en el paciente, según corresponda.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Mantener la confidencialidad del informe de incidentes, según las normas del centro.
- Poner en marcha el Sistema de Notificación de Dispositivos Médicos para fallecimientos o lesiones como consecuencia de dispositivos médicos.
- Comentar el suceso con el personal implicado para determinar la acción correctora necesaria, si es que hubiera alguna.
- Proporcionar retroalimentación a todo el personal sobre las lecciones aprendidas y los cambios organizacionales resultantes 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*. 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), . https://doi.org/10.1186/1754-9493-6-21.

Nishizaki, Y., Tokuda, Y., Sato, E., Kato, K., Matsumoto, A., Takekata, M., Terai, M., Watanabe, C., Lim, Y. Y., Phde, S., & Ishikawa, R. (2010). Relationship between nursing workloads and patient safety incidents. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 3*, 49-54.

I

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 clasificado 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.
- Usar 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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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.).

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). In B. Gulli & E. W. Ossman, Medical (Eds.), *Sports first aid and injury prevention*. Jones & Bartlett.

Schottke, D. (2007). Injuries to muscles and bones. In A. N. Pollack (Ed.), *First responder: Your first response in emergency care* (pp. 327-367). Jones & Bartlett.

Thygerson, A. (2005). Splinting extremities. In *American Academy of Orthopaedic Surgeons, First aid, CPR, and AED* (4th ed., pp. 239-254). Jones & Bartlett.

I

Intercambio de información de cuidados de salud 7960

Definición: Proporcionar información sobre la atención del paciente a otros profesionales sanitarios.

Actividades:

- Identificarse a uno 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.). 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*(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/1472-6955-6-4.

Huston, C. (2013). The impact of emerging technology on nursing care, Warp speed ahead. *OJIN, 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*. 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.

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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.
- 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*. http://www.amarillomed.com/howto.

Chernecky, C. C., & Berger, B. J. (2013). *Laboratory tests and diagnostic procedures* (6th ed.). Elsevier Saunders.

Pagana, K. D., & Pagana, T. J. (2014). *Mosby's manual of diagnostic and laboratory tests* (5th ed.). Elsevier Mosby.

Xiong Lian, J. (2010). Interpreting and using blood gas analysis. *Nursing 2010 Critical Care*, 5(3), 26-33.

I

Intervención en caso de crisis 6160

Definición: Utilización de estrategias a corto plazo para facilitar el manejo de una situación de dificultades, problemas o peligro intensos.

Actividades:

- Proporcionar un ambiente seguro y de apoyo.
- Establecer una relación terapéutica.
- Determinar si hay un riesgo de seguridad para sí mismo o para otros.
- Instaurar las precauciones necesarias para salvaguardar a la persona o a los demás.
- Utilizar un abordaje activo de manejo de crisis agudas, según sea necesario.
- Ayudar a la persona a sentirse segura y menos ansiosa.
- Favorecer la sensación de control y autoeficacia de la persona para que recupere el control lo antes posible.
- Centrarse en la interacción eliminando prejuicios, suposiciones previas, preocupaciones personales y otras distracciones.
- Escuchar con atención plena utilizando técnicas de comunicación (p. ej., contacto visual, compenetración, respuestas frecuentes para verificar y transmitir comprensión, resumir lo que dice la persona).
- Evitar dar falsas seguridades.
- Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva.
- Animar a utilizar los propios recursos para realizar cambios.
- Reconocer el tipo de crisis (p. ej., madurativa, situacional, adventicia) para ayudar a desarrollar un plan de cuidados centrado en la persona, según proceda.
- Monitorizar las reacciones cognitivas, emocionales y conductuales para ajustar las intervenciones en consecuencia.
- Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y de la dinámica de la crisis.
- Animar a centrarse en la situación presente e inmediata («aquí y ahora») y no anticipar acontecimientos futuros.
- Identificar si se ha acordado previamente un plan de crisis y si es aplicable en la situación actual.
- Desarrollar un plan de prevención de crisis para describir las formas preferidas de manejar y prevenir futuras crisis (p. ej., información sobre los primeros signos de alerta de crisis, medicación, apoyos que ayudan a manejar la crisis, preferencias de cuidados, datos de contacto de los familiares, información sobre servicios 24 horas), según sea necesario.
- Identificar las creencias culturales o prácticas espirituales que deben tenerse en cuenta al evaluar e intervenir en una crisis.
- Tomar conciencia del significado de la crisis desde el punto de vista de la persona.
- Reconocer y comprender el impacto del antecedente de traumas de las personas que viven una crisis.
- Participar en la identificación de intervenciones realistas y adecuadas.
- Animar 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 y 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.
- Explorar y satisfacer las necesidades educativas de la persona y la familia, según corresponda.
- Enseñar estrategias de afrontamiento específicas (p. ej., toma de decisiones, resolución de problemas, asertividad, meditación, relajación), si es necesario.
- Proporcionar entrenamiento en habilidades sociales, si es necesario.
- Ayudar en la identificación de actuaciones alternativas para resolver la crisis.
- Ayudar en la valoración de las posibles consecuencias de las diversas actuaciones.

- Ayudar 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 la persona si se ha resuelto la crisis con el curso de acción elegido.
- Planificar con la persona la forma en que pueden utilizarse las habilidades de afrontamiento adaptativas para tratar crisis en el futuro.
- Ayudar a identificar los sistemas de apoyo disponibles.
- Poner en contacto a la persona y a la familia con los recursos de la comunidad, según sea necesario.
- Proporcionar orientación para desarrollar y mantener sistemas de apoyo.
- Presentar a personas o grupos que han pasado con éxito por la misma experiencia.
- Identificar los apoyos sociales disponibles para la familia (p. ej., grupos; educación sobre la enfermedad, el tratamiento, el pronóstico, los fármacos; apoyos comunitarios para la familia; apoyos comunitarios para que la persona alcance un funcionamiento óptimo).
- Proporcionar información o remitir a la persona y a la familia a los servicios o apoyos adicionales que sean necesarios.
- Facilitar el acceso al apoyo comunitario, a los profesionales sanitarios adecuados, a los trabajadores de apoyo entre iguales y a los servicios de salud mental y de consumo de sustancias.
- Planificar un seguimiento periódico (p. ej., llamadas telefónicas, visitas a la clínica, visitas a domicilio).
- Documentar los progresos.
- Evaluar y derivar al programa de rehabilitación, según sea necesario.
- Fomentar el uso de soluciones basadas en las telecomunicaciones y la tecnología (p. ej., psicoeducación, habilidades en línea, herramientas en línea) para hacer una evaluación de urgencia, triaje y apoyo, o para el apoyo al afrontamiento y el automanejo, según proceda.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2008 y 2024

Bibliografía:

Cavaiola, A. A., & Colford, J. E. (2018). *Crisis intervention: A practical guide*. Sage.

Christiansen, K. (2017). *The crisis intervention manual* (3rd Ed.). Empathy Works.

Halter, M. J. (2022). *Varcarolis' foundations of psychiatric-mental health nursing: A Clinical approach* (9th Ed). Elsevier.

Nizum, N., Yoon, R., Ferreira-Legere, L., Poole, N., & Lulat, Z. (2020). Nursing interventions for adults following a mental health crisis: A systematic review guided by trauma-informed principles. *International Journal of Mental Health Nursing*, *29*(3), 348-363. https://doi.org/10.1111/inm.12691.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). *Crisis intervention for adults using a trauma-informed approach: Initial four weeks of management* (3rd ed.).

Zalaquett, P., & Munoz, E. (2017). Intervención en crisis para pacientes hospitalizados. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 28(6), 835-840. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.11.008.

I

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 TE 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

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Bibliografía:

Day, M. W. (2005). Laryngeal mask airway. In D. Wiegand, & K. Carlson (Eds.), *AACN procedure manual for critical care* (pp. 4252). Elsevier Saunders.

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

Goodrich, C., & Carlson, K. K. (2005). Endotracheal intubation (perform). In D. Wiegand, & K. Carlson (Eds.), *AACN procedure manual for critical care* (pp. 9-20). Saunders.

Scott, J. M. (2005). Endotracheal intubation (assist). In D. Wiegand, & K. Carlson (Eds.), *AACN procedure manual for critical care* (pp. 20-27). Elsevier Saunders.

Skillings, K. N., & Curtis, B. L. (2005). Nasopharyngeal airway insertion. In D. Wiegand, & K. Carlson (Eds.), *AACN procedure manual for critical care* (pp. 53-56). Elsevier Saunders.

Skillings, K. N., & Curtis, B. L. (2005). Oropharyngeal airway insertion. In D. Wiegand, & K. Carlson (Eds.), *AACN procedure manual for critical care* (pp. 57-61). 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 volver a aspirar 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 procede (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 and function* (6th ed., pp. 989-1032). Lippincott Williams & Wilkins.

Smith, S. E., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2008). Wound care and dressings. In *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (7th ed., pp. 874-938). Prentice Hall, Pearson.

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.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Potter, P., Perry, A., Stockert, P., & Hall, A. (Eds.). (2013). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). Elsevier Mosby.

Rew, M. (2005). Caring for catheterized patients: Urinary catheter maintenance. *British Journal of Nursing, 14*(2), 87-91.

Irrigación de los oídos 1645

Definición: Lavado del oído para limpiar el conducto auditivo externo de cera o residuos.

Actividades:

- Comprobar la exactitud e integridad de cada registro de administración de medicamentos antes de administrar cualquier medicamento, si está indicado.
- Seguir los seis hechos correctos de la administración de medicamentos.
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Reseñar los antecedentes médicos y las alergias, si está indicado.
- Determinar el conocimiento de la medicación y el método de administración o tratamiento.
- Realizar las valoraciones necesarias previas a la medicación o al procedimiento (p. ej., presión arterial, pulso).
- Posición tumbado de lado o sentado con la cabeza inclinada hacia el oído afectado.
- Colocar compresas absorbentes bajo la cabeza, el cuello y los hombros.
- Colocar una palangana debajo de la oreja para recoger el líquido drenado.
- Limpiar el pabellón de la oreja y el orificio del conducto auditivo externo.
- Calentar la solución de irrigación.
- Explicar la sensación de llenado habitual durante el procedimiento.
- Indicar que puede haber molestias cuando la solución llegue a la membrana timpánica.
- Llenar la jeringa con la solución calentada.
- Enderezar el conducto auditivo e introducir la punta de la jeringa en el orificio del conducto auditivo.
- Dirigir la solución suavemente hacia arriba, hacia la parte superior del conducto.
- Continuar la instilación de líquido hasta que se utilice toda la solución o hasta que se haya limpiado el conducto.
- No bloquear el flujo de salida de la solución con la jeringa.
- Colgar el recipiente de irrigación y pasar la solución por el tubo con la boquilla si no se utiliza el método de la jeringa, asegurándose de que no haya aire en el tubo antes de instilar en el oído.
- Ayudar a ponerse en decúbito lateral sobre el lado afectado cuando haya finalizado la irrigación, para drenar el exceso de líquido.
- Colocar una torunda de algodón en el orificio del conducto auditivo para absorber el exceso de líquido, según esté indicado.
- Supervisar la respuesta a la irrigación, según se indique
- Documentar el carácter y la cantidad del líquido aspirado, el aspecto del conducto, las molestias inmediatamente después de la instilación y de nuevo cuando se espera que actúe la medicación, si se utiliza.
- Inspeccionar la torunda de algodón para ver si drena cuando se retira, en caso de haberla utilizado.
- Documentar la administración de medicación y la respuesta, según el protocolo del centro.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2021). Oticmedications. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (11th ed., pp. 902-904). Pearson.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Perry, A. G. (2018). Administering ear medications. In A. G. Perry, P. A. Potter, W. R. Ostendorf, & N. Laplante (Eds.), *Clinical nursing skills and techniques* (pp. 547-550). Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

Irrigación de los ojos 1655

Definición: Lavado del ojo para administrar medicamentos o eliminar partículas o sustancias químicas nocivas.

Actividades:

- Comprobar la exactitud e integridad de cada registro de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento, si está indicado.
- Seguir los seis hechos correctos de administración de medicación si se administra medicación.
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Reseñar el historial médico y las alergias, si está indicado.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración o procedimiento.
- Realizar las valoraciones necesarias previas a la medicación o al procedimiento (p. ej., presión arterial, pulso).
- Posición tumbado de lado con el ojo afectado hacia abajo.
- Colocar compresas absorbentes bajo la cabeza, el cuello y los hombros.
- Colocar una palangana junto al ojo para recoger el drenaje.
- Exponer el saco conjuntival inferior.
- Prepararse para exponer los párpados superior e inferior si se irriga por etapas (es decir, primero mantener el párpado inferior hacia abajo y luego mantener el párpado superior hacia arriba).
- Ejercer una ligera presión sobre las prominencias óseas de las órbitas para mantener los párpados en su sitio y evitar el parpadeo reflejo.
- Mantener el irrigador ocular 2,5 cm por encima del ojo para evitar una presión excesiva durante la irrigación.
- Irrigar el ojo dirigiendo la solución sobre la zona conjuntival desde la zona interna hasta la zona externa.
- Evitar irrigar hacia el conducto lagrimal nasal.
- Irrigar hasta que la solución que sale del ojo sea transparente o según lo prescrito para la medicación.
- Indicar que cierre y mueva el ojo periódicamente durante la irrigación para mejorar la eliminación de secreciones o residuos.
- Limpiar y secar los ojos, cuando sea necesario
- Limpiar los párpados desde la zona interna hacia la zona externa.
- Aplicar una compresa ocular, según esté indicado.
- Monitorizar la respuesta a la irrigación, según esté indicado.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta, según el protocolo del centro.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Medications. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 814-815). Pearson. 823-824.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Administering ophthalmic medications. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 541-547). Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

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., pera de goma o frasco de aerosol) o que utilice la presión de la gravedad (p. ej., kit de lavado nasal 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.
- Monitorizar 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*(3), . https://doi.org/10.1002/14651858.CD006394.pub2.

Kassel, J. C., King, D., & Spurling, G. K. P. (2010). Saline nasal irrigationfor acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2010*(3), . https://doi.org/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.

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. https://doi.org/10.1177/1533317516660611.

DeSalvo, L. (1999). *Writing as a way of healing: How telling our stories transforms our lives*. Beacon Press.

Lepore, S. J., & Smyth, J. M. (2002). *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being*. American Psychological Association.

Pennebaker, J. W. (1997). *Opening up: The healing power of expressing emotions*. 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* (pp. 429-447). 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* (pp. 165-173). Springer.

L

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Ludoterapia

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.
- Monitorizar 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*. 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* (pp. 728-752). Mosby.

Snyder, M. (1992). Play. In M. Snyder (Ed.), *Independent nursing interventions* (pp. 287-293). 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). W. B. Saunders.

Vessey, J. A., & Mahon, M. M. (1990). Therapeutic play and the hospitalized child. *Journal of Pediatric Nursing*, 5(5), 328-333.

Manejo ambiental 6480

Definición: Establecimiento y mantenimiento del entorno para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.

Actividades:

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras sueltas, muebles móviles).
- Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.
- Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, según corresponda.
- Acompañar en las actividades realizadas fuera de la unidad, según corresponda.
- Disponer de camas de baja altura, para cuando se precise.
- Disponer dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas), según corresponda.
- Colocar los muebles en la habitación de una manera que se acomode mejor a las discapacidades.
- Facilitar tubuladuras suficientemente largas que permitan libertad de movimientos, según corresponda.
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.
- Proporcionar una habitación individual, si está indicado.
- Al escoger compañeros de habitación tener en cuenta la estética del entorno.
- Proporcionar una cama y un entorno limpios y cómodos.
- 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 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 la exposición innecesaria, las corrientes y el exceso de calefacción o frío.
- Evitar las interrupciones innecesarias que pueden despertar a la persona durante los períodos de reposo.
- Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades, en caso de que se altere la temperatura corporal.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.
- Proporcionar la música y el dispositivo que elija el paciente para escuchar música en privado cuando esta pueda molestar a otras personas.
- Manipular la iluminación y el aire 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.
- Permitir que se quede la familia.
- Limitar las visitas, si está indicado.
- Individualizar las restricciones de visitas para que se adapten a las necesidades.
- Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a las necesidades.
- 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.
- Educar acerca de los cambios y precauciones, de forma que no se produzcan interrupciones accidentales.
- Proporcionar información sobre la composición de un ambiente hogareño y seguro.
- Favorecer la seguridad contra incendios, según corresponda.
- Controlar plagas ambientales, si es el caso.
- Proporcionar ambientadores, si es necesario.
- Enseñar a construir un entorno de cuidados seguro y tranquilo en el hogar.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Aziz, M. G. (2021). Hygiene and self-care. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function*. Wolters-Kluwer.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Hygiene. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 684-688). Pearson.

de Abreu Moniz, M., Vago Daher, D., Sabóia, V. M., & Batista Ribeiro, C. R. (2020). Environmental health: Emancipatory care challenges and possibilities by the nurse. *Revista Brasileira de Enfermagem, 73*(3), 1-5.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2022). *Clinical Nursing Skills and Techniques* (10th ed.). Elsevier.

Valatka, R., Krizo, J., & Mallat, A. (2021). A survey-based assessment of "matter of balance" participant fall-related experience. *Journal of Trauma Nursing, 28*(5), 304-309.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

Yamaguchi, Y., Greiner, C., Ryuno, H., & Fukuda, A. (2019). Dementia nursing competency in acute care settings: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice, 25*(3), 1-5.

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Manejo ambiental: comunidad 6484

Definición: Monitorización y modificación de las condiciones físicas, sociales, culturales, económicas y políticas que afectan a la salud de la comunidad.

Actividades:

- Iniciar la detección de factores de riesgo ambientales.
- Participar en equipos multidisciplinares para identificar las amenazas a la seguridad de la comunidad.
- Identificar las poblaciones de riesgo emergentes.
- Determinar la información sobre la cultura de la comunidad para comprender las prácticas, las creencias y los valores que afectan a la atención sanitaria.
- Eliminar las barreras que impiden el acceso a los servicios sanitarios.
- Fomentar las relaciones dentro de la comunidad en relación con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.
- Monitorizar 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.
- Favorecer las políticas gubernamentales 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 y 2024

Bibliografía:

Jakubec, S. L., Szabo, J., Gleeson, J., Currie, G., & Flessati, S. (2021). Planting seeds of community-engaged pedagogy: Community health nursing practice in an intergenerational campus-community gardening program. *Nurse Education in Practice, 51*, 102980.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2020). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.

Resnik, D. B., MacDougall, D. R., & Smith, E. M. (2018). Ethical dilemmas in protecting susceptible subpopulations from environmental health risks: Liberty, utility, fairness, and accountability for reasonableness. *American Journal of Bioethics, 18*(3), 29-41.

Sela-Vilensky, Y., Grinberg, K., & Nissanholtz-Gannot, R. (2020). Attracting Israeli nursing students to community nursing. *Israel Journal of Health Policy Research, 9*(1), 1-7.

Weaver, C. P., & Miller, C. A. (2019). A framework for climate change-related research to inform environmental protection. *Environmental Management, 64*(3), 245-257.

M

Manejo ambiental: prevención de la violencia 6487

Definición: Monitorización 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).
- Vigilar de forma sistemática el ambiente para mantenerlo libre de peligros.
- Registrar al paciente y sus pertenencias durante el procedimiento de ingreso por si tuviera armas o armas potenciales, según corresponda.
- Monitorizar la seguridad de los artículos que traen las visitas.
- Instruir a las visitas y demás cuidadores acerca de las cuestiones relevantes sobre la seguridad para el paciente.
- Limitar al paciente el uso de armas potenciales (objetos afilados y cuerdas).
- Vigilar al paciente durante la utilización de armas potenciales (cuchillas de afeitar).
- Colocar al paciente con riesgo de autolesión con un compañero para disminuir el aislamiento y la oportunidad de abandonarse a pensamientos de autolesión, si resulta oportuno.
- Asignar habitaciones individuales a los pacientes que puedan ser potencialmente violentos para los demás.
- Colocar al paciente en una habitación situada cerca del control de enfermería.
- Limitar el acceso a ventanas, a menos que estén cerradas y que sean irrompibles, según corresponda.
- Cerrar las habitaciones de útiles y el almacén.
- Utilizar platos de papel y utensilios de plástico durante las comidas.
- Colocar al paciente en un ambiente menos restrictivo que permita el nivel de observación necesario.
- 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. L., 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). 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* (pp. 353-376). 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., Rivas, C., Taft, A., Warburton, A., & 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*(3). https://doi.org/10.1002/14651858.CD005043.pub2. Article CD005043.

Schmidt, H., & 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*. CivicResearchInstitute. 7/1-7/23.

Manejo ambiental: seguridad 6486

Definición: Establecimiento y mantenimiento del ambiente físico para favorecer la seguridad.

Actividades:

- Determinar las necesidades de seguridad según la función física, emocional y cognitiva.
- Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente.
- 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.
- Proporcionar información para el contacto con servicios de urgencia.
- Monitorizar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.
- Ayudar a construir un ambiente más seguro (derivación para ayuda en el hogar).
- Iniciar y realizar programas de detección de peligros ambientales (plomo, radón).
- Instruir sobre la necesidad de aire, luz y limpieza periódica del entorno.
- Informar a las personas o grupos de alto riesgo sobre los peligros ambientales.
- Colaborar con otras agencias (departamento de sanidad, servicios médicos de urgencia, departamento de servicios sociales) para mejorar la seguridad ambiental.
- Notificar a los organismos autorizados para proteger el medio ambiente (p. ej., departamento de sanidad, urgencias, servicios sociales).
- Documentar las situaciones de peligro para la seguridad de las personas y las medidas de mitigación.
- Fomentar la notificación de fallos y acontecimientos adversos al departamento institucional apropiado.

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2000 y 2024

Bibliografía:

Dehdashti, A., Fatemi, F., Jannati, M., Asadi, F., & Kangarloo, M. B. (2020). Applying health, safety, and environmental risk assessment at academic settings. *BMC Public Health, 20*(1), 1328.

Gualniera, P., Scurria, S., Sapienza, D., & Asmundo, A. (2021). Electrosurgical unit: Iatrogenic injuries and medico-legal aspect. Italian legal rules, experience and article review. *Annals of Medicine and Surgery, 62*, 26-30.

King, B., Pecanac, K., Krupp, A., Liebzeit, D., & Mahoney, J. (2018). Impact of fall prevention on nurses and care of fall risk patients. *Gerontologist, 58*(2), 331-340.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2022). *Fundamentals of Nursing* (10 ed). Elsevier.

Takano, H., & Inoue, K. I. (2017). Environmental pollution and allergies. *Journal of Toxicologic Pathology, 30*(3), 193-199.

Turner, S. L., Johnson, R. D., Weightman, A. L., Rodgers, S. E., Arthur, G., Bailey, R., & Lyons, R. A. (2017). Risk factors associated with unintentional house fire incidents, injuries and deaths in high-income countries: a systematic review. Injury prevention: journal of the. *International Society for Child and Adolescent Injury Prevention, 23*(2), 131-137.

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).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.
- 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. 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*. Wiley Blackwell.

United States Department of Labor, Occupational Safety & Health Administration. (n.d.). *Clinicians*. https://www.osha.gov/dts/oom/clinicians/NIC7e Part 3 D-G.doc.

Zaidman, B. (2010). *Evaluation of the workplace safety consultation nursing home ergonomics services program*. Minnesota Department of Labor & Industry. http://www.dli.mn.gov/RS/PDF/nursinghome_ergo.pdf.

M

Manejo de electrólitos 2000

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 la 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 intravenosa) según la 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 la 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). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). 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*. Mosby.

Price, S. A., & Wilson, L. M. (2003). *Pathophysiology: Clinical concepts of disease processes* (6th ed.). Mosby.

Manejo de electrólitos: hipercalcemia 2001

Definición: Favorecer el equilibrio del calcio y prevención de las complicaciones derivadas de sus niveles en suero superiores 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).
- Monitorizar 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).
- Monitorizar 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).
- Monitorizar 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 de hidratación (peso diario, diuresis, distensión de la vena yugular, sonidos pulmonares y presión auricular derecha), según corresponda.
- Evitar la administración de vitamina D (calcifediol o ergocalciferol), que facilita la absorción gastrointestinal del calcio, según corresponda.
- Desaconsejar la ingesta de calcio (productos lácteos, marisco, nueces, brécol, espinacas y suplementos), según corresponda.
- Evitar medicamentos que impidan la eliminación renal de calcio (carbonato de litio y diuréticos tiazídicos), según corresponda.
- Observar si hay indicios de formación de cálculos renales (dolor intermitente, náuseas, vómitos y hematuria) derivados de la acumulación de calcio, según corresponda.
- Fomentar una dieta rica en frutas (arándanos, ciruelas y ciruelas pasas) para aumentar la acidez de la orina y reducir el riesgo de formación de cálculos de calcio, si está indicado.
- Buscar causas del aumento de los niveles de calcio (indicios de 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 que han de evitarse en la hipercalcemia (ciertos antiácidos).
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas puestas en práctica para tratar la hipercalcemia.
- Observar si se produce hipocalcemia de rebote debido a un tratamiento agresivo de la hipercalcemia.
- Observar si se produce hipercalcemia recidivante 1-3 días después de interrumpir las medidas terapéuticas.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). In J. G. Alspach (Ed.), Core curriculum for critical care nursing (6th ed.). Saunders Elsevier.

American Heart Association. (2002). *Advanced cardiovascular life support (ACLS) provider manual.*

American Nephrology Nurses' Association. (2005). *Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care* [S. Burrows-Hudson & B. Prowant, Eds.].

Cullen, L. (1992). Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America, 27*(2), 569-597.

Oncology Nursing Societ. (1996). *Statement on the scope and standards of oncology nursing practice.* American Nurses Association.

Parker, J. (1998). *Contemporary nephrology nursing.* American Nephrology Nurses' Association.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Springhouse Corporation. (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes.* Lippincott Williams & Wilkins.

M

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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:

- Monitorizar 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 una monitorización exhaustiva 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). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). Saunders Elsevier.

American Heart Association. (2002). *Advanced cardiovascular life support (ACLS) provider manual.*

American Nephrology Nurses' Association. (2005). *Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care* [S. Burrows-Hudson & B. Prowant, Eds.].

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.* American Nurses Association.

Parker, J. (Ed.). (1998). *Contemporary nephrology nursing.* American Nephrology Nurses' Association.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Springhouse Corporation. (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes.* 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.
- Monitorizar 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).
- Monitorizar las causas de excreción alterada de magnesio (p. ej., insuficiencia renal, edad avanzada).
- Monitorizar la diuresis en pacientes en tratamiento con magnesio.
- Observar si hay manifestaciones cardiovasculares de hipermagnesemia (hipotensión, sofocos, bradicardia, bloqueos cardiacos, 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). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). 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.). J. B. Lippincott.

Springhouse Corporation. (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes.* 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:

- Monitorizar 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 una monitorización exhaustiva 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).
- Monitorizar 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).
- Monitorizar 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, incluida la monitorización 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). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). Saunders Elsevier.

American Heart Association. (2002). *Advanced cardiovascular life support (ACLS) provider manual.*

American Nephrology Nurses' Association. (2005). *Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care* [S. Burrows-Hudson & B. Prowant, Eds.].

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.* American Nurses Association.

Parker, J. (Ed.). (1998). *Contemporary nephrology nursing.* American Nephrology Nurses' Association.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Springhouse Corporation. (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes.* Lippincott Williams & Wilkins.

M

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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).
- Monitorizar 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 ácido-base, 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 la 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).
- Monitorizar 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.
- Monitorizar la respuesta hemodinámica del paciente a la diálisis, según corresponda.
- Monitorizar 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).
- Monitorizar si hay inestabilidad cardíaca y/o parada cardíaca y estar preparado para instaurar SVA, 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). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). Saunders Elsevier.

American Heart Association. (2002). *Advanced cardiovascular life support (ACLS) provider manual.*

American Nephrology Nurses' Association. (2005). *Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care* [S. Burrows-Hudson & B. Prowant, Eds.].

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.* American Nurses Association.

Parker, J. (Ed.). (1998). *Contemporary nephrology nursing.* American Nephrology Nurses' Association.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Springhouse Corporation. (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes.* Lippincott Williams & Wilkins.

Manejo de electrólitos: hipocalcemia 2006

Definición: Favorecer el equilibrio del calcio sérico y prevenir las complicaciones derivadas de sus niveles inferiores a los deseados.

Actividades:

- Monitorizar 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], cualquier 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, taquicardia ventricular polimorfa en entorchado).
- 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).
- Monitorizar 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).
- Monitorizar 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 monitorizar el efecto secundario de hipotensión postural.
- Monitorizar la presión arterial en pacientes que reciben terapia sustitutiva con calcio parenteral.
- Realizar una monitorización exhaustiva 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, tromboflebitis, daños en tejidos blandos por extravasación, coágulos y formación de trombos, según corresponda.
- Evitar la administración de fármacos que disminuyan el calcio ionizado en suero (bicarbonato y sangre con citrato), según corresponda.
- Evitar la administración de sales de calcio con bicarbonato para prevenir la precipitación.
- Observar la existencia de laringoespasmo agudo y tetania que requieran la actuación urgente sobre las vías aéreas.
- Observar si se produce un aumento de la tetania como consecuencia de la hiperventilación o presión de nervios eferentes (por cruzar las piernas), según corresponda.
- Iniciar precauciones para las crisis comiciales en pacientes con hipocalcemia grave.
- Iniciar precauciones de seguridad en pacientes con manifestaciones 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 conserva, ostras frescas, frutos secos, brécol, espinacas y suplementos), según corresponda.
- Proporcionar la ingesta adecuada de vitamina D (p. ej., suplemento de vitamina y vísceras) para facilitar la absorción gastrointestinal de calcio, según corresponda.
- Administrar fármacos para disminuir el fosfato (p. ej., hidróxido de aluminio, acetato cálcico o carbonato cálcico) si está indicado en pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Establecer medidas para aliviar el dolor.
- Vigilar la posible aparición de hipercalcemia originada por un exceso en la corrección de la hipocalcemia.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas tomadas para tratar la hipocalcemia.
- Enseñar al paciente la necesidad de cambios en el estilo de vida para monitorizar la hipocalcemia (ejercicios regulares con carga de peso, disminuir la ingesta de alcohol y cafeína, disminuir el tabaco, estrategias para reducir los riesgos de caídas).
- Enseñar al paciente las medicaciones que disminuyen la velocidad 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). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). 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.].

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*. American Nurses Association.

Parker, J. (Ed.). (1998). *Contemporary nephrology nursing*. American Nephrology Nurses' Association.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Springhouse Corporation. (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes*. Lippincott Williams & Wilkins.

M

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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:

- Monitorizar las tendencias de los niveles séricos de fósforo inorgánico en poblaciones de riesgo (p. ej., alcohólicos, pacientes con anorexia nerviosa, ancianos muy debilitados).
- Realizar una monitorización exhaustiva 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 protelco-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 una monitorización exhaustiva de la extravasación en los lugares de inyección i.v. (se produce desprendimiento y necrosis tisular por infiltración de suplementos de fosfato).
- Monitorizar 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). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). Saunders Elsevier.

American Heart Association. (2002). *Advanced cardiovascular life support (ACLS) provider manual.*

American Nephrology Nurses' Association. (2005). *Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care* [S. Burrows-Hudson & B. Prowant, Eds.].

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.* American Nurses Association.

Parker, J. (Ed.). (1998). *Contemporary nephrology nursing.* American Nephrology Nurses' Association.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Springhouse Corporation. (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes.* Lippincott Williams & Wilkins.

M

Manejo de electrólitos: hipomagnesemia 2008

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.
- Monitorizar la excreción urinaria aumentada de magnesio (p. ej., diuréticos, trastornos renales, excreción renal después de trasplante, cetoacidosis diabética, hiperparatiroidismo e hipoparatiroidismo), según corresponda.
- Monitorizar la pérdida gastrointestinal aumentada de magnesio (p. ej., succión por sonda nasogástrica, diarrea, drenaje de fístulas, pancreatitis aguda), según corresponda.
- Monitorizar 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 resulta oportuno.
- Observar si se producen manifestaciones de hipomagnesemia en el SNC (letargo, insomnio, alucinaciones auditivas y visuales, agitación y cambios de la personalidad).
- Observar si se producen manifestaciones neuromusculares como resultado de la hipomagnesemia (debilidad, fasciculaciones musculares, calambres de pies o piernas, parestesias, reflejos tendinosos profundos hiperactivos, signo de Chvostek, signo de Trousseau, disfagia, nistagmo, crisis comiciales y tetania).
- Observar si se producen manifestaciones gastrointestinales derivadas de la hipomagnesemia (náuseas, vómitos, anorexia, diarrea y distensión abdominal).
- Observar si se producen manifestaciones cardiovasculares como consecuencia de la hipomagnesemia (p. ej., complejos QRS ensanchados, taquicardia ventricular polimorfa en entorchado, taquicardia ventricular; ondas T aplanadas; segmentos ST deprimidos; QT prolongado; ectopia; taquicardia; elevación del nivel sérico de digoxina).
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas establecidas para tratar la hipomagnesemia.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). 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.). Lippincott Williams & Wilkins.

Saris, N., Mervaala, E., Karppanen, H., Khawaja, J., & Lewenstam, A. (2000). Magnesium: An update on physiological, clinical, and analytical aspects. *Clinica Chimica Acta, 294*(1–2), 1-26.

Springhouse Corporation. (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes*. Lippincott Williams & Wilkins.

Topf, J. M., & Murray, P. T. (2003). Hypomagnesemia and hypermagnesemia. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders, 4*(2), 195-206.

M

Manejo de electrólitos: hiponatremia 2009

Definición: Favorecer el equilibrio del sodio sérico y prevenir las complicaciones derivadas de sus niveles inferiores a los deseados.

Actividades:

- Monitorizar 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 una monitorización exhaustiva 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 secreción inadecuada de hormona antidiurética [SIADH], hiperglucemia, vómitos, diarrea, intoxicación por agua, fístulas, sudoración excesiva).
- Observar si se producen manifestaciones neurológicas o musculoesqueléticas como resultado de la hiponatremia (letargo, aumento de la presión intracraneal, alteración del nivel de 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

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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).
- Monitorizar la función renal (niveles de BUN y creatinina).
- Monitorizar las 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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). Saunders Elsevier.

American Heart Association. (2002). *Advanced cardiovascular life support (ACLS) provider manual.*

American Nephrology Nurses' Association. (2005). *Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care* [S. Burrows-Hudson & B. Prowant, Eds.].

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.* American Nurses Association.

Parker, J. (1998). *Contemporary nephrology nursing.* American Nephrology Nurses' Association.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Springhouse Corporation. (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes.* 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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar el estado hídrico, 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). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). 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.].

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.* American Nurses Association.

Parker, J. (Ed.). (1998). *Contemporary nephrology nursing.* American Nephrology Nurses' Association.

Pestana, C. (2000). *Fluids and electrolytes in the surgical patient* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Springhouse Corporation. (2002). *Fluids & electrolytes made incredibly easy* (2nd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Springhouse Corporation. (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes.* Lippincott Williams & Wilkins.

M

Manejo de enfermedades transmisibles 8820

Definición: Trabajar con la comunidad para disminuir y manejar la incidencia y la prevalencia de enfermedades contagiosas en una población específica.

Actividades:

- Analizar de forma rutinaria los datos sobre infecciones en los centros sanitarios y en la comunidad para tomar decisiones basadas en la evidencia.
- Identificar a las personas potencialmente contagiosas.
- Aislar a las personas potencialmente contagiosas si está indicado, de forma rápida y adecuada.
- Exigir el uso de precauciones estándar en todo contacto de persona a persona.
- Favorecer el lavado o la limpieza frecuente de las manos con un desinfectante antimicrobiano.
- Favorecer el uso de equipos de protección individual (EPI), cuando esté indicado.
- Crear zonas de triaje en los centros sanitarios afectados donde sea posible el aislamiento durante los brotes conocidos.
- Crear zonas de aislamiento específicas para las personas afectadas durante los brotes conocidos.
- Monitorizar las poblaciones de riesgo para comprobar el cumplimiento del régimen de prevención y tratamiento.
- Garantizar la prestación de formas reforzadas de apoyo, incluido el apoyo social y emocional, para prevenir los efectos adversos cuando se recurre al aislamiento de la fuente de la infección o a otras formas de restricción.
- Monitorizar la adecuada continuación de la inmunización en poblaciones diana.
- Garantizar que los trabajadores comunitarios y el personal sanitario de riesgo reciban las vacunas pertinentes y actualizadas.
- Proporcionar vacunas a las poblaciones diana según se disponga de ellas.
- Garantizar programas educativos periódicos sobre los beneficios de la vacunación en la comunidad.
- Monitorizar la incidencia de exposición a enfermedades transmisibles durante brotes conocidos.
- Animar a las personas a evitar los lugares concurridos durante los brotes conocidos.
- Proporcionar información relacionada con la higiene respiratoria y el protocolo para la tos.
- Instruir a las personas para que no acudan al trabajo ni a la escuela cuando presenten síntomas activos de infección.
- Monitorizar las condiciones sanitarias.
- Promover el uso de desinfectantes en instituciones y escuelas.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Monitorizar los factores ambientales que influyen en la transmisión de enfermedades contagiosas.
- Utilizar los avances tecnológicos disponibles para vigilar las enfermedades transmisibles en las comunidades (p. ej., epidemiología basada en las aguas residuales, marcadores hídricos).
- 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 manejo, según sea necesario.
- Fomentar la prescripción y el uso adecuados de antibióticos para evitar sobreinfecciones.
- Proporcionar información sobre el uso de antibióticos y la necesidad de finalizar la dosis completa, según la prescripción.
- Favorecer el acceso regular a una atención sanitaria y una educación sanitaria adecuadas relacionadas con la prevención y el tratamiento de enfermedades transmisibles y la prevención de su recidiva (p. ej., prácticas sexuales seguras, manipulación adecuada de los alimentos, lavado de manos, evitar el consumo de drogas por vía intravenosa).
- Favorecer los servicios de reducción de daños para las personas que se inyectan drogas, como el tratamiento asistido con medicación y los programas de servicio de jeringuillas para reducir el riesgo de contraer enfermedades infecciosas de transmisión sanguínea (p. ej., hepatitis C, VIH).
- Mejorar los sistemas de vigilancia de enfermedades transmisibles, según sea necesario.
- Promover la legislación que asegure una monitorización y un tratamiento adecuados de las enfermedades transmisibles.
- Informar de las actividades a las instituciones adecuadas, según se exija.
- Garantizar las interacciones periódicas con los medios de comunicación para mantener a la población debidamente informada de los riesgos y las acciones adecuadas para evitar la propagación de enfermedades transmisibles.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Fraser, H., Vellozzi, C., Hoerger, T., Evans, J., Kral, A., Havens, J., Young, A., Stone, J., Handanagic, S., Hariri, S., Barbosa, C., Hickman, M., Leib, A., Martin, N., Nerlander, L., Raymond, H., Page, K., Zibbell, J., Ward, J., & Vickerman, P. (2019). Scaling up hepatitis C prevention and treatment interventions for achieving elimination in the United States. *American Journal of Epidemiology, 188*(8), 1539-1551. https://doi.org/10.1093/aje/kwz097.

Gammon, J., & Hunt, J. (2018). Source isolation and patient wellbeing in healthcare settings. *British Journal of Nursing, 27*(2), 88-91. https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.2.88.

Hawker, J., Begg, N., Reintjes, R., Ekdahl, K., Edeghere, O., & van Steenbergen, J. (2019). *Communicable disease control and health protection handbook*. Wiley Blackwell.

Rebmann, T., & Carrico, R. (2017). Consistent infection prevention: Vital during routine and emerging infectious diseases care. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 22*(1). https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol22No01Man01. Manuscript 1.

Sakamoto, S., Terashita, D., & Balter, S. (2020). Liaison public health nurse project: Innovative public health approach to combat infectious disease in hospitals. *Journal of Public Health Management and Practice, 26*(6), 557-561. https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001068.

Sims, N., & Kasprzyk-Hordern, B. (2020). Future perspectives of wastewater-based epidemiology: Monitoring infectious disease spread and resistance to the community level. *Environment International, 139*, 105689.

M

Manejo de la alergia 6410

Definición: Identificación, tratamiento y prevención de las respuestas alérgicas a alimentos, medicamentos, picaduras de insectos y 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 las políticas.
- Colocar una pulsera de alerta médica con las alergias de la persona, según corresponda.
- Observar si presenta reacciones alérgicas a nuevos medicamentos, fórmulas, alimentos, látex y contrastes.
- Observar 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.
- Observar durante 30 minutos después de la administración de un agente conocido que se sabe que es capaz de inducir una respuesta alérgica.
- Determinar el nivel de amenaza que presenta una reacción alérgica para el estado de salud.
- Monitorizar para determinar 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.
- Instruir sobre todas las nuevas alergias.
- Animar al paciente a que lleve puesta una etiqueta de alerta médica, según corresponda.
- Administrar inyecciones para alergias, si es necesario.
- Observar si hay respuestas alérgicas durante las inmunizaciones.
- Enseñar a la persona a la que se hayan prescrito nuevos medicamentos a monitorizar una posible reacción alérgica.
- Enseñar a leer las etiquetas de los alimentos para detectar ingredientes ocultos.
- Enseñar el tratamiento de erupciones, vómitos, diarrea o problemas respiratorios.
- Comentar los métodos de control de los alérgenos ambientales (polvo, moho y polen).
- Enseñar cómo evitar situaciones en las que haya alérgenos o sustancias que le supongan un riesgo.
- Enseñar cómo responder si se produce una reacción anafiláctica.
- Enseñar el uso del sistema de inyección de adrenalina.
- Fomentar el uso de estrategias de afrontamiento saludables (p. ej., resolución de problemas, búsqueda de información, comunicación de sentimientos).
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2000 y 2024

Bibliografía:

DunnGalvin, A., Roberts, G., Regent, L., Austin, M., Kenna, E., Schnadt, S., Sanchez, S. A., Hernandez, P., Hjorth, B., Fernandez, R. M., Taylor, S., Baumert, J., Sheikh, A., Astley, S., Crevel, R., & Mills, C. (2019). Understanding how consumers with food allergies make decisions based on precautionary labelling. *Clinical & Experimental Allergy, 49*(11), 1446-1454. https://doi.org/10.1111/cea.13479.

Muzalyova, A., & Brunner, J. O. (2020). Determinants of the utilization of allergy management measures among hay fever sufferers: A theory-based cross-sectional study. *BMC Public Health, 20*(1), 1876. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09959-w.

Saha, S., Vaidyanathan, A., Lo, E., Brown, C., & Hess, J. J. (2021). Short term physician visits and medication prescriptions for allergic disease associated with seasonal tree, grass, and weed pollen exposure across the United States. *Environmental Health: A Global Access Science Source, 20*(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12940-021-00766-3.

Vyles, D., Mistry, R. D., Heffner, V., Drayna, P., Chiu, A., Visotcky, A., Fraser, R., & Brousseau, D. C. (2019). Reported knowledge and management of potential penicillin allergy in children. *Academic Pediatrics, 19*(6), 684-690. https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.01.002.

Manejo de la anafilaxia 6412

Definición: Favorecimiento de una ventilación y perfusión tisulares adecuadas en pacientes con una reacción alérgica grave.

Actividades:

- Realizar una evaluación rápida de la vía aérea, la respiración, la circulación y el estado mental.
- Establecer y mantener una vía aérea permeable.
- Identificar y eliminar la fuente del alérgeno, si es posible.
- Administrar una solución de epinefrina al 1:1.000 por vía intramuscular (se prefiere) o subcutánea, a una dosis adecuada para la edad.
- Monitorizar continuamente el estado mental, los signos vitales y la administración de medicación.
- Colocar en una posición cómoda (puede ser necesario elevar las extremidades inferiores, dependiendo de los signos vitales).
- Administrar oxígeno suplementario a un flujo elevado (de 6 a 8 l/min) con una máscara facial.
- Establecer un acceso i.v. con solución salina al 0,9% (isotónica).
- Tranquilizar al individuo y a sus familiares.
- Observar si hay signos de shock (p. ej., dificultad respiratoria, arritmias cardíacas, crisis comiciales e hipotensión).
- Administrar líquidos i.v. con rapidez (p. ej., 1.000 ml/h) como soporte de la presión arterial, según la prescripción del profesional sanitario o protocolo.
- Administrar medicamentos secundarios (p. ej., agonistas beta-2 adrenérgicos, antihistamínicos o corticoides), según esté indicado si existe urticaria, angioedema o broncoespasmo.
- Consultar con otros profesionales sanitarios y derivar al paciente, según sea necesario.
- Enseñar el manejo de la medicación (p. ej., inyección de epinefrina, antihistamínico, corticoides).
- Enseñar a prevenir episodios futuros (p. ej., estudio de alérgenos).
- Enseñar la importancia de la identificación médica.
- Incluir a la familia en la enseñanza, cuando proceda.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Curry, S. (2021). Managing anaphylaxis in adults. *British Journal of Nursing, 30*(19), 1118-1122. https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.19.1118.

Emergency Nurses Association. (2017). *Emergency nursing core curriculum* (7th ed.). Elsevier.

Long, B., & Gottlieb, M. (2021). Emergency medicine updates: Anaphylaxis. *American Journal of Emergency Medicine, 49*, 35-39. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.05.006.

Sweet, V., & Foley, A. (2020). *Sheehy's emergency nursing: Principles and practice*. Elsevier.

Tanno, L., Alvarez-Perea, A., & Pouessel, G. (2019). Therapeutic approach of anaphylaxis. *Current Opinion in Allergy & Clinical Immunology, 19*(4), 393-401. https://doi.org/10.1097/ACI.0000000000000539h.

Manejo de la arritmia 4090

Definición: Prevención, detección y facilitación del 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 ácido-base 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). 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., Macfarlane, P. W., Sommargren, C., Swiryn, S., & Van Hare, G. F. (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* (pp. 490-501). Elsevier Saunders.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management* (5th ed.). Mosby Elsevier.

M

Manejo de la conducta 4350

Definición: Ayudar al individuo a manejar una conducta negativa.

Actividades:

- Identificar la conducta negativa no deseada.
- Consultar con la familia para establecer el patrón de conductas no deseadas del individuo.
- Determinar por qué, cuándo y cómo se produce la conducta no deseada.
- Identificar los acontecimientos que desencadenan o mantienen la conducta problemática.
- Hacer que el individuo se sienta responsable de su conducta.
- Elogiar los esfuerzos de autocontrol.
- Establecer límites a la conducta negativa con el individuo.
- Abstenerse de discutir o negociar sobre los límites establecidos.
- Desarrollar un plan de manejo de la conducta.
- Comunicar las expectativas de que el individuo mantendrá el control.
- Desarrollar una secuencia específica de pasos asociados con la instrucción.
- Proporcionar un refuerzo positivo según cada expectativa específica.
- Utilizar el refuerzo positivo para aumentar la conducta deseada.
- Considerar el uso de estrategias de formación (es decir, fomentar gradualmente el desarrollo de nuevas conductas mediante el refuerzo repetitivo de pequeñas mejoras o pasos hacia las conductas deseadas).
- Crear situaciones para que el individuo imite la conducta modelada.
- Proporcionar un refuerzo positivo si imita la conducta deseada.
- Abstenerse de dar un refuerzo positivo si no imita la conducta deseada.
- Establecer hábitos.
- Establecer la coherencia en el entorno y en los hábitos de cuidado.
- 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.
- Utilizar un tono de voz suave y bajo.
- Evitar acorralar a la persona.
- Desviar la atención de la fuente de agitación.
- Evitar proyectar una imagen amenazadora.
- Ignorar la conducta inadecuada.
- Desalentar la conducta pasiva-agresiva.
- Administrar la medicación prescrita.
- Aplicar restricciones para evitar autolesiones o daños a terceros, según el protocolo del centro.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

de la Fuente, M., Schoenfisch, A., Wadsworth, B., & Foresman-Capuzzi, J. (2019). Impact of behavior management training on nurses' confidence in managing patient aggression. *Journal of Nursing Administration, 49*(2), 73-78. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000713.

Hasani, S. M., Askary, P., Heidari, A., & Zadeh, P. E. (2020). The comparative effectiveness of parental behavior management training and schema therapy on aggression and oppositional defiant in adolescents. *Journal of Nursing & Midwifery Sciences, 7*(3), 146-152. https://doi.org/10.4103/JNMS.JNMS_6_20.

Maag, J. W. (2018). *Behavior management: From theoretical implications to practice application* (3rd ed). Cengage Learning.

Martin, G., & Pear, J. J. (2019). *Behavior modification: What it is and how to do it.* (11th ed.). Routledge.

Tuyen, L. T. T., & Gunawan, J. (2018). Behavior management in the field of nursing: A concept analysis. *Nursing Forum, 53*(4), 481-488. https://doi.org/10.1111/nuf.12275.

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 las conductas.
- Identificar el historial previo de conductas de automutilación o autolesión.
- Desarrollar expectativas y consecuencias conductuales apropiadas basadas en el nivel de funcionamiento cognitivo y capacidad de autocontrol del paciente.
- Comunicar las expectativas de conducta y las consecuencias a la persona.
- Retirar los elementos peligrosos del entorno.
- Aplicar manoplas, férulas, cascos o sujeciones para limitar la movilidad y la capacidad de autolesionarse, si es necesario.
- Monitorizar en busca de impulsos autodestructivos que puedan convertirse en pensamientos o gestos suicidas.
- Comunicar el riesgo de autolesión a otros profesionales sanitarios.
- Identificar los indicios que anteceden a la conducta de automutilación.
- Anticipar situaciones desencadenantes que puedan provocar autolesiones e intervenir para prevenirlas.
- Usar un enfoque calmado y no hostil cuando se trate de conductas autolesivas.
- Ayudar a identificar situaciones y sentimientos que puedan provocar lesiones autoinfligidas o que provoquen conductas autolesivas.
- Ayudar a identificar las estrategias de afrontamiento más apropiadas y sus consecuencias.
- Pactar para «que no se autolesione», para que la persona permanezca físicamente segura.
- Proporcionar una vigilancia continua de la persona y del entorno.
- Proporcionar una observación cercana e individualizada de la persona cuando sea necesario para preservar su seguridad.
- Alentar a buscar a los profesionales de la salud para hablar 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 la persona 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 sobre estrategias de afrontamiento (p. ej., entrenamiento de asertividad, entrenamiento de control de impulsos y relajación muscular progresiva), según corresponda.
- Utilizar técnicas de manejo de la conducta (p. ej., refuerzo diferencial, extinción, interrupción de la respuesta, reorientación), 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 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 para detectar los efectos secundarios de los medicamentos y los resultados deseados.
- Proporcionar a la persona y a sus allegados instrucciones sobre los medicamentos.
- Indicar las consecuencias previstas en caso de que tenga conductas autolesivas.
- Colocar en un ambiente más protector (p. ej., restricción de zona y aislamiento) si se intensifican los impulsos y las conductas autolesivas.
- Ayudar a asumir la responsabilidad de las consecuencias de la conducta (p. ej., curarse una herida autoinfligida).
- Evitar dar un refuerzo positivo a las conductas autolesivas.
- Cuidar las heridas de manera neutral y natural, absteniéndose de dar una respuesta punitiva o demasiado comprensiva, o de prestarle atención adicional.
- Proporcionar a la familia o a los allegados pautas para manejar la conducta autolesiva fuera del entorno de cuidado.
- Proporcionar enseñanza de la enfermedad a la persona o a sus allegados si la conducta autolesiva está basada en la enfermedad (p. ej., trastorno límite de la personalidad o autismo).
- Reforzar las conductas positivas que disminuyen o eliminan las conductas de automutilación o autolesivas.
- Desarrollar un plan de seguridad con la persona para manejar eficazmente los precursores de conductas no deseadas en su entorno familiar.

2.ª edición 1996; revisada en 2018 y 2024

Bibliografía:

Griffin, E., Bonner, B., O'Hagan, D., Kavalidou, K., & Corcoran, P. (2019). Hospital-presenting self-harm and ideation: Comparison of incidence, profile and risk of repetition. *General Hospital Psychiatry, 61*, 76-81. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.10.009.

Iyengar, U., Snowden, N., Asarnow, J. R., Moran, P., Tranah, T., & Ougrin, D. (2018). A further look at therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: an updated systematic review of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 583. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00583.

Morrissey, J., Doyle, L., & Higgins, A. (2018). Self-harm: from risk management to relational and recovery-oriented care. Journal of Mental Health Training, *Education & Practice, 13*(1), 34-43. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-03-2017-0017.

Stewart, A., Hughes, N. D., Simkin, S., Locock, L., Ferrey, A., Kapur, N., Gunnell, D., & Hawton, K. (2018). Navigating an unfamiliar world: how parents of young people who self-harm experience support and treatment. *Child & Adolescent Mental Health, 23*(2), 78-84. https://doi.org/10.1111/camh.12205.

Wand, A. P. F., Draper, B., Brodaty, H., & Peisah, C. (2019). Self-harm in the very old one year later: has anything changed? *International Psychogeriatrics, 31*(11), 1559-1568. https://doi.org/10.1017/S1041610219000632.

M

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Manejo de la conducta: falta de atención e hiperactividad 4352

Definición: Provisión de estrategias terapéuticas que se adaptan de forma segura a la falta de atención y a la hiperactividad a la vez que promueven un funcionamiento óptimo.

Actividades:

- Identificar la conducta de falta de atención o hiperactividad no deseada.
- Consultar con la familia para establecer el patrón de conducta de falta de atención o hiperactividad del individuo.
- Determinar los factores que desencadenan o mantienen las conductas de falta de atención e hiperactividad no deseadas.
- Identificar los factores que atenúan la conducta de falta de atención e hiperactividad.
- Determinar las expectativas y consecuencias conductuales apropiadas, dado el nivel de funcionamiento cognitivo del individuo y su capacidad de autocontrol.
- Proporcionar un entorno estructurado y físicamente seguro.
- Utilizar un enfoque tranquilo, objetivo y tranquilizador.
- Desarrollar un plan de manejo de la conducta basado en la evidencia y llevado a cabo de forma coherente por todos los profesionales sanitarios.
- Comunicar normas, expectativas de conducta y consecuencias utilizando un lenguaje sencillo con indicaciones visuales, según sea necesario.
- Abstenerse de discutir o negociar sobre los límites establecidos.
- Garantizar que el personal ayudará a la persona a controlar su conducta, según sea necesario.
- Elogiar las conductas deseadas y los esfuerzos de autocontrol.
- Proporcionar consecuencias coherentes tanto para las conductas deseadas como para las no deseadas.
- Conseguir la atención del individuo antes de iniciar las interacciones verbales (p. ej., llamarle por su nombre, obtener contacto visual).
- Dar las instrucciones o explicaciones despacio, utilizando un lenguaje sencillo y concreto.
- Pedir a la persona que repita las instrucciones antes de empezar las actividades
- Dividir las instrucciones de varios pasos en pasos sencillos.
- Permitir que el individuo realice un paso antes de que se le dé otro.
- Proporcionar ayuda para finalizar las actividades, según sea necesario.
- Proporcionar una retroalimentación positiva al completar cada paso.
- Proporcionar ayudas para aumentar la estructura ambiental, la concentración y la atención a las actividades (p. ej., relojes, calendarios, señales, instrucciones escritas paso a paso).
- Disminuir o retirar las señales verbales y físicas, a medida que se vuelvan innecesarias.
- Monitorizar y regular el nivel de actividad y estimulación en el entorno.
- Mantener un horario rutinario que incluya un equilibrio entre el tiempo estructurado (p. ej., actividades físicas y no físicas) y el tiempo tranquilo.
- Limitar las opciones, según sea necesario.
- Redirigir o alejar de la fuente de sobreestimulación (p. ej., compañeros, situación problemática).
- Utilizar controles externos para calmar al individuo (p. ej., tiempo fuera, reclusión, restricción física), cuando sea necesario.
- Vigilar el estado físico del individuo hiperactivo (p. ej., peso corporal, hidratación, estado de los pies en el individuo que camina a paso ligero).
- Monitorizar la ingesta de líquidos y nutricional.
- Proporcionar alimentos para picar ricos en proteínas y calorías y líquidos que se puedan consumir «sobre la marcha».
- Limitar la ingesta excesiva de alimentos y líquidos.
- Limitar la ingesta de alimentos y líquidos con cafeína.
- Enseñar habilidades de resolución de problemas.
- Fomentar la expresión de los sentimientos de manera adecuada.
- Demostrar y reforzar las habilidades sociales adecuadas.
- Fijar límites a las conductas intrusivas y perturbadoras.
- Proporcionar información sobre la enfermedad (p. ej., trastorno por déficit de atención, hiperactividad, manía, esquizofrenia) al individuo y a otras personas importantes, según corresponda.
- Administrar medicamentos (p. ej., estimulantes, antipsicóticos) para favorecer los cambios de conducta deseados.
- Monitorizar los efectos secundarios de la medicación y los resultados conductuales deseados.
- Proporcionar instrucciones sobre la medicación a las personas y a otras personas importantes.
- Utilizar terapias alternativas para favorecer las conductas deseadas, según proceda.
- Facilitar expectativas de conducta razonables para el individuo con la familia y otras personas significativas.
- Demostrar técnicas de manejo de la conducta a otras personas significativas.
- Ayudar al individuo y a otras personas implicadas (p. ej., familia, empleadores, profesores) a adaptar el hogar, el trabajo o el entorno escolar a las limitaciones impuestas por la falta de atención y la hiperactividad crónicas.
- Facilitar la superación familiar mediante grupos de apoyo, cuidados de relevo y asesoramiento familiar, según proceda.
- Colaborar con los profesionales en las escuelas y en otros entornos de la comunidad para mejorar el manejo del tratamiento.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

2.ª edición 1996; revisada en 2018 y 2024

Bibliografía:

Carbray, J. A. (2018). Attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 56*(12), 7-10. https://doi.org/10.3928/02793695-20181112-02.

Caye, A., Swanson, J. M., Coghill, D., & Rohde, L. A. (2019). Treatment strategies for ADHD: An evidence-based guide to select optimal treatment. *Molecular Psychiatry, 24*(3), 390-408.

Nicholson, T. (2019). A nurse's introduction to attention deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Nursing, 28*(11), 678-680. https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.11.678.

Oliva, F., Malandrone, F., di Girolamo, G., Mirabella, S., Colombi, N., Carletto, S., & Ostacoli, L. (2021). The efficacy of mindfulness-based interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder beyond core symptoms: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal of Affective Disorders, 292*, 475-486. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.068.

Padilha, S. C. O. S., Tonin, F. S., Borba, H. H. L., Virtuoso, S., & Pontarolo, R. (2018). Efficacy and safety of drugs for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A network meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry, 27*(10), 1335-1345. https://doi.org/10.1007/s00787-018-1125-0.

Vaag, J. R., Lara-Cabrera, M. L., Hjemdal, O., Gjervan, B., & Torgersen, T. (2019). Psychoeducational groups versus waitlist in treatment of attention-deficit hyperactivity/impulsivity disorder (ADHD) in adults: A protocol for a pilot randomized waitlist-controlled multicenter trial. *Pilot and Feasibility Studies, 5*, 17. https://doi.org/10.1186/s40814-019-0401-1.

Manejo de la conducta: sexual 4356

Definición: Delimitación y prevención de conductas sexuales socialmente inaceptables.

Actividades:

- Identificar las conductas sexuales inaceptables en un contexto y una población concretos (p. ej., comentarios inapropiados en lugares públicos, declaraciones inapropiadas a personas a las que conocen; insinuaciones no deseadas; tocamientos, abrazos y besos que van más allá de lo que es apropiado; intentos de mantener relaciones sexuales con otras personas; se exhibe o se masturba en público).
- 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 las consecuencias de la conducta sexual socialmente inaceptable y de las manifestaciones verbales de esta.
- Dar a los progenitores información sobre la conducta sexual apropiada para la edad.
- Hablar con los progenitores y los niños de la importancia de la seguridad en Internet y la prevención del acceso a material sexual.
- Animar a los progenitores a no castigar ni amonestar a los niños por conductas sexuales normativas.
- Instruir a los progenitores para que utilicen una distracción suave, como pedir al niño que les dé la mano, para redirigir la conducta.
- Explicar, basándose en la capacidad del desarrollo y cognitiva, el impacto negativo que puede tener sobre los demás la conducta sexual socialmente inaceptable, según proceda.
- Evitar la asignación de compañeros de habitación con dificultades de comunicación, antecedentes de actividad sexual inadecuada o gran vulnerabilidad.
- Asignar al paciente una habitación individual si ha sido valorado como de alto riesgo de conducta sexual socialmente inaceptable.
- Limitar la movilidad física para disminuir la oportunidad de conductas sexuales socialmente inaceptables, cuando sea necesario.
- Comunicar el riesgo a los demás cuidadores.
- Proporcionar un nivel adecuado de supervisión para monitorizar a la persona.
- Emplear un enfoque tranquilo y concreto al responder a las observaciones y conductas sexuales socialmente inaceptables.
- Reconducir cualquier conducta o manifestación verbal sexual socialmente inaceptable.
- Comentar la razón de que la conducta/manifestación verbal sexual sea inaceptable.
- Explorar las intenciones que hay detrás de cada conducta para abordar las distorsiones cognitivas y las técnicas de condicionamiento negativo.
- Presentar las consecuencias predeterminadas de la conducta sexual indeseable.
- Reforzar las habilidades sociales apropiadas.
- Proporcionar educación sexual, correspondiente al nivel de desarrollo.
- Comentar 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, a las personas que hayan 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 socialmente inaceptable.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

2.ª edición 1996; revisada en 2018 y 2024

M

Bibliografía:

Cranbourne, R. M., Campbell, M., Pilkington, L., & Carthy, N. (2020). The role of presence when working with children and young people demonstrating harmful sexual behaviour. *Counselling & Psychotherapy Research, 20*(4), 580-590. https://doi.org/10.1002/capr.12338.

Falligant, J. M., & Pence, S. T. (2020). Interventions for inappropriate sexual behavior in individuals with intellectual and developmental disabilities: A brief review. *Journal of applied behavior analysis, 53*(3), 1316-1320.

Keltner, N. L., & Steele, D. (2019). *Psychiatric nursing* (8th ed.). Elsevier.

Resnick, B., Galik, E., Kolanowski, A., VanHaitsma, K., Boltz, M., Zhu, S., Ellis, J., Behrens, L., & Eshraghi, K. (2021). Gender differences in presentation and management of behavioral and psychological symptoms associated with dementia among nursing home residents with moderate to severe dementia. *Journal of Women & Aging, 33*(6), 635-652. https://doi.org/10.1080/08952841.2020.1735925.

Pritchard, D., Penney, H., & Mace, F. C. (2018). The ACHIEVE! program: A point and level system for reducing severe problem behavior. *Behavioral Interventions, 33*(1), 41-55.

Varcarolis, E. M., & Fosbre, C. D. (2021). *Essentials of psychiatric-mental health nursing* (4th ed.). Elsevier.

Manejo de la demencia 6460

Definición: Provisión de un ambiente modificado para la persona que experimenta confusión crónica.

Actividades:

- Comprender los valores, creencias, intereses, capacidades, gustos y aversiones de la persona.
- 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, hábitos corrientes y rutinas.
- Comprender y aceptar la realidad de la persona.
- Tratar con dignidad y respeto.
- Determinar las expectativas conductuales adecuadas para el estado cognitivo.
- Utilizar evaluaciones estandarizadas para determinar la capacidad funcional y cognitiva.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Monitorizar el entorno para evitar la sobreestimulación y la infraestimulación.
- Identificar y retirar los peligros potenciales del entorno.
- Colocar pulseras de identificación a la persona.
- Proporcionar un ambiente físico estable y una rutina diaria.
- Preparar la interacción con contacto visual y táctil, según corresponda culturalmente.
- Presentarse a sí mismo al iniciar el contacto.
- Dirigirse por su nombre al iniciar la interacción.
- Garantizar la satisfacción de las necesidades físicas, psicológicas, emocionales y sociales.
- Modificar los factores (p. ej., necesidades insatisfechas), los factores del cuidador (p. ej., comunicación) y los factores ambientales (p. ej., sobreestimulación o infraestimulación) a la hora de manejar la conducta.
- Evitar la comunicación paternalista e infantilizadora.
- Utilizar la distracción o la reorientación, en lugar de la confrontación, para manejar la conducta.
- Asignar personas a cargo de los cuidados con los que esté familiarizado (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 apoyo para la alimentación (p. ej., ambiente hogareño, alimentos y cubiertos adaptados, alimentos culturalmente apropiados, salud bucodental adecuada).
- Proporcionar apoyo para ir al baño (p. ej., visitas programadas al baño, favorecimiento de la continencia).
- Proporcionar espacio seguro para paseos.
- Evitar la agitación interrogando a la persona con preguntas de orientación que no pueden ser respondidas.
- Disminuir el nivel de ruido evitando sistemas de alarma y luces de alarma que suenen o zumben.
- Proporcionar oportunidades para una interacción significativa.
- Seleccionar actividades en función de las capacidades cognitivas y los intereses.
- Etiquetar las fotos familiares con los nombres de las personas que aparecen en ellas.
- Comentar con los familiares y los amigos la mejor manera de interactuar con la persona.
- Ofrecer opciones en lugar de preguntas abiertas.
- Utilizar símbolos, aparte de signos escritos, para ayudar a la persona a localizar la habitación, el baño u otras áreas.
- Monitorizar cuidadosamente si hay causas fisiológicas que aumenten una confusión que pueda ser aguda y reversible.
- Comentar aspectos de seguridad e intervenciones en el hogar (p. ej., acceso a armas o productos químicos, fugas).
- Fomentar el uso de gafas o audífonos en caso necesario.
- Fomentar la planificación anticipada de los cuidados.
- Ofrecer oportunidades para la musicoterapia y la terapia de reminiscencia.

2.ª edición 1996; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Fazio, S., Pace, D., Maslow, K., Zimmerman, S., & Kallmyer, B. (2018). Alzheimer's Association dementia care practice recommendations. *The Gerontologist*, *58*(S1), S1-S9.

Lee, K. H., Lee, J. Y., & Kim, B. (2021). Person-centered care in persons living with dementia: A systematic review and meta-analysis. *The Gerontologist*, *62*(4), e253-e264. https://doi.org/10.1093/geront/gnaa207.

Halter, M. J. (2022). *Varcarolis' Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*. Elsevier.

Powers, L., & Smith-East, M. (2021). *Handbook of Geropsychiatry for the Advanced Practice Nurse: Mental Health Care for the Older Adult*. Springer.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

Manejo de la demencia: baño 6462

Definición: Reducción de las conductas reactivas durante la higiene corporal.

Actividades:

- Personalizar el baño de acuerdo con las preferencias habituales y/o culturales al respecto (p. ej., ayuda de un familiar, tapar partes del cuerpo cuando lo pida).
- Verle como una persona global centrándose en ella más que en la tarea.
- Determinar las preferencias para el baño (p. ej., baño de inmersión, ducha, baño con toalla, toallitas desechables con jabón sin aclarado).
- Determinar las preferencias en cuanto a la hora del día, el uso de productos, el lugar y la frecuencia del baño.
- Mantener la intimidad utilizando un lugar que permita el baño sin interrupciones.
- Mantener la calidez del entorno (p. ej., paneles de calor radiante, lámparas de calor infrarrojo, suelos calefactados).
- Mantener el calor de los utensilios de baño (p. ej., calentador de toallas o toallitas, temperatura adecuada del agua).
- Mantener el calor de la persona (p. ej., mantenerla cubierta con una manta de baño).
- Reducir los ruidos ambientales extraños (p. ej., colocar paneles acústicos en el baño).
- Crear un ambiente relajante con la música preferida (p. ej., lista de reproducción individualizada para el baño).
- Socializar con la persona antes de iniciar el baño.
- Solicitar la opinión de otros cuidadores en relación con las preferencias y las estrategias de baño que han tenido éxito o no.
- Invitar a los cuidadores familiares al proceso de baño.
- Preparar todos los utensilios de baño antes de acercarse a la persona.
- Utilizar productos de baño conocidos o preferidos.
- Ordenar las partes del cuerpo que se van a lavar de menos a más sensibles.
- Animar a la persona a colaborar en el baño en función de sus capacidades.
- Flexibilizar el horario del baño y acercarse a la persona cuando esté tranquila.
- Administrar analgésicos antes del baño si el movimiento causa dolor.
- Valorar las señales que indican malestar.
- Ofrecer opciones (p. ej., «¿Quiere que le lave la mano o el brazo?»).
- Pedir permiso antes de tocar a la persona.
- Tocar con suavidad.
- Anunciar las tareas y describir las acciones.
- Hablar en un tono suave, relajante y no condescendiente.

- Responder de acuerdo con las percepciones de la persona (p. ej., temperatura, dolor, miedo a ahogarse).
- Utilizar la distracción.
- Si se presenta una conducta reactiva, identificar los antecedentes o «desencadenantes».
- No utilizar restricciones físicas y evitar las restricciones químicas (p. ej., medicamentos psicoactivos).
- Observar si hay signos verbales y no verbales de aviso de aumento del rechazo al agua.
- Aceptar comentarios negativos y aceptar negativas.
- Validar los sentimientos de la persona (es decir, no contradecirlos).
- Finalizar el baño con toalla o toallitas en el lugar preferido por la persona (p. ej., cama, sillón reclinable).
- Asegurar a la familia, al dar el baño con toalla o toallitas, que el lavado sin agua mejora el estado de la piel en comparación con el baño tradicional en cama y que no hay diferencias en los resultados cutáneos o higiénicos al comparar el lavado sin agua con el baño o ducha tradicional.
- Introducir el baño o la ducha lentamente cuando se trate de un baño o ducha tradicional, dejando primero que el agua gotee sobre la mano.
- Realizar masajes suaves durante el baño, o con loción después del baño.
- Utilizar champú sin aclarado o pedir a un peluquero que lave el pelo con champú, según sea necesario.
- Utilizar equipo de baño que sea cómodo para la persona.
- Utilizar equipos y técnicas ergonómicos adecuados para garantizar la seguridad del profesional sanitario y de la persona.
- Intentar otros métodos de baño para futuros cuidados higiénicos si se produce rechazo de los cuidados.
- Proporcionar a los profesionales sanitarios formación sobre el baño basada en pruebas y centrada en la persona, según proceda.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

Backhouse, T., Dudzinski, E., Killett, A., & Mioshi, E. (2020). Strategies and interventions to reduce or manage refusals in personal care in dementia: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 109*, 103640. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103640.

Foster, S., Balmer, D., Gott, M., Frey, R., Robinson, J., & Boyd, M. (2019). Patient-centered care training needs of health care assistants who provide care for people with dementia. *Health & Social Care in the Community, 27*(4), 917-925. https://doi.org/10.1111/hsc.12709.

Groven, F., Zwakhalen, S., Odekerken-Schröder, G., Joosten, E., & Hamers, J. (2017). How does washing without water perform compared to the traditional bed bath: A systematic review. *BMC Geriatrics, 17*(1). https://doi.org/10.1186/s12877-017-0425-4.

Gutman, G., Karbakhsh, M., Vashisht, A., Kaur, T., Churchill, R., & Moztarzadeh, A. (2021). Feasibility study of a digital screen-based calming device (MindfulGarden) for bathing-related agitation among LTC residents with dementia. *Gerontechnology, 20*(2), 1-8. https://doi.org/10.4017/gt.2021.20.2.439.04.

Yous, M. L., Ploeg, J., Kaasalainen, S., & Martin, L. S. (2019). Nurses' experiences in caring for older adults with responsive behaviors of dementia in acute care. *Jan-Dec. SAGE Open Nursing, 5*. https://doi.org/10.1177/2377960819834127.2377960819834127.

M

Manejo de la demencia: deambulación errática 6466

Definición: Provisión de cuidados a una persona 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.
- Fomentar una deambulación más segura proporcionando un lugar seguro y sin peligros para la deambulación.
- Identificar y eliminar los peligros potenciales en el entorno.
- Realizar una supervisión adecuada (p. ej., lugar de la habitación que permite la máxima vigilancia, realizar comprobaciones regulares, emplear voluntarios o personal especializado).
- Modificar los elementos inseguros del entorno (p. ej., alfombrillas, iluminación adecuada).
- Alertar a los vecinos sobre la conducta de deambulación errática.
- Alertar a la policía y tener fotografías actualizadas de la persona.
- Proporcionar a la persona una pulsera o collar de alerta médica.
- Utilizar estrategias tecnológicas como almohadillas de presión, dispositivos de localización, alarmas de puerta, vigilancia y dispositivos de detección de vagabundeo en caso de fuga.
- Utilizar estrategias de localización como dispositivos de identificación por radiofrecuencia (RFID), dispositivos con sistema de posicionamiento global (GPS) o etiquetas electrónicas.
- Utilizar barreras visuales de salida, como cubiertas de tela sobre los pomos de las puertas, espejos delante de las puertas de salida y cinta adhesiva en el suelo delante de las puertas de salida, en caso de fuga.
- Reducir los desencadenantes ambientales de la deambulación (p. ej., evitar las habitaciones cercanas a zonas de mucho tráfico o ruido, evitar las habitaciones cercanas a ascensores, señales de salida o escaleras, colocar la cama de la manera que tenga la mejor visibilidad del cuarto de baño).
- Determinar las causas de la deambulación errática (p. ej., buscar a los seres queridos, ir al trabajo).
- Adaptar las estrategias a las causas de la deambulación.
- Dar garantías de seguridad y pertenencia.
- Proporcionar una tarjeta con información (p. ej., dirección, número de teléfono).
- Monitorizar cuidadosamente las causas fisiológicas de aumento de la confusión que puedan ser agudas y reversibles.
- Monitorizar la nutrición, la hidratación y el peso.
- Usar símbolos, aparte de signos escritos, para ayudar a la persona a localizar la habitación, el baño u otras áreas.
- Proporcionar períodos de descanso para evitar la fatiga y reducir el estrés.
- Utilizar la distracción o la reorientación, en lugar de la confrontación, para controlar la conducta.
- Proporcionar actividades significativas para la persona, como música, arte, terapia con muñecas, programas de ejercicio y aromaterapia, entre otras.
- Aumentar las interacciones sociales y la participación en actividades.
- Reducir el ruido, correr las persianas al atardecer para reducir las sombras, poner música relajante y utilizar iluminación no deslumbrante, lo que también puede ayudar a disminuir la agitación que puede llevar a la deambulación.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Adaptar la hora de acostarse y los rituales de sueño para prevenir el insomnio y la deambulación nocturna.
- Seguir los protocolos del centro para personas perdidas.

6.ª edición 2013; revisada en 2024

Bibliografía:

Eliopoulos, C. (2022). *Gerontological nursing* (10th ed.). Wolters Kluwer.

MacAndrew, M., Brooks, D., & Beattie, E. (2017). Nonpharmacological interventions for managing wandering in the community: A narrative review to the evidence base. *Health and Social Care, 27*(30), 6-319.

Neubauer, N. A., Azad-Khaneghah, P., Miguel-Cruz, A., & Liu, L. (2018). What do we know about strategies to manage dementia-related wandering? A scoping review. *Alzheimer's & Dementia, 10*, 615-628.

Silverstein, N. M., & Flaherty, G. (2018). Wandering in hospitalized older adults. *Try This: Best Practices in Nursing Care for Older Adults with Dementia, D6*, 1-2.

Varcarolis, E. M., & Halter, M. J. (2018). *Foundations of psychiatric mental health nursing*. Saunders/Elsevier.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

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.
- Monitorizar 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, *Stroke rehabilitation: Long term rehabilitation after stroke*. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, London, England 2013.

Woodward, S., & Mestecky, A. (Eds.). (2011). *Neuroscience nursing: Evidence-based practice*. Wiley-Blackwell.

Manejo de la diarrea 0460

Definición: Manejo y alivio de las deposiciones sueltas y frecuentes.

Actividades:

- Revisar el historial médico, incluyendo diagnósticos, operaciones y hábito intestinal.
- Identificar los factores que pueden causar o contribuir a la diarrea (p. ej., medicamentos, ejercicio, sueño, estrés, dieta).
- Determinar la historia de la diarrea (p. ej., aguda, persistente, crónica).
- Obtener una muestra de heces para realizar un cultivo y antibiograma si la diarrea continuase, según la prescripción.
- Evaluar el perfil de la medicación por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales.
- Monitorizar la frecuencia, consistencia, volumen y color de las deposiciones.
- Enseñar el uso correcto de los medicamentos antidiarreicos.
- Enseñar a registrar la frecuencia, la consistencia, el volumen y el color de las deposiciones.
- Explicar la etiología del problema y la justificación de las acciones.
- Evaluar la ingesta registrada para determinar el contenido nutricional.
- Observar la turgencia de la piel y otros signos de deshidratación (p. ej., ojos hundidos, mucosas secas).
- Vigilar la piel de la zona perianal en busca de irritación y ulceración.
- Pesar regularmente.
- Fomentar la realización de comidas en pequeñas cantidades, frecuentes y suaves, y añadir fibra de forma gradual.
- Enseñar a eliminar la lactosa, los alimentos especiados o grasos y la cafeína.
- Identificar los factores que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de la diarrea (p. ej., medicamentos, bacterias y alimentación por sonda).
- Consultar con el profesional sanitario 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.
- Consultar con el dietista, si es necesario.
- Enseñar a evitar los laxantes.
- Enseñar a llevar un diario de comidas.
- Enseñar técnicas de disminución de estrés, según corresponda.
- Vigilar la preparación segura de los alimentos y las medidas higiénicas.
- Practicar acciones que supongan un descanso intestinal (dieta absoluta, dieta líquida).
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

Guarino, A., Lo Vecchio, A., Dias, J. A., Berkley, J. A., Boey, C., Bruzzese, D., Cohen, M. B., Cruchet, S., Liguoro, I., Salazar-Lindo, E., Sandhu, B., Sherman, P. M., & Shimizu, T. (2018). Universal recommendations for the management of acute diarrhea in nonmalnourished children. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, *67*(5), 586-593. https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002053.

Motamedi, H., Fathollahi, M., Abiri, R., Kadivarian, S., Rostamian, M., & Alvandi, A. (2021). A worldwide systematic review and meta-analysis of bacteria related to antibiotic-associated diarrhea in hospitalized patients. *PloS One*, *16*(12), e0260667. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260667.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Thabit, A. K., Alsolami, M. H., Baghlaf, N. A., Alsharekh, R. M., Almazmumi, H. A., Alselami, A. S., & Alsubhi, F. A. (2019). Comparison of three current Clostridioides difficile infection guidelines: IDSA/SHEA, ESCMID, and ACG guidelines. *Infection*, *47*(6), 899-909. https://doi.org/10.1007/s15010-019-01348-9.

van Erp, L. W., Roosenboom, B., Komdeur, P., Dijkstra-Heida, W., Wisse, J., Horjus Talabur Horje, C. S., Liem, C. S., van Cingel, R. E. H., Wahab, P., & Groenen, M. J. M. (2021). Improvement of fatigue and quality of life in patients with quiescent inflammatory bowel disease following a personalized exercise program. *Digestive Diseases and Sciences*, *66*(2), 597-604. https://doi.org/10.1007/s10620-020-06222-5.

M

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 la prescripción.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de las causas, síntomas, tratamiento y prevención de la disreflexia.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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.). Mosby.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management* (5th ed.). Mosby Elsevier.

Manejo de la eliminación urinaria 0590

Definición: Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo.

Actividades:

- Determinar el patrón de eliminación habitual.
- Determinar la capacidad de reconocer la necesidad de orinar.
- Tener en cuenta la edad a la hora de determinar los patrones miccionales (p. ej., enuresis y entrenamiento para ir al baño en niños pequeños y preescolares, incontinencia debida a cambios fisiológicos en adultos mayores).
- Tener en cuenta las diferencias culturales y sociales a la hora de prestar cuidados.
- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, la consistencia, el olor, el volumen y el color, según corresponda.
- Monitorizar el estado funcional para detectar cualquier cambio que pueda afectar a la capacidad de eliminación urinaria (p. ej., capacidad de deambular o permanecer de pie de forma segura, capacidad de seguir instrucciones, motivación para ayudar en las actividades de autocuidado).
- Identificar los factores que contribuyan a episodios de incontinencia (p. ej., incapaz de levantarse rápidamente, lejos del baño).
- Anotar la hora de la última micción, según corresponda.
- Realizar una ecografía vesical portátil, según esté indicado.
- Aplicar el protocolo de sondaje intermitente, según esté indicado.
- Enseñar a registrar la diuresis, según corresponda.
- Facilitar el acceso al inodoro portátil, al orinal o al cuarto de baño.
- Dar instrucciones para responder inmediatamente a las ganas de orinar, según proceda.
- Responder rápidamente a las peticiones de ayuda para ir al baño.
- Colocar un sistema de llamada al alcance de la mano.
- Ofrecer ayuda a intervalos regulares (p. ej., por la mañana después de despertarse, después de las comidas, antes de acostarse).
- Ayudar con el uso de orinales o cuñas, según sea necesario.
- Proporcionar la higiene personal necesaria después de orinar.
- Vigilar los signos y síntomas de retención urinaria, infección del tracto urinario, deshidratación o sobrecarga de líquidos.
- Fomentar la ingesta adecuada de líquidos, especialmente con las sondas permanentes.
- Remitir al paciente al profesional sanitario si aparecen signos y síntomas de infección del tracto urinario.
- Obtener una muestra a mitad de la micción para el análisis de orina, según corresponda.
- Indicar que beba 250 ml de líquido con las comidas, entre las comidas y al anochecer.
- Ayudar con el desarrollo de la rutina de ir al baño, según corresponda.
- Enseñar a vaciar la vejiga antes de los procedimientos pertinentes.
- Registrar la hora de la primera micción después del procedimiento, según corresponda.
- Enseñar los signos y síntomas de una infección del tracto urinario y a monitorizar para detectar una infección del tracto urinario.
- Indicar que obtenga muestras de orina a mitad de la micción ante el primer signo de reaparición de los signos y síntomas de infección.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Urinary elimination. *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice. Pearson*, 1174-1200.

Jefferson, L. (2021). Urinary elimination. In P. A. Potter, A. G. Perry, P. A. Stockert, & A. M. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (pp. 1150-1171). Elsevier.

Kopf-Klakken, S. (2021). Urinary elimination. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function*. Wolters-Kluwer.

Lough, M. E. (2022). Kidney disorders and therapeutic management. In L. D. Urden, K. M. Stacy, & M. E. Lough (Eds.), *Critical care nursing: Diagnosis and management* (pp. 655-668). Elsevier.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2021). Urinary elimination. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (pp. 870-880). Mosby.

Touhy, T. (2020). Elimination. In K. Jett, & T. A. Touhy (Eds.), *Toward healthy aging* (pp. 201-210). Elsevier.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

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

- Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia.
- Monitorizar 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 la automonitorización/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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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 automonitorizarse 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*, 541-568.

McFarland, G. K., & McFarlane, E. A. (1997). *Nursing diagnosis and intervention: Planning for patient care* (3rd ed.). Mosby.

Nail, L. M. (2002). Fatigue in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum, 29*(3), 537-546.

Oncology Nursing Society. (2005). In J. K. Itano & K. Taoka (Eds.), *Core curriculum for oncology nursing* (4th ed.). 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). W. B. Saunders.

M

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Manejo de la hiperglucemia 2120

Definición: Prevención y tratamiento de los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.

Actividades:

- Identificar a las personas con riesgo de hiperglucemia.
- Determinar la capacidad de reconocimiento de los signos y síntomas de hiperglucemia.
- Monitorizar la glucemia, según esté indicado.
- Monitorizar los signos y síntomas de hiperglucemia (p. ej., poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea).
- Monitorizar la presencia de cuerpos cetónicos en orina, según esté indicado.
- Monitorizar la gasometría arterial, los niveles de electrólitos y la hemoglobina glucosilada (HbA1c), según esté indicado.
- Monitorizar la presión arterial ortostática y el pulso, según esté indicado.
- Administrar medicamentos (p. ej., insulina, hipoglucemiantes orales), según la prescripción.
- Alentar la ingesta oral de líquidos.
- Monitorizar el equilibrio 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 electrólitos i.v., según proceda.
- Consultar con el profesional sanitario si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.
- Ayudar en la deambulación si hay hipotensión ortostática.
- Facilitar la higiene oral, si fuera necesario.
- Identificar las causas posibles de la hiperglucemia.
- Anticiparse a las situaciones en las que aumentarán las necesidades de insulina (estrés).
- Restringir el ejercicio cuando los niveles de glucosa en sangre sean >250 mg/dl, especialmente si hay cuerpos cetónicos en la orina.
- Instruir a la persona y sus allegados en la prevención, el reconocimiento y la actuación ante la hiperglucemia.
- Fomentar el autocontrol de la glucemia.
- Ayudar a interpretar la glucemia y los signos y síntomas de hiperglucemia.
- Revisar los registros de glucemia con la persona y 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 para que comunique al profesional sanitario los niveles moderados o altos de cuerpos cetónicos en la orina.
- Instruir acerca del manejo de la diabetes durante la enfermedad y los episodios de estrés intenso (p. ej., uso de insulina y antidiabéticos orales, monitorización de la ingesta de líquidos, aporte de hidratos de carbono, cuándo debe solicitarse asistencia sanitaria profesional).
- 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.
- Proporcionar intervenciones educativas sobre el entrenamiento en concienciación sobre la glucosa.
- Proporcionar información sobre la idoneidad del automanejo de la hiperglucemia.
- Instruir sobre los signos y síntomas, los factores de riesgo y el tratamiento de la hiperglucemia.
- Indicar que obtenga y lleve o use una identificación de emergencia adecuada.
- Determinar las necesidades educativas sobre medicación, suministros y citas.
- Facilitar la adherencia al seguimiento.
- Facilitar recursos y apoyo.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

American Diabetes Association. (2021). *Standards of medical care in diabetes.*

American Diabetes Association. (2021). *Blood sugar testing and control: Hyperglycemia (high blood glucose).* https://www.diabetes.org/healthy-living/medication-treatments/blood-glucose-testing-and-control/hyperglycemia.

Bellary, S., Kyrou, I., Brown, J. E., & Bailey, C. J. (2021). Type 2 diabetes mellitus in older adults: clinical considerations and management. *National Review of Endocrinology, 17*(9), 534-548. https://doi.org/10.1038/s41574-021-00512-2.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2020). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and techniques* (10th ed.). Elsevier.

Peter, P. R., & Lupsa, B. C. (2019). Personalized management of type 2 diabetes. *Current Diabetes Reports, 19*(115). https://doi.org/10.1007/s11892-019-1244-0.

Ryan, D., Burke, S. D., Lichtman, M. L., Bronich-Hall, L., Kolb, L., Rinker, J., & Yehl, K. (2020). Competencies for diabetes care and education specialists. *The Diabetes Educator, 46*(4), 384-397.

Manejo de la hiperlipidemia 2125

Definición: Prevención y tratamiento de 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 rica en grasas saturadas, carnes rojas, alimentos fritos y productos lácteos, y pobre en fibra; fumar; obesidad; estilo de vida sedentario; antecedentes familiares de hipercolesterolemia), incluyendo enfermedades 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 una exploración física completa, incluyendo signos vitales, estatura, peso, índice cintura-cadera (ICC) e índice de masa corporal (IMC).
- Determinar los pacientes de riesgo (p. ej., dietas ricas en grasas saturadas, carnes rojas, alimentos fritos y productos lácteos, y pobres 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.
- Monitorizar la química sanguínea, incluyendo colesterol, triglicéridos, LDL y HDL, como se indica en las guías de tratamiento.
- Monitorizar el peso y el ICC.
- Instruir a los pacientes de riesgo para que se hagan cribados 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). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). Saunders Elsevier.

Pease, D. (2013). Metabolic syndrome. In T. M. Buttaro, J. Trybulski, P. P. Bailey, & J. Sandberg-Cook (Eds.), *Primary care: A collaborative practice* (pp. 1112-1117). Elsevier Mosby.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2010). *Foundations of nursing in the community: Community-oriented practice* (3rd ed.). Mosby Elsevier.

Stone, N., Robinson, J., Lichtenstein, A., Merz, N., Blum, C., Eckel, R., goldberg, A. C., Gordon, D., Levy, D., Lloyd-Jones, D. M., McBride, P., Schwartz, J. S., Shero, S. T., Smith, S. C., Watson, K., & Wilson, P. W. F. (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* (pp. 1101-1111). Elsevier Mosby.

M

Manejo de la hipertensión 4162

Definición: Prevención y tratamiento de 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, dislipidemia, 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 mmHg 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

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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 consciencia, dolor torácico, convulsiones, paro cardíaco).
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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 automonitorización de la presión arterial 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 los medicamentos que toma actualmente y a acudir regularmente a los chequeos médicos.
- Instruir al paciente para que reconozca y evite situaciones que puedan causar aumento de la PA (p. ej., estrés o interrupción repentina del tratamiento farmacológico).

7.ª edición 2018

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). Saunders Elsevier.

Chummun, H. (2009). Hypertension: A contemporary approach to nursing care. *British Journal of Nursing, 18*(13), 784-789.

Hacihasanoğlu, R., & Gözüm, S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviors and BMI in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing, 20*(5/6), 692-705.

Margolius, D., & Bodenheimer, T. (2010). Controlling hypertension requires a new primary care model. *The American JournalofManaged Care, 16*(9), 648-650.

U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute, *Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure*. National Institute of Health, 2004.

Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins Himmelfarb, K. J., DePalma, D. C. S. M., Gidding, S., Jamerson, K. A., Jones, D. W., MacLaughlin, E. J., Munter, P., Ovbiagele, B., Smith, S. C., Spencer, C. C., Stanford, R. S., Taler, S. J., Thomas, R. J., Williams, K. A., Williamson, J. D., & Wright, J. T. (2017). ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *Journal of the American College of Cardiology, 71*(19), e127-e248. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006.

Manejo de la hipertermia 3786

Definición: Manejo de los síntomas y las afecciones relacionadas con un aumento de la temperatura corporal debido a una infección o a una exposición prolongada a un calor excesivo.

Actividades:
- Determinar la causa del aumento de la temperatura corporal (p. ej., infección, insolación, deshidratación, exposición a elementos).
- Monitorizar la respuesta a la fiebre, incluyendo la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, el estado mental, el confort térmico y las pruebas de laboratorio microbiológicas o inmunológicas realizadas recientemente.
- Administrar medicamentos orales o intravenosos (p. ej., antipiréticos, agentes antibacterianos, medicamentos para prevenir los escalofríos).
- Evitar administrar ácido acetilsalicílico a los niños.
- Interrumpir la actividad física y alejarse de la fuente de calor a un ambiente más fresco.
- Aflojar o quitar la ropa.
- Aplicar métodos de enfriamiento externo (p. ej., compresas frías en el cuello, el tórax, el abdomen, el cuero cabelludo, las axilas y las ingles; mantas de hidrogel o de enfriamiento con circulación de aire), según proceda.
- Aplicar compresas de agua o esponjas junto con antipiréticos.
- Utilizar antipiréticos y prevención de escalofríos con métodos de enfriamiento físico para aumentar la eficacia
- Humedecer la superficie corporal y abanicar, pero evitar los escalofríos.

- Evitar el baño de esponja con alcohol.
- Aplicar métodos de enfriamiento interno (p. ej., lavado gástrico, vesical, peritoneal o torácico con hielo), según proceda.
- Administrar solución de rehidratación oral (p. ej., bebida deportiva) u otro líquido frío.
- Hidratar los labios secos y la mucosa nasal.
- Administrar oxígeno, según proceda.
- Aumentar la circulación del aire.
- Fomentar el consumo de líquidos.
- Facilitar el descanso, aplicando restricciones de actividad, si es necesario.
- Monitorizar las complicaciones relacionadas con la fiebre y los signos y síntomas de la afección causante de fiebre (p. ej., convulsiones, disminución del nivel de consciencia, estado electrolítico anormal, desequilibrio ácido-base, arritmia cardíaca).
- Asegurarse de que se monitorizan otros signos de infección en las personas mayores, ya que pueden no mostrar fiebre durante la infección.
- Asegurarse de que existen medidas de seguridad si se pone inquieto o delira.
- Interrumpir las actividades de enfriamiento cuando la temperatura corporal central alcance los 39 °C.
- Monitorizar la aparición de complicaciones (p. ej., insuficiencia renal, desequilibrio ácido-base, coagulopatía, edema pulmonar, edema cerebral, síndrome de disfunción multiorgánica).
- Instruir sobre los factores de riesgo de las enfermedades relacionadas con el calor (p. ej., temperatura ambiental elevada, humedad elevada, deshidratación, esfuerzo físico, edad extrema).
- Instruir sobre las medidas para prevenir las enfermedades relacionadas con el calor (p. ej., evitar la sobreexposición al sol; garantizar una ingesta adecuada de líquidos; buscar lugares en los que haya aire acondicionado; llevar ropa ligera, de colores claros y holgada).
- Instruir sobre los primeros signos y síntomas de las enfermedades relacionadas con el calor y cuándo solicitar ayuda a un profesional sanitario.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

6.ª edición 2013; revisada en 2024

Bibliografía:

LaPierre, L., & Mondor, E. E. (2017). The ups and downs of fever: Where are we at with targeted temperature management in the ICU? *Canadian Journal of Critical Care Nursing, 28*(2), 39.

Moreda, M., Beacham, P. S., Reese, A., & Mulkey, M. A. (2021). Increasing the effectiveness of targeted temperature management. *Critical Care Nurse, 41*(5), 59-63. https://doi.org/10.4037/ccn2021637.

Rodway, G. W., & Suether, S. E. (2019). Pain, temperature, sleep, and sensory function. In S. E. Huether, & K. L. McCance (Eds.), *Understanding Pathophysiology*. Elsevier.

Schell-Chaple, H. (2018). Fever suppression in patients with infection. *Nursing Critical Care, 13*(5), 6-13. https://doi.org/10.1097/01.CCN.0000534921.93547.1a.

Souza, M. V., Damião, E. B. C., Buchhorn, S. M. M., & Rossato, L. M. (2021). Non-pharmacological fever and hyperthermia management in children: An integrative review. *Acta Paul Enferm, 34*, eAPE00743.

Turan, N., Çulha, Y., Aydın, G. Ö., & Kaya, H. (2020). Persistent fever and nursing care in neurosurgical patients. *Journal of Neurological & Neurosurgical Nursing, 2*, 80-85. https://doi.org/10.15225/PNN.2020.9.2.6.

M

Manejo de la hipervolemia 4170

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.
- Monitorizar el patrón respiratorio por si hubiera síntomas de edema pulmonar (p. ej., ansiedad, disnea, ortopnea, taquipnea, tos y producción de esputo espumoso).
- Monitorizar la presencia de ruidos pulmonares adventicios.
- Monitorizar la presencia de ruidos cardíacos adventicios.
- Monitorizar la distensión venosa yugular.
- Monitorizar el edema periférico.
- Monitorizar la existencia de signos de laboratorio de hemoconcentración (p. ej., sodio, BUN, hematocrito, gravedad específica de la orina), si están disponibles.
- Monitorizar los datos de laboratorio sobre la posibilidad de un aumento de la presión oncótica plasmática (p. ej., aumento de las proteínas y de la albúmina), si están disponibles.
- 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 precarga (p. ej., furosemida, espironolactona, morfina y nitroglicerina).
- Monitorizar los signos de reducción de la precarga (p. ej., oliguria, mejora de los sonidos pulmonares adventicios, disminución de la PA, PAM, PVC, PECP, GC, IC).
- Monitorizar los signos de un efecto excesivo de la medicación (p. ej., deshidratación, hipotensión, taquicardia, hipopotasemia).
- Instruir al paciente sobre el uso de fármacos para reducir la precarga.
- Administrar infusiones i.v. (p. ej., líquidos, hemoderivados) despacio para evitar un aumento rápido de la precarga.
- Restringir la ingesta de agua libre en pacientes con hiponatremia dilucional.
- Evitar el uso de líquidos i.v. hipotónicos.
- Elevar el cabecero de la cama para mejorar la ventilación, según corresponda.
- Facilitar la intubación endotraqueal y el inicio de la ventilación mecánica en los pacientes con edema pulmonar grave, según corresponda.
- Mantener los ajustes prescritos del ventilador mecánico (p. ej., FiO_2, 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.). Elsevier Mosby.

Leeper, B. (2006). Cardiovascular system. In M. Chulay, & S. M. Burns (Eds.), *AACN essentials of critical care nursing* (pp. 215-246). McGraw-Hill.

Miller, L. R. (2006). Hemodynamic monitoring. In M. Chulay, & S. M. Burns (Eds.), *AACN essentials of critical care nursing* (pp. 65-110). 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).

Schroeder, K. (2012). Acute renal failure. In E. T. Bope, & R. D. Kellerman (Eds.), *Conn's current therapy 2012* (pp. 873-876). 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* (pp. 525-610). 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). Elsevier Saunders.

M

Manejo de la hipoglucemia 2130

Definición: Prevención y tratamiento de los niveles sanguíneos de glucemia inferiores a lo normal.

Actividades:

- Identificar a la persona con riesgo de hipoglucemia.
- Determinar la capacidad de reconocer los signos y síntomas de la hipoglucemia.
- Monitorizar la glucemia.
- 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 glucagón o glucosa intravenosa, según esté indicado.
- Administrar hidratos de carbono simples, si puede comer, utilizando la regla 15-15 (es decir, 15 gramos de hidratos de carbono y comprobar la glucemia después de 15 minutos, si está por debajo de 70 mg/dl administrar otros 15 g).
- Administrar hidratos de carbono complejos y proteínas, si está indicado.
- Contactar con los servicios médicos de urgencia, si es necesario.
- Mantener la vía aérea permeable, si es el caso.
- Mantener una vía i.v., según corresponda.
- Proteger contra lesiones, si es necesario.
- Revisar los sucesos anteriores a la hipoglucemia para determinar la posible causa.
- Proporcionar intervenciones educativas sobre la sensibilización a la glucosa.
- Proporcionar información sobre la conveniencia del autocontrol de la hipoglucemia.
- Enseñar a la persona y a la familia los signos y síntomas, los factores de riesgo y el tratamiento de la hipoglucemia.
- Aconsejar a la persona que disponga de hidratos de carbono simples en todo momento.
- Indicar a la persona que debe obtener y llevar identificación médica de emergencia adecuada.
- Instruir a los allegados en la utilización y administración de glucagón, según proceda.
- Instruir sobre las interacciones de la dieta, la insulina/antidiabéticos orales y el ejercicio.
- Ayudar al paciente en la toma de decisiones para evitar la hipoglucemia (reduciendo la insulina/antidiabéticos orales y aumentando la ingesta de alimentos cuando haga ejercicio).
- Fomentar la automonitorización de la glucemia.
- Proporcionar el acceso y el enfoque con un equipo interdisciplinar para consultar los ajustes del régimen del tratamiento.
- Colaborar con la persona y con el equipo de educación sobre diabetes 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 de la necesidad de hacer mediciones periódicas de la hemoglobina glucosilada (HbA1c), según la prescripción.
- Informar sobre un mayor riesgo de hipoglucemia con la terapia intensiva y la normalización de los niveles de glucosa en sangre.
- Enseñar los posibles cambios en los síntomas de la hipoglucemia con la terapia intensiva y la normalización de la glucemia.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

American Diabetes Association. (2021). *Standards of medical care in diabetes.*

American Diabetes Association. (2021). *Hypoglycemia (Low blood glucose).* https://www.diabetes.org/healthy-living/medication-treatments/blood-glucose-testing-and-control/hypoglycemia.

Garg, G. K., & Vimalananda, V. (2020). Type 1 diabetes mellitus. *British Medical Journal, (BMJ) Best Practice,* 1-53.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2020). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and techniques* (10th ed.). Elsevier.

Ryan, D., Burke, S. D., Lichtman, M. L., Bronich-Hall, L., Kolb, L., Rinker, J., & Yehl, K. (2020). Competencies for diabetes care and education specialists. *The Diabetes Educator, 46*(4), 384-397.

Simonson, G., Carlson, A., Martens, T., & Bergenstal, R. (2021). Type 2 diabetes mellitus in adults. *British Medical Journal, (BMJ) Best Practice,* 1-100.

Manejo de la hipotensión 4175

Definición: Prevención y tratamiento de 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, tabaquismo, obesidad, tratamiento de la enfermedad de Parkinson, 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 mmHg sistólica y/o menos de 60 mmHg 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 arterial, 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 la enfermedad de Parkinson, 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 empeoren 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 agua de 2 hasta 3 litros por día, ingiriéndola a sorbos [0,5 litros en 3-4 minutos] como medida de rescate).
- Monitorizar las complicaciones (p. ej., visión borrosa, confusión, mareos, síncope, palidez, sudoración fría, taquicardia, somnolencia, debilidad, alteración del nivel de consciencia, convulsiones, disnea, dolor torácico).
- Estar alerta ante la necesidad de tratar urgentemente el empeoramiento de los síntomas.
- Administrar agentes farmacológicos (p. ej., fludrocortisona, midodrina) y vigilar los efectos, si procede.
- Instruir al paciente y a su familia para que comuniquen el empeoramiento de las cifras de la PA o de los síntomas.
- Promover la ingesta de líquidos por vía oral recomendada por la edad.
- Fomentar una alimentación sana y una ingesta adecuada de líquidos.
- Instruir al paciente y a su familia sobre la necesidad de evitar el tabaco, las drogas ilegales y el alcohol.
- Instruir al paciente sobre la modificación de su estilo de vida.
- Proporcionar información y educación sobre los posibles cambios en su estilo de vida necesarios para evitar complicaciones futuras y controlar el proceso de la enfermedad.
- Evaluar los signos vitales indicados, como la PA, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura y otros parámetros, como la glucemia capilar, para detectar 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 hypotension management. *Current Hypertension Reports, 15*(4), 304-312.

Ferrer-Gila, T., & Rizea, C. (2013). Orthostatic hypotension in the elderly. *Revista de Neurología, 56*(6), 337-343. [Spanish].

Figueroa, J. J., Basford, J. R., & Low, P. A. (2010). Preventing and treating orthostatic hypotension: As easy as A, B,C. *Cleveland Clinic Journal of Medicine, 77*(5), 298-306.

Grossman, E., Voichanski, S., Grossman, C., & Leibowitz, A. (2012). The association between orthostatic hypotension and nocturnal blood pressure may explain the risk for heart failure. *Hypertension, 60*(1), e1.

Mager, D. R. (2012). Orthostatic hypotension: Pathophysiology, problems, and prevention. *Home Healthcare Nurse, 30*(9), 525-530.

Shibao, C., Grijalva, C. G., Raj, S. R., Biaggioni, I., & Griffin, M. R. (2007). Orthostatic hypotension-related hospitalizations in the United States. *The American Journal of Medicine, 120*(11), 975-980.

M

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Manejo de la hipotermia 3800

Definición: Prevención de la pérdida de calor, recalentamiento y vigilancia de un paciente cuya temperatura corporal central 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 con cuidado y evitar el movimiento excesivo) para no precipitar una fibrilación ventricular.
- Recomendar al paciente con hipotermia no complicada que consuma líquidos calientes, ricos en carbohidratos, sin alcohol ni cafeína.
- Compartir el calor corporal, usando poca ropa para facilitar la 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 a presión, 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 ácido-base).
- 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* (pp. 141-168). Elsevier Saunders.

Smith, S. F., Duell, D. J., & Martin, B. C. (2008). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (7th ed.). Prentice Hall, Pearson.

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.). Elsevier Mosby.

Leeper, B. (2006). Cardiovascular system. In M. Chulay, & S. M. Burns (Eds.), *AACN essentials of critical care nursing* (pp. 215-246). 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* (pp. 391-402). Springer.

Miller, L. R. (2006). Hemodynamic monitoring. In M. Chulay, & S. M. Burns (Eds.), *AACN essentials of critical care nursing* (pp. 65-110). 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). https://doi.org/10.1002/14651858.CD006028.pub2.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Intraoperative nursing management* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins. 256-259.

Stark, J. (2006). The renal system. In J. G. Alspach (Ed.), *American Association of Critical Care Nurses, Core curriculum for critical care nursing* (pp. 525-610). W. B. Saunders.

M

Manejo de la instrumentación quirúrgica 2910

Definición: Manejo de 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.*

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

Gruendemann, B. J., & Mangum, S. S. (2001). *Infection prevention in surgical settings.* W. B. Saunders.

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

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

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

Manejo de la medicación 2380

M

Definición: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos.

Actividades:

- Utilizar una herramienta estandarizada para obtener toda la información sobre la medicación, incluidos los medicamentos con receta, los medicamentos sin receta y los suplementos dietéticos y a base de hierbas.
- Determinar cuáles son los medicamentos necesarios y administrarlos de acuerdo con el prescriptor o el protocolo.
- Identificar los tipos y las cantidades de medicamentos de venta sin receta utilizados.
- Proporcionar información sobre el uso de medicamentos sin receta y cómo pueden influir en la enfermedad existente.
- Determinar si se utilizan remedios caseros basados en la cultura y los posibles efectos sobre el uso de medicamentos sin receta y con receta.
- Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Monitorizar el efecto terapéutico de la medicación.
- Monitorizar los signos y síntomas de toxicidad o efectos adversos de la medicación.
- Monitorizar los niveles séricos en sangre (p. ej., electrólitos, protrombina, medicamentos), según proceda.
- Vigilar las interacciones no terapéuticas de la medicación.
- Revisar periódicamente con la persona y la familia los tipos y las cantidades de medicamentos que toma.
- Comentar las preocupaciones económicas respecto al régimen de la medicación y la capacidad de obtener los medicamentos necesarios.
- Comprobar la capacidad para automedicarse y la necesidad de ayuda para la administración de medicación.
- Desechar medicaciones antiguas, suspendidas o contraindicadas, según corresponda.
- Facilitar los cambios de medicación con el profesional sanitario, según corresponda.
- Monitorizar la respuesta a los cambios en el régimen de medicación, según corresponda.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación.
- Determinar los factores que impiden a la persona tomar los fármacos tal como se han prescrito.
- Desarrollar estrategias para mejorar la concordancia con el régimen de medicación prescrito (p. ej., manejar los efectos adversos de la medicación, utilizar genéricos de menor coste cuando proceda, utilizar servicios de entrega de medicación).
- Investigar los posibles recursos económicos para la adquisición de los medicamentos prescritos, según proceda.
- Determinar el efecto del uso de la medicación sobre el estilo de vida.
- Ofrecer alternativas en cuanto al horario y la modalidad de la medicación autoadministrada para minimizar los efectos no deseados sobre el estilo de vida.
- Ayudar a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a la medicación, según proceda.
- Consultar con otros profesionales sanitarios para reducir al mínimo el número y la frecuencia de los medicamentos necesarios para conseguir un efecto terapéutico.
- Comunicarse claramente con otros profesionales sanitarios para incorporar las prioridades y preferencias de la persona.
- Obtener la orden del profesional sanitario para la automedicación, según proceda.
- Enseñar el método de administración de los medicamentos, según proceda.
- Instruir sobre la acción esperada y los efectos secundarios de la medicación.
- Indicar cuándo se debe buscar atención médica.
- Proporcionar información escrita y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos, según corresponda.
- Establecer un protocolo para el almacenamiento, adquisición y control de los medicamentos dejados a la cabecera del paciente con propósitos de automedicación.
- Revisar las estrategias para manejar el régimen de medicación.
- Proporcionar una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación.
- Ponerse en contacto después del alta para responder a preguntas y comentar inquietudes asociadas al régimen de medicación, según proceda.

- Animar a realizarse pruebas de cribado para determinar los efectos de la medicación, según sea necesario.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (pp. 750-829) (10th ed.). Pearson.

Kirby, N. (2021). Medication administration. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (pp. 410-471). Wolters-Kluwer.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Safe medication preparation. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 501-522). Mosby.

Sanoski, C. A., & Vallerand, A. H. (2021). *Davis's drug guide for nurses* (17th ed.). F. A. Davis.

Tomlinson, J., Cheong, V., Fylan, B., Silcock, J., Smith, H., Karban, K., & Blenkinsopp, A. (2020). Successful care transitions for older people: A systematic review and meta-analysis of the effects of interventions that support medication continuity. *Age and Ageing, 49*(4), 558-569. https://doi.org/10.1093/ageing/afaa002.

Williams, P. (2020). Medications and older adults. In *Basic geriatric nursing* (7th ed., pp. 132-149). Elsevier.

Manejo de la medicación: cannabis medicinal 2385

Definición: Preparación, administración o evaluación de la eficacia de la marihuana de uso medicinal.

Actividades:

- Determinar la fase actual de legalización del consumo de cannabis con fines médicos y de su uso como droga en el estado en que se ejerce.
- Determinar los principios de los dispensarios locales de marihuana medicinal (p. ej., criterios que deben cumplir las personas, quién puede obtener cannabis en el dispensario).
- Proporcionar una certificación para las afecciones incluidas (p. ej., caquexia, náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia, dolor crónico, neuropatías).
- Instruir sobre los medicamentos que deben administrarse y responder adecuadamente a las preguntas.
- Seguir las seis reglas correctas de la administración de medicación (es decir, persona correcta, medicación correcta, dosis correcta, vía correcta, momento correcto, documentación correcta).
- Documentar las dosis y las respuestas en la historia clínica.
- Monitorizar los efectos secundarios indeseables o los efectos tóxicos del cannabis (p. ej., alucinaciones, ojo seco, paranoia, disminución de la presión arterial, alteraciones de la atención o la memoria).
- Enseñar a ajustar la dosis utilizando el principio de «empezar poco a poco» y monitorizando la eficacia y los efectos adversos.
- Indicar que anote regularmente en un diario la dosis, los síntomas, el alivio y los efectos adversos.
- Indicar que se almacene de forma segura, en una zona cerrada con llave y fuera del alcance de los niños, y que se elimine adecuadamente (es decir, recipiente de recogida situado en la farmacia).
- Comunicar los resultados del encuentro clínico con otros profesionales sanitarios.
- Administrar cannabis solo en programas aprobados de marihuana medicinal como cuidador registrado.
- Administrar medicamentos de THC sintético aprobados por la FDA (p. ej., dronabinol, nabilona), según el formulario y las normas del centro.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Campbell, C. T., Phillips, M. S., & Manasco, K. (2017). Cannabinoids in pediatrics. *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics, 22*(3), 176-185.

National Academies of Sciences. (2017). *Engineering, and Medicine, The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research.* National Academies Press.

National Conference of State Legislatures (NCSL). (2017). *State Medical Marijuana Laws.* http://www.ncsl.org/research/health/state-medical-marijuana-laws.aspx.

Russell, K. A. (2019). Caring for patients using medical marijuana. *Journal of Nursing Regulation, 10*(3), 47-59.

Russell, K. A., & Duderstadt, K. G. (2019). Medical marijuana guidelines for practice: Health policy implications. *Journal of Pediatric Healthcare, 33*(6), 722-726.

The National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) Medical Marijuana Guidelines Committee. (2018). The NCSBN national nursing guidelines for medical marijuana. *Journal of Nursing Regulation, 9*, S5. https://doi.org/10.1016/S2155-8256(18)30082-6.

Manejo de la medicación: dispositivo de infusión portátil 2398

Definición: Facilitar la autoadministración de una infusión continua o intermitente de medicación a través de un dispositivo de administración.

Actividades:

- Determinar la comprensión de la medicación y el método de administración.
- Determinar la capacidad de controlar la infusión.
- Obtener el consentimiento o acuerdo para el automanejo.
- Colaborar con el equipo terapéutico para garantizar una comunicación precisa del plan de infusión.
- Determinar el tipo de bomba y los pasos necesarios para su programación y uso (p. ej., continua o intermitente, ajuste de la tasa de dosis basal, monitorización continua de la glucosa en bucle cerrado, monitorización híbrida en bucle cerrado).
- Elaborar un plan de cuidados para la autoadministración de medicamentos.

M

- Asegurar la existencia de medidas asistenciales para episodios sanitarios urgentes (p. ej., hipoglucemia, hiperglucemia).
- Enseñar a la persona, la familia y los cuidadores el plan de cuidados, incluida la monitorización del nivel sanguíneo, los ajustes de dosis (p. ej., basal, continua, en bolo) y los requisitos para una administración segura de la medicación.
- Revisar los ajustes de medicación necesarios con los cambios de actividad.
- Revisar los cambios de dieta necesarios con la administración de medicación.
- Enseñar a la persona, la familia y los cuidadores el funcionamiento del dispositivo de suministro.
- Asegurarse de que la persona, la familia y los cuidadores son competentes en el manejo del dispositivo de suministro.
- Identificar los problemas de la bomba con episodios sanitarios adversos (p. ej., tubos doblados, fugas en el equipo del catéter, desprendimiento de la cánula, hematomas en los puntos de inserción, programación incorrecta, batería baja, cartucho de medicación vacío).
- Asegurar los criterios para el manejo urgente del dispositivo, incluida la posible interrupción de la infusión de medicación.
- Elaborar un plan de etiquetado y almacenamiento del dispositivo cuando se suspenda o se prescriba una interrupción temporal.
- Monitorizar el estado psicológico, la conducta de autocuidado, la educación y la formación antes y durante el uso del dispositivo.
- Asegurar el mantenimiento de la monitorización fisiológica básica (p. ej., patrones respiratorios, valores de azúcar en sangre, velocidad de infusión de insulina, dieta, ejercicio), en función del tipo de medicación administrada.
- Examinar regularmente el lugar de inserción para detectar enrojecimiento, dolor, signos de infección o signos de lipodistrofia, asegurando la rotación del lugar según esté indicado.
- Asegurar la rotación del sitio cada 2 o 3 días.
- Ayudar a ajustar la infusión de la bomba, según esté indicado.
- Ayudar con los ajustes de la ubicación de la bomba según esté indicado (p. ej., retirada para actividades como bañarse, nadar, deportes de contacto).
- Proporcionar motivación, educación y apoyo continuos según esté indicado, en particular a los niños y adolescentes en edad escolar.
- Garantizar el acceso al fabricante del dispositivo y a la información de contacto.
- Instruir en el acceso a los datos del dispositivo (p. ej., dosis, tiempo de infusión, valores sanguíneos).
- Obtener suministros relacionados con la marca de la bomba (p. ej., tubos, agujas, banda para el brazo, pilas).
- Realizar el mantenimiento de la bomba en el plazo requerido.
- Asegurarse de que los requisitos de supervisión y las evaluaciones de las mejores prácticas sean coherentes con las políticas institucionales.
- Asegurarse de que la documentación incluya el dispositivo utilizado, la medicación administrada, el método de manejo del dispositivo y los requisitos de supervisión según las políticas de documentación institucionales.
- Proporcionar información de contacto de la enfermera para cuestiones posteriores al alta.
- Indicar que lleve la identificación de la información del dispositivo.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Bostelman, C. (2019). 5-Fluorouracil infiltrations and ambulatory pumps: Education, prevention, and management considerations. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 23*(5), 537-539. https://doi.org/10.1188/19.CJON.537-539.

Cinar, A. (2019). Automated insulin delivery algorithms. *Diabetes Spectrum, 32*(3), 209-214. https://doi.org/10.2337/ds18-0100.

Collard, S. S., Regmi, P. R., Hood, K. K., Laffel, L., Weissberg, B. J., Naranjo, D., & Barnard, K. K. (2020). Exercising with an automated insulin delivery system: Qualitative insight into the hopes and expectations of people with type 1 diabetes. *Practical Diabetes, 37*(1), 19-23. https://doi.org/10.1002/pdi.2255.

Grissinger, M. (2018). Ambulatory pump safety: Managing home infusion patients admitted to the emergency department and hospital. *Pharmacy & Therapeutics, 43*(8), 450-545.

Heile, M., Hollstegge, B., Broxterman, L., Cai, A., & Close, K. (2020). Automated insulin delivery: Easy enough to use in primary care? *Clinical Diabetes*, 474-485. https://doi.org/10.2337/cd20-0050.

Latham, J. (2019). The artificial pancreas: What school nurses need to know. *NASN School Nurse, 34*(2), 86-89. https://doi.org/10.1177/1942602X18804491.

Paparella, S. F. (2018). Ambulatory infusion pumps: Coming to an Emergency Department near you. *Journal of Emergency Nursing, 44*(5), 517-519.

Ramkissoon, C., Herrero, P., Bondia, J., & Vehi, J. (2018). Unannounced meals in the artificial pancreas: Detection using continuous glucose monitoring. *Sensors, 18*(3), E884. https://doi.org/10.3390/s18030884.

Turksoy, K., Frantz, N., Quinn, L., Dumin, M., Kilkus, J., Hibner, B., Cinar, A., & Littlejohn, E. (2017). Automated insulin delivery: The light at the end of the tunnel. *Journal of Pediatrics, 186*, 17-28. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.0055.

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, lactantes 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. Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins. 947-988.

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* (pp. 1386-1410). Saunders Elsevier.

Kaiser, L., & Allen, L. H. (2008). American Dietetic Association, 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.). Government Printing Office.

M

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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

1.ª edición 1992; revisada en 2008 y 2013

Bibliografía:

American Association of Critical Care Nurses. (2006). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). Saunders.

Boucher, M. (2010). Family witnessed resuscitation. *Emergency Nurse, 18*(5), 10-14.

Carlson, K. (Ed.). (2009). *AACN Advanced critical care nursing*. Saunders Elsevier.

Field, J., Hazinski, M., Sayre, M., Chameides, L., Schexnayder, S., Hemphill, R., Samson, R. A., Kattwinkel, J., Berg, R. A., Bhanji, F., Cave, D. M., Jauch, E. C., Kudenchuk, P. J., Neumar, R. W., Peberdy, M. A., Perlman, J. M., Sinz, E., Travers, A. H., berg, M. D., Billi, J. E., & 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*. American Heart Association.

Urden, L., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2010). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (6th ed.). Mosby Elsevier.

Wiegand, D. (Ed.). (2011). *AACN procedure manual for critical care* (6th ed.). Elsevier Saunders.

Manejo de la quimioterapia 2240

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 la 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 autoexplorarse 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 tratamientos químicos del cabello cuando se recibe tratamiento.
- Informar al paciente que es previsible una caída del cabello, debido al tipo de tratamiento utilizado.
- Ayudar al paciente a planificar la caída de pelo, según corresponda, enseñándole las alternativas disponibles, como pelucas, pañuelos, sombreros o turbantes.
- Enseñar al paciente a lavarse y peinarse el pelo suavemente y a dormir sobre una funda de seda para la almohada con el fin de prevenir una mayor caída del pelo, según corresponda.
- Tranquilizar al paciente explicándole que el pelo volverá a crecer una vez finalizado el tratamiento, según corresponda.
- Enseñar al paciente y a la familia a monitorizar la toxicidad de órganos, según lo determine el tipo de tratamiento utilizado.
- Comentar los posibles aspectos de la disfunción sexual, según corresponda.
- Enseñar las consecuencias del tratamiento sobre la función sexual, incluida la duración del uso de los anticonceptivos, según corresponda.
- Monitorizar el nivel de fatiga pidiendo 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 manejar la fatiga con la planificación de períodos de descanso frecuentes, distanciar las actividades y limitar las demandas diarias, según corresponda.
- Facilitar la expresión de los miedos sobre el pronóstico o el éxito de los tratamientos.

- Proporcionar información concreta 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 pacientes que sobreviven a largo plazo y a sus familias sobre la posibilidad de neoplasias malignas secundarias y sobre la importancia de notificar cualquier aumento de susceptibilidad a infecciones, fatiga o hemorragias.
- Seguir las normas recomendadas para que la manipulación de fármacos antineoplásicos parenterales durante la preparación y 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 study examining energy conservation for cancer treatment-related fatigue. *Cancer Nursing, 25*(5), 333-341.

Brant, J. M., & Wickham, R. S. (Eds.). (2004). *Statement on the scope and standards of oncology nursing practice.* Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society.

Brown, K., Esper, P., Kelleher, L., O'Neill, J., Polovich, M., & White, J. (Eds.). (2001). *Chemotherapy and biotherapy guidelines and recommendations for practice.* Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society.

LeMone, P., & Burke, K. M. (2000). *Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care* (2nd ed.). Prentice Hall. 338-344.

Nail, L. M. (2002). Fatigue in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum, 29*(3), 537-546.

Oncology Nursing Society. (2005). In J. K. Itano & K. Taoka (Eds.), *Core curriculum for oncology nursing* (4th ed.). Elsevier Saunders.

Wegenka, M. H. (1999). Chemotherapy management. In G. Bulechek, & J. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Effective nursing treatments* (pp. 285-296). W. B. Saunders.

Yarbro, C. H., Frogge, M. H., & Goodman, M. (2005). *Cancer nursing: Principles and practice* (6th ed.). Jones & Bartlett.

Manejo de la radioterapia 6600

Definición: Ayuda al paciente para que comprenda y minimice los efectos secundarios de un tratamiento con radiación.

M

Actividades:

- Monitorizar los exámenes previos al tratamiento en pacientes con riesgo de efectos secundarios de inicio más temprano, duración más prolongada y más molestos.
- Favorecer actividades para modificar los factores de riesgo identificados.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar si se producen alteraciones en la integridad de la piel y tratarlas adecuadamente.
- Evitar el uso de esparadrapos 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.
- Indicar al paciente que lave y peine el cabello suavemente y que duerma 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.
- Monitorizar si hay indicios de infección de las mucosas orales.
- Fomentar una buena higiene oral 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 oral, como uso de saliva artificial, aerosoles orales no alcohólicos, estimulantes de la saliva, y consumo de caramelos sin azúcar y tratamientos con flúor, según corresponda.
- Enseñar al paciente a autoexplorarse la cavidad oral, 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.
- Monitorizar 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).
- Monitorizar 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.
- Monitorizar si hay signos y síntomas de infección sistémica, anemia y hemorragia.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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/protector 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.

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.). 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.). Jones and Bartlett.

Manejo de la sedación 2260

Definición: Provisión del apoyo psicológico necesario durante la administración de sedación.

Actividades:

- Revisar el historial 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 sobre cualquier experiencia anterior con la sedación consciente.
- Comprobar si existen alergias a fármacos.
- Determinar la última ingesta de alimentos y líquido.
- Revisar los medicamentos y comprobar la ausencia de contraindicaciones para la sedación.
- Instruir sobre los efectos de la sedación.
- Revisar el consentimiento informado escrito.
- Evaluar el nivel de consciencia del paciente y los reflejos protectores antes de proceder con la sedación.
- Determinar los signos vitales basales, la saturación de oxígeno, el ECG, la talla y el 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 la prescripción del profesional sanitario o el protocolo, ajustándola con cuidado según la respuesta del paciente.
- Monitorizar el nivel de consciencia, la vía respiratoria, los signos vitales, la saturación de oxígeno, el CO_2 espiratorio final y el ECG durante el procedimiento, según los protocolos del centro.
- Monitorizar si se producen efectos adversos como consecuencia de la medicación tras su administración (p. ej., agitación, depresión respiratoria, hipotensión, somnolencia indebida, hipoxemia, arritmias, apnea o exacerbación de una afección preexistente.
- Utilizar una escala de sedación para determinar el nivel de consciencia (p. ej., escala de Ramsay).
- Asegurar la disponibilidad de antagonistas y administrarlos, según corresponda, de acuerdo con la prescripción del profesional sanitario o el protocolo.
- Determinar si cumple con los criterios de alta (p. ej., escala de Aldrete).
- Documentar las acciones y la respuesta, según las normas del centro.
- Dar el alta o trasladar, según el protocolo del centro.
- Proporcionar instrucciones de alta escritas, según el protocolo del centro.

2.ª edición 1996; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

American Society of Anesthesiologists Task Force on Moderate Procedural Sedation and Analgesia. (2018). Practice guidelines for moderate procedural sedation and analgesia. *Anesthesiology, 128*, 437-479. https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002043.

Croke, L. (2021). Guideline for care of the patient receiving moderate sedation/analgesia. *AORN Journal, 113*(6), P4-P6. https://doi.org/10.1002/aorn.13436.

Czarnecki, M. L., & Turner, H. N. (2018). *Core curriculum for pain management nursing*. Elsevier.

DiNisco, S. M. (2021). *Advanced practice nursing: Essential knowledge for the profession* (4th ed.). Jones & Bartlett.

Mohr, N. M., Stoltze, A., Ahmed, A., Kiscaden, E., & Shane, D. (2018). Using continuous quantitative capnography for emergency department procedural sedation: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *Internal & Emergency Medicine, 13*(1), 75-85. https://doi.org/10.1007/s11739-016-1587-3.

Schick, L., & Windle (2017). *Perianesthesia nursing core curriculum* (4th ed.). American Society of Perianesthesia Nurses.

Manejo de la sensibilidad periférica alterada 2660

Definición: Prevenir o minimizar lesiones o molestias en pacientes con alteraciones de la sensibilidad.

Actividades:

- Monitorizar la discriminación afilado/romo o calor/frío.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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.). W.B. Saunders.

Barker, E. (2008). *Neuroscience nursing: A spectrum of care* (3rd ed.). 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.). 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.). American Association of Neuroscience Nurses. 5-38.

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*. 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* (pp. 431-458). Springer.

M

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Manejo de la tecnología 7880

Definición: Manejo del equipo y los dispositivos tecnológicos para el cuidado de la salud con el fin de prestar cuidados o mantener la vida.

Actividades:

- Determinar las razones para el uso del equipo con el profesional sanitario.
- Garantizar que se obtienen los permisos y autorizaciones adecuados para la recogida de datos, cuando esté indicado.
- Informar de cualquier riesgo derivado de los equipos utilizados, según sea necesario.
- Garantizar que el equipo recomendado cuente con las funciones adecuadas de apoyo a la toma de decisiones.
- Cambiar o reemplazar el equipo, según el protocolo.
- Mantener el equipo en buenas condiciones de funcionamiento.
- Arreglar o reemplazar 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 de soporte vital en tomas eléctricas conectadas a una fuente de alimentación de emergencia.
- Disponer la comprobación de los equipos por medio de bioingeniería con un calendario de mantenimiento rutinario, según proceda.
- Recargar las baterías del equipo de cuidados portátil.
- 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 o dispositivos.
- Utilizar los datos para la reevaluación.
- Verificar la introducción de datos desde los dispositivos biomédicos a la historia clínica electrónica.
- Mostrar resúmenes clínicos y análisis de tendencias de los datos pertinentes.
- Evaluar manualmente el estado cuando los datos derivados de la máquina entren en conflicto con la percepción que tiene la enfermera.
- Colocar el equipo de la cabecera de forma estratégica para facilitar el acceso y evitar caídas de los tubos y cables.
- Conocer el equipo y dominar su uso.
- Enseñar a la persona y a la familia a manejar el equipo, según corresponda.
- Explicar a la persona y a la familia los resultados esperados 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 la persona conectada al equipo de soporte vital.
- Facilitar la interacción entre la familia y la persona que recibe terapia de soporte vital.
- Vigilar el efecto que tiene la utilización del equipo sobre el funcionamiento fisiológico, psicológico y social de la persona y la familia.
- Comprobar la eficacia de la tecnología en los resultados.

1.ª edición 1992; revisada en 2013 y 2024

Bibliografía:

Ben Hassen, D. (2020). Mobile-aided diagnosis systems are the future of health care. *Eastern Mediterranean Health Journal, 26*(9), 1135-1141.

Borum, C. (2018). Barriers for hospital-based nurse practitioners utilizing clinical decision support systems. *CIN: Computers Informatics Nursing, 36*(4), 177-182.

Chahal, A., & Rudnick, A. (2019). Selecting digital health technologies for validation and piloting by healthcare providers: A decision-making perspective from Ontario. *International Journal of Technology Assessment in Health Care, 35*, 1-4. https://doi.org/10.1017/S0266462318003720.

Esmaeilzadeh, P. (2020). Use of AI-based tools for healthcare purposes: A survey study from consumers' perspectives. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 20*, 170-189.

Genies, M. C., Biondi, E. A., & Berenholtz, S. M. (2019). Leveraging health information technology in the quest to improve health care value. *Quality Management in Health Care, 28*(1), 63-64.

Shinners, L., Aggar, C., Grace, S., & Smith, S. (2020). Exploring healthcare professionals' understanding and experiences of artificial intelligence technology use in the delivery of healthcare: An integrative review. *Health Informatics Journal, 26*(2), 1225-1236.

Sittig, D. F., Wright, A., Coiera, E., Magrabi, F., Ratwani, R., Bates, D. W., & Singh, H. (2020). Current challenges in health information technology-related patient safety. *Health Informatics Journal, 26*(1), 181-189.

Manejo de la tecnología reproductiva 7886

Definición: Ayuda 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). United Kingdom: Wiley-Blackwell, West Sussex.

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). McGraw-Hill.

Lobo, R. (2012). Infertility. In G. Lentz, R. Lobo, D. Gershenson, & V. Katz (Eds.), *Comprehensive gynecology* (pp. 869-895). Elsevier Mosby.

Wright, P., & Johnson, J. (2008). Infertility. In R. Gibbs, B. Karlan, A. Haney, & I. Nygaard (Eds.), *Danforth's obstetrics and gynecology* (pp. 705-715). 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:

- Explorar los conocimientos y creencias actuales sobre la TEC, incluida la justificación del tratamiento.
- Enseñar sobre el tratamiento cuando sea necesario para aclarar las lagunas de conocimiento.
- Animar a expresar los sentimientos respecto a la posibilidad de tratamiento con TEC.
- Dar apoyo emocional al paciente y/o familiares, según sea necesario.
- Revisar las órdenes de tratamiento y la lista de comprobación completa previa al tratamiento para garantizar la preparación para el tratamiento y la anestesia (p. ej., ayunas, suspensión de medicación).
- Verificar la identidad utilizando al menos dos identificadores personales.
- Asegurarse de que la persona (o el representante legal designado si la persona no está capacitada para dar su consentimiento informado) comprende adecuadamente la TEC cuando se obtiene el consentimiento informado.
- Confirmar que haya una orden por escrito y el consentimiento firmado para la TEC.
- Anotar la altura y el peso en la historia clínica.
- Interrumpir o disminuir las medicaciones contraindicadas para la TEC, según la recomendación.
- Revisar las instrucciones de medicación antes del tratamiento con TEC.
- Informar al profesional sanitario de cualquier anomalía de los resultados analíticos.
- Confirmar que la persona está a dieta absoluta y que se han seguido las instrucciones de las medicaciones.
- Ayudar a vestirse con ropa holgada que pueda abrirse por delante para permitir la colocación del equipo de monitorización.
- Realizar la preparación rutinaria previa al procedimiento (p. ej., retirar la dentadura postiza, joyas, gafas, lentes de contacto; obtener los signos vitales; micción).
- Al preparar la colocación de los electrodos, asegurarse de que lleva el pelo limpio, seco y sin adornos.
- Antes y después del procedimiento en pacientes insulinodependientes, obtener una lectura de glucemia en ayunas.
- Antes y durante el tratamiento, administrar la medicación prescrita.
- Comunicar verbalmente durante la transferencia de la asistencia los signos vitales no habituales, las molestias o los síntomas físicos, y los incidentes inusuales.
- Ayudar 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).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Colocar en la boca un protector dental y apoyar el mentón permitiendo la permeabilidad de las vías aéreas durante la aplicación del estímulo eléctrico.
- Colocar de lado con las barandillas laterales elevadas cuando esté inconsciente.
- Realizar las valoraciones rutinarias tras el procedimiento (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 poscrítica.
- Avisar al anestesista o al profesional sanitario presente si la persona está inestable.
- Observar 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 a volver a la unidad de enfermería o a otra zona de recuperación cuando esté adecuadamente alerta, orientado y físicamente estable.
- Informar del tratamiento y de la respuesta cuando se haga la transición de los cuidados.
- Determinar el nivel de observación que precisa una vez que vuelve a la unidad o a la zona de recuperación.
- Proporcionar el nivel determinado de observación tras el traslado desde el área de tratamiento.
- Establecer precauciones para caídas, si es necesario.
- Observar el primer intento de deambular independientemente para asegurarse de 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 ha recuperado el reflejo nauseoso.
- Monitorizar los posibles efectos secundarios de la TEC (p. ej., dolor muscular, cefalea, náuseas, confusión, desorientación).
- Administrar medicaciones (p. ej., analgésicos, antieméticos), según la prescripción para los efectos secundarios.
- Tratar la desorientación mediante la restricción de estímulos ambientales y reorientando con frecuencia.
- Animar a expresar sus sentimientos respecto a la experiencia.
- Recordar el efecto de amnesia que produce la TEC.
- Proporcionar apoyo emocional, si es necesario.
- Reforzar la enseñanza sobre la TEC, según corresponda.
- Informar a los allegados del estado, según corresponda.
- Dar de alta a la persona ambulante que ha recibido TEC acompañada de un adulto responsable cuando esté recuperada 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, si es necesario.
- Documentar la preparación previa al tratamiento, los detalles del procedimiento, el tratamiento y las respuestas.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

American Psychiatric Nurses Association. (2014). *Scope and standards of psychiatric-mental health nursing*. (2nd ed.).

American Psychological Association. (2020). *Electroconvulsive therapy as an essential procedure*.

da Silva Guimarães, J. C., Dos Santos, B. L., de Souza Aperibense, P. G. G., Martins, G. D. C. S., de Almeida Peres, M. A., & Santos, T. C. F. (2018). Electroconvulsive therapy: Historical construction of nursing care (1989-2002). *Revista Brasileira De Enfermagem, 71*. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0168 2743-2450.

Keltner, N. L., & Steele, D. (2019). *Psychiatric nursing* (8th ed.). Elsevier.

Livingston, R., Wu, C., Mu, K., & Coffey, M. J. (2018). Regulation of electroconvulsive therapy: A systematic review of U.S. State laws. *Journal of ECT, 34*(1), 60-68.

Rebar, C. R., Gersch, C., & Heimgartner, N. M. (2020). *Psychiatric nursing made incredibly easy* (3rd ed.). Wolters Kluwer.

Varcarolis, E. M., & Fosbre, C. D (2021). *Essentials of psychiatric-mental health nursing* (4th ed.). Elsevier.

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 cardíaca, 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 los trombolíticos, según el protocolo del centro.
- Administrar trombolíticos según las pautas específicas de administración.
- Administrar medicaciones adicionales, según la 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.). W. B. Saunders.

Emergency Nurses Association. (2000). *Emergency nursing core curriculum* (5th ed.). 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.). Lexi-Comp.

Manejo de la termorregulación 3920

Definición: Alivio de los síntomas y las afecciones relacionados con un aumento de la temperatura corporal debido a una alteración de los mecanismos reguladores del organismo.

Actividades:
- Determinar la causa del aumento de la temperatura corporal (p. ej., poiquilotermia, hipertermia maligna, lesión medular por encima de T6, esfuerzo físico extremo).
- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea y administrar oxígeno refrigerado, según sea necesario.
- Monitorizar los signos vitales y el estado neurológico.
- Suspender cualquier medicación presuntamente causante si se experimenta un síndrome neuroléptico maligno (p. ej., inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS], inhibidores de la monoaminooxidasa [IMAO] o antidepresivos tricíclicos).
- Establecer un acceso intravenoso.
- Interrumpir la actividad física y colocarse en un ambiente más fresco.
- Aflojar o quitar la ropa.
- Aplicar métodos externos de enfriamiento (p. ej., compresas frías en el cuello, el tórax, el abdomen, el cuero cabelludo, las axilas y las ingles; manta de enfriamiento), según proceda.
- Colocar en agua fría, según se tolere, pero evitando provocar escalofríos.
- Evitar el baño de esponja con alcohol.
- Proporcionar solución rehidratante oral (p. ej., bebida deportiva) u otro líquido frío si se tolera.
- No ofrecer alimentos o líquidos por vía oral si hay deterioro neurológico.
- No administrar pastillas de sal.
- Administrar líquidos intravenosos, utilizando soluciones refrigeradas, según proceda.
- Aplicar métodos de enfriamiento interno (p. ej., lavado gástrico, vesical, peritoneal o torácico con hielo), según proceda.
- Administrar los agentes farmacológicos necesarios.
- No administrar ácido acetilsalicílico u otro antipirético si se sospecha daño en los centros normo-termorreguladores (p. ej., hipotálamo).
- Insertar una sonda nasogástrica, según proceda.
- Insertar una sonda urinaria.
- Interrumpir las actividades de enfriamiento cuando la temperatura corporal central alcance los 39 °C.
- Monitorizar las anomalías en el estado mental (p. ej., confusión, conducta extraña, ansiedad, pérdida de coordinación, agitación, convulsiones, coma).
- Monitorizar la temperatura corporal central utilizando un dispositivo adecuado (p. ej., sonda rectal o esofágica).
- Obtener valores de laboratorio para electrólitos séricos, análisis de orina, enzimas cardíacas, enzimas hepáticas, hemocultivos y hemograma completo, y monitorizar los resultados.
- Monitorizar la diuresis.
- Monitorizar la gasometría arterial.
- Monitorizar la hipoglucemia.
- Monitorizar los resultados electrocardiográficos.
- Monitorizar la aparición de complicaciones (p. ej., insuficiencia renal, desequilibrio ácido-base, coagulopatía, edema pulmonar, edema cerebral, síndrome de disfunción multiorgánica).
- Transportar al hospital para tratamiento adicional, si es necesario.
- Informar sobre los factores de riesgo de las enfermedades relacionadas con el calor (p. ej., temperatura ambiental elevada, humedad elevada, deshidratación, esfuerzo físico, obesidad, edad extrema, determinados fármacos, cardiopatías).
- Instruir sobre las medidas para prevenir las enfermedades relacionadas con el calor (p. ej., evitar la sobreexposición al sol; garantizar una ingesta adecuada de alimentos nutritivos y líquidos antes, durante y después de la actividad física; buscar lugares en los que haya aire acondicionado; llevar ropa ligera, de colores claros y holgada).
- Instruir sobre los primeros signos y síntomas de las enfermedades relacionadas con el calor y cuándo solicitar ayuda a un profesional sanitario.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

LaPierre, L., & Mondor, E. E. (2017). The ups and downs of fever: Where are we at with targeted temperature management in the ICU? *Canadian Journal of Critical Care Nursing, 28*(2), 39.

Moreda, M., Beacham, P. S., Reese, A., & Mulkey, M. A. (2021). Increasing the effectiveness of targeted temperature management. *Critical Care Nurse, 41*(5), 59-63. https://doi.org/10.4037/ccn2021637.

Rodway, G. W., & Suether, S. E. (2019). Pain, temperature, sleep, and sensory function. In S. E. Huether, & K. L. McCance (Eds.), *Understanding pathophysiology*. Elsevier.

Schell-Chaple, H. (2018). Fever suppression in patients with infection. *Nursing Critical Care, 13*(5), 6-13. https://doi.org/10.1097/01.CCN.0000534921.93547.1a.

Souza, M. V., Damião, E. B. C., Buchhorn, S. M. M., & Rossato, L. M. (2021). Non-pharmacological fever and hyperthermia management in children: an integrative review. *Acta Paul Enferm, 34*, eAPE00743.

Turan, N., Çulha, Y., Aydın, G. Ö., & Kaya, H. (2020). Persistent fever and nursing care in neurosurgical patients. *Journal of Neurological & Neurosurgical Nursing, 2*, 80-85. https://doi.org/10.15225/PNN.2020.9.2.6.

M

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Manejo de la vacunación 6530

Definición: Facilitación del acceso a la vacunación, provisión de instrucciones, administración y supervisión del estado de vacunación.

Actividades:

- Aplicar un enfoque de equipo para proporcionar a la persona información sobre la vacuna en múltiples puntos de contacto dentro del sistema sanitario.
- Determinar el historial y el estado de inmunización para decidir las necesidades de vacunación apropiadas.
- Identificar las condiciones que aumentan el riesgo de reacciones adversas graves (es decir, reacción anafiláctica a una vacuna anterior, alergia al huevo o a la gelatina).
- Discutir las condiciones que podrían comprometer la capacidad de la vacuna de generar inmunidad.
- Identificar el estado del embarazo y la lactancia.
- Instruir a las mujeres embarazadas sobre las vacunas recomendadas para favorecer la inmunidad del recién nacido tras el parto (p. ej., vacunas contra el tétanos, la tos ferina y la gripe).
- Discutir las recomendaciones de vacunación, incluida la vacunación anual contra la gripe y el tétanos, la difteria y la tos ferina (TDaP), durante el embarazo o la lactancia.
- Proporcionar información sobre las vacunas que no se deben recibir durante el embarazo (p. ej., virus del papiloma humano [VPH], sarampión, parotiditis y rubéola [triple vírica], varicela y algunas vacunas relacionadas con los viajes).
- Comentar que la salud y el bienestar se ven afectados significativamente por las necesidades de vacunación no satisfechas.
- Informar sobre las vacunas recomendadas necesarias para los niños (p. ej., hepatitis B, hepatitis A, rotavirus, difteria, tétanos, tos ferina, gripe, poliomielitis, sarampión, parotiditis, rubéola, meningococo serogrupo A, C, W e Y, meningococo serogrupo B, varicela), la vía de administración de las vacunas, las razones y los beneficios de su uso, las reacciones adversas y los efectos secundarios.
- Informar sobre las edades recomendadas y los calendarios de administración de las vacunas.
- Informar sobre la protección mediante vacunación contra enfermedades que actualmente no exige la ley (p. ej., vacunas contra la gripe, neumococo, herpes zóster, virus del papiloma humano, hepatitis A, hepatitis B, COVID-19).
- Informar sobre las vacunas disponibles en caso de incidencia o exposición especial (p. ej., cólera, gripe, peste, rabia, fiebre exantemática de las Montañas Rocosas, viruela, fiebre tifoidea, tifus, fiebre amarilla, tuberculosis).
- Proporcionar declaraciones informativas sobre vacunas preparadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, que respaldan las vacunas con datos de base científica.
- Proporcionar y actualizar la base de datos de vacunas y el historial médico del individuo para registrar la fecha y el tipo de vacunaciones.
- Asegurar el consentimiento informado para administrar la vacuna.
- Determinar las técnicas de administración adecuadas, incluidas la administración simultánea y las últimas recomendaciones sobre el uso de las vacunas.
- Comprobar la exactitud e integridad del registro de administración de medicación de cada persona antes de administrar cualquier medicamento.
- Seguir las seis normas correctas de la administración de medicamentos, incluyendo la persona, el momento, la vacuna y el diluyente, la dosis, la vía, la aguja, la técnica, el lugar de inyección y la documentación correctos.
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración.
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso).
- Administrar inyecciones a los lactantes en la cara anterolateral de los muslos, simultáneamente cuando se aplique más de una inyección y con la ayuda de personal adicional, según proceda.
- Proporcionar formación sobre las técnicas disponibles para aliviar el dolor durante la administración de la vacuna, incluidas las medidas de confort apropiadas para la edad de los niños.
- Incorporar las técnicas de tratamiento del dolor deseadas para reducir el dolor asociado a la inmunización.
- Observar a la persona durante un período determinado tras la administración de la medicación.
- Documentar la información de vacunación según el protocolo del centro (p. ej., fabricante, número de lote, fecha de caducidad).
- Informar a las familias de las vacunas obligatorias por ley para entrar en preescolar, guardería, secundaria, bachillerato y universidad.
- Programar las vacunaciones a intervalos de tiempo adecuados.
- Determinar el estado de vacunación en cada visita sanitaria (incluyendo las urgencias y los ingresos hospitalarios) y administrar las vacunas necesarias.
- Utilizar ayudas visuales, folletos y recomendaciones de fuentes creíbles sobre la seguridad de la vacunación.
- Proporcionar una comunicación culturalmente sensible y de nivel educativo apropiado sobre los riesgos y beneficios de las vacunas.
- Ofrecer una información breve y concisa.
- Discutir la importancia, la eficacia y la necesidad de las vacunas que requieren múltiples dosis o refuerzos.
- Elaborar un plan de vacunación de seguimiento si la persona tiene múltiples necesidades de vacunación que impidan la doble administración o precauciones temporales.
- Informar sobre los efectos secundarios posvacunales más frecuentes y esperados.
- Asegurar la disponibilidad de la vacuna cuando se imparta la enseñanza, de modo que la vacunación pueda producirse sucesivamente.
- Auditar anualmente los registros de vacunación de las escuelas para comprobar si están completos.
- Instruir sobre cómo mantener las vacunas al día.
- Seguir las directrices de los organismos sanitarios (p. ej., Academia Americana de Pediatría, Academia Americana de Médicos de Familia, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Servicio de Salud Pública) para la administración de vacunas.
- Informar a los viajeros sobre las vacunas apropiadas para viajar a países extranjeros.
- Reconocer que el retraso en la administración de las series vacunales no obliga a reiniciar el programa.
- Discutir los costes asociados a la administración de vacunas, incluidos los recursos locales que proporcionan ayuda para cubrir el coste de las vacunaciones, según proceda.
- Ayudar con la planificación económica para pagar las vacunas (p. ej., cobertura del seguro, clínicas del departamento de sanidad).
- Identificar a los profesionales que participan en programas de vacunación gratuitos.
- Abogar por programas y políticas que proporcionen vacunas gratuitas o asequibles a todos los grupos de población.

M

- Apoyar el registro nacional para seguir el estado de vacunación.
- Documentar la educación sobre las vacunas.
- Documentar el rechazo de las vacunas, según proceda.
- Hacer un seguimiento regular con la persona para anticipar futuras necesidades de vacunas.
- Preparar, informar y responder a las preguntas antes de la vacunación.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Abdullahi, L. H., Kagina, B. M., Ndze, V. N., Hussey, G. D., & Wiysonge, C. S. (2020). Improving vaccination uptake among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*. CD011895 https://doi.org/10.1002/14651858.CD011895.pub2.

American Academy of Pediatrics. (2020). *Immunizations: Vaccine administration*. https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/immunizations/Practice-Management/Pages/Vaccine-Administration.aspx.

American Academy of Pediatrics. (2021). *Administering vaccines: Dose, route, site, and needle size*. https://www.immunize.org/catg.d/p3085.pdf.

Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Catch-up immunizations schedule for persons aged 4 months–18 years who start late or who are more than 1 month behind, United States 2021. https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/catchup.html#table-catchup.

Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Recommended adult immunization schedule for ages 19 years and older*. https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/adult/adult-combined-schedule.pdf.

Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Recommended child and adolescent immunization schedule for ages 18 years or younger*. https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/child/0-18yrs-child-combined-schedule.pdf.

Cwynar, C. M., & Osborne, K. (2019). Immunization-associated pain: Taking research to the bedside. *Journal of Pediatric Health Care, 33*(4), 446-454. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.12.004.

Heavey, E. (2020). Guiding patients to appropriate vaccination during pregnancy. *The Nurse Practitioner, 45*(6), 19-24. https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000666180.07149.f6.

Manejo de la ventilación mecánica: invasiva 3300

M

Definición: Ayudar al paciente a recibir soporte respiratorio artificial a través de un dispositivo insertado en la tráquea.

Actividades:

- Monitorizar las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio (p. ej., fatiga de los músculos respiratorios, disfunción neurológica secundaria a traumatismo, anestesia, sobredosis de drogas, acidosis respiratoria refractaria).
- Monitorizar para detectar insuficiencia respiratoria inminente.
- Consultar con otros profesionales sanitarios para la selección del modo del respirador (modo inicial habitualmente de control de volumen especificando la frecuencia respiratoria, nivel de 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 respirador están conectadas.
- Explicar al paciente y a la familia las razones y las sensaciones esperadas asociadas al uso de respiradores mecánicos.
- Monitorizar de forma rutinaria los ajustes del respirador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado.
- Comprobar regularmente todas las conexiones del respirador.
- Monitorizar si se produce un descenso del volumen espirado y un aumento de la presión inspiratoria.
- Administrar los agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos que sean apropiados.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar los factores que aumentan el trabajo respiratorio del paciente/respirador (obesidad mórbida, embarazo, ascitis masiva, cabecera de la cama bajada, tubo endotraqueal mordido, condensación en los tubos del respirador, filtros obstruidos).
- Monitorizar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria, hipertensión, diaforesis, cambios del estado mental).
- Monitorizar 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 respirador cada 24 horas.
- Utilizar una técnica antiséptica en todos los procedimientos de succión, según corresponda.
- Monitorizar las lecturas de presión del respirador, la sincronía paciente/respirador y el murmullo vesicular del paciente.
- Realizar aspiración, en función de la presencia de sonidos adventicios y/o aumento de las presiones inspiratorias.
- Monitorizar la cantidad, el color y la 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 respirador durante la aspiración para disminuir la frecuencia de falsas alarmas.
- Monitorizar el progreso del paciente con los ajustes de respirador actuales y realizar los cambios apropiados, según la orden médica.
- Monitorizar si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica (p. ej., desviación traqueal, infección, barotraumatismo, volutraumatismo, gasto cardíaco reducido, distensión gástrica, enfisema subcutáneo).
- Monitorizar la lesión de la mucosa oral, 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.
- Favorecer una ingesta adecuada de líquidos y nutricional.
- Favorecer 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 oral de forma rutinaria con gasas blandas húmedas, antiséptico y succión suave.
- Monitorizar los efectos de los cambios del respirador 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 respirador con una justificación de estos.
- Documentar todas las respuestas del paciente al respirador y los cambios del respirador (p. ej., observación del movimiento/auscultación del tórax, cambios radiológicos, cambios en las gasometrías arteriales).
- Monitorizar 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). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). 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* (pp. 531-543). W. B. Saunders.

Manno, M. S. (2005). Managing mechanical ventilation. *Nursing, 35*(12), 36-42. 2005.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). (10th ed.). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (Vol. 1). Lippincott Williams and Wilkins.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management*. (5th ed.). Mosby Elsevier.

Wiegand, D., & Carlson, K. (Eds.). (2005). *AACN procedure manual for critical care* (5th ed.). Elsevier Saunders.

M

Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva 3302

Definición: Ayudar al paciente que recibe soporte respiratorio artificial que no necesita la introducción de un dispositivo en la tráquea.

Actividades:

- Monitorizar las condiciones que indican la idoneidad de un soporte ventilatorio no invasivo (p. ej., agudizaciones de EPOC, asma, edema pulmonar no cardiogénico y cardiogénico, insuficiencia respiratoria aguda por neumonía extrahospitalaria, síndrome de hipoventilación con obesidad, apnea obstructiva del sueño).
- Monitorizar 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 respirador 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 respiradores 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 respirador.
- 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 respirador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado.
- Controlar periódicamente todas las conexiones del respirador.
- Monitorizar si se produce un descenso de volumen exhalado y un aumento de la presión inspiratoria.
- Monitorizar 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 respirador y causar una desaturación de O_2.
- Monitorizar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria, hipertensión, diaforesis, cambios del estado mental).
- Monitorizar 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 respirador cada 24 horas.
- Utilizar una técnica aséptica, según corresponda.
- Monitorizar la sincronía paciente-respirador, así como el murmullo vesicular del paciente.
- Monitorizar la evolución del paciente con los ajustes actuales del respirador y hacer cambios adecuados, según la prescripción.
- Monitorizar los efectos adversos (p. ej., irritación ocular, dehiscencia de la piel, vías respiratorias ocluidas por desplazamiento mandibular con mascarilla, disnea, ansiedad, claustrofobia, distensión gástrica).
- Monitorizar la lesión de la mucosa oral, nasal, traqueal o laríngea.
- Monitorizar la cantidad, el color y la consistencia de las secreciones pulmonares, y documentar los resultados periódicamente.
- Colaborar rutinariamente con el médico y el fisioterapeuta respiratorio para coordinar los cuidados y ayudar al paciente a tolerar el tratamiento.
- Realizar fisioterapia torácica, según sea apropiado.
- Favorecer la ingesta adecuada de líquidos y nutricional.
- Favorecer las evaluaciones rutinarias para los criterios de destete (p. ej., resolución del trastorno que promovió la ventilación, capacidad de mantener un esfuerzo respiratorio adecuado).
- Proporcionar los cuidados orales de rutina con gasas blandas húmedas, antiséptico y succión suave.
- Documentar todos los cambios de ajustes del respirador con una justificación de estos.
- Documentar todas las respuestas del paciente al respirador y los cambios del respirador (p. ej., observación del movimiento/auscultación del tórax, cambios radiológicos, cambios en las gasometrías arteriales).
- 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.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). 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* (pp. 531-543). W. B. Saunders.

Manno, M. S. (2005). Managing mechanical ventilation. *Nursing 2005, 35*(12), 36-42.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams and Wilkins.

Stoltzfus, S. (2006). The role of noninvasive mechanical ventilation: CPAP and BiPAP in the treatment of congestive heart failure. *Dimensions of Critical Care Nursing, 25*(2), 66-70.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management* (5th ed.). Mosby Elsevier.

Wiegand, D., & Carlson, K. (Eds.). (2005). *AACN procedure manual for critical care* (5th ed.). Elsevier Saunders.

M

Manejo de la ventilación mecánica: prevención de la neumonía 3304

Definición: Cuidados de un paciente con riesgo de desarrollar una neumonía asociada al respirador.

Actividades:

- Lavarse las manos antes y después de los cuidados del paciente, sobre todo después de vaciar los líquidos del circuito del respirador.
- Usar guantes y equipo/ropa de protección para el cuidado oral y cambiar los guantes para evitar la contaminación cruzada durante la higiene oral.
- Monitorizar la cavidad oral, los labios, la lengua, la mucosa del vestíbulo oral 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 oral 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 oral 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.
- Consultar 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 grados, 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Mantener una presión del balón del tubo ET de al menos 20 cmH_2O.
- Monitorizar 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 respirador 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:

- Determinar si la respiración está ausente o es inadecuada.
- Determinar si es necesaria la inserción de una vía aérea.
- Realizar la higiene de manos y utilizar equipo de protección individual (EPI) (p. ej., guantes, gafas protectoras, mascarilla, pantalla facial), según corresponda.
- Administrar respiraciones de rescate utilizando el equipo disponible (p. ej., máscara de RCP con válvula unidireccional, máscara con bolsa) si no hay respiraciones.
- Determinar la causa del problema de permeabilidad de la vía aérea (p. ej., parada cardíaca, sobredosis de drogas, obstrucción de la vía aérea superior, traumatismo, enfermedad pulmonar, insuficiencia cardíaca congestiva).
- Abrir la vía aérea mediante la técnica de elevación de barbilla o pulsión mandibular, según corresponda.
- Extraer cuerpos extraños de la vía aérea, si se ven.
- Asegurarse de que la máscara tenga un sello adecuado.
- Asegurarse de que el volumen de las respiraciones de rescate se asocie a ascenso del tórax.
- Administrar naloxona intramuscular o intranasal a las personas de las que se sepa o se sospeche que presentan parada respiratoria inducida por una sobredosis de opioides, según corresponda.
- Insertar un dispositivo de vía aérea artificial (p. ej., oral, nasofaríngeo, traqueal), según corresponda.
- Colocar para maximizar el potencial de ventilación (es decir, posición para aliviar la disnea).
- Auscultar los ruidos respiratorios, reseñando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios.
- Extraer las secreciones por métodos adecuados (p. ej., tos; aspiración de las áreas orofaríngea, nasofaríngea, traqueal, endotraqueal).
- Realizar fisioterapia torácica, si está indicado.
- Fomentar una respiración lenta y profunda, girándose y tosiendo.
- Utilizar técnicas adecuadas para la edad e interactivas para estimular la respiración profunda en los niños (hacer pompas de jabón; inflar globos y matasuegras; hacer un concurso soplando pelotas de pimpón, plumas, etc.).
- Enseñar a toser de manera efectiva.
- Ayudar a la persona con la espirometría incentivada, según corresponda.
- Administrar broncodilatadores u otros tratamientos mediante aerosol o nebulizador ultrasónico, según la prescripción.
- Enseñar a la persona a utilizar los tratamientos respiratorios prescritos, según corresponda.
- Administrar aire u oxígeno humidificados, según corresponda.
- Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio hídrico.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Burns, S. M., & Delgado, S. A. (2019). *AACN essentials of critical care nursing.* McGraw Hill Education.

Hartjes, T. M. (2017). *Core curriculum for high acuity, progressive and critical care nursing. American Association of Critical Care Nursing.* Elsevier.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W., & Laplante, N. (2021). *Clinical nursing skills and techniques* (10th ed.). Elsevier.

Sole, M. L., Klein, D. G., & Moseley, M. J. (2021). *Introduction to critical care nursing* (8th ed.). Elsevier.

Manejo de la vía aérea artificial 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 endotraqueal 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 grados 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* (pp. 63-70). Elsevier Saunders.

Evans-Smith, P. (2005). *Taylor's clinical nursing skills: A nursing process approach*. 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* (pp. 71-86). 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 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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar los 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.
- Ayudar en el autocuidado, 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). Lippincott Williams & Wilkins.

Fortinash, K., & Worret, P. (2012). Schizophrenia and other psychotic disorders. In *Psychiatric mental health nursing* (5th ed., pp. 259-299). Mosby Elsevier.

Moller, M. (2009). Neurobiological responses and schizophrenia and psychotic disorders. In G. W. Stuart (Ed.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (pp. 334-368). Mosby Elsevier.

Varcarolis, E. M. (2006). Schizophrenia and other psychotic disorders. In *Manual of psychiatric nursing care plans* (3rd ed., pp. 232-237). 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 poscrítico.

Actividades:

- Mantener la vía aérea.
- Poner en decúbito lateral.
- Guiar los movimientos para evitar lesiones.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar el estado neurológico.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar los niveles de fármacos antiepilépticos, si es el caso.
- Comprobar la duración y características del período poscrítico.

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.).

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* (pp. 873-918). Lippincott Williams & Wilkins.

French, J., Kanner, A., Bautista, J., Abou-Kalil, B., Browne, T., Harden, C., Theodore, W. H., Bazil, C., Stern, J., Schachter, S. C., Bergen, D., Hirtz, D., Montouris, D., Nespeca, M., Gidal, B., Marks, W. J., Turk, W. R., Fischer, J. H., Bourgeois, B., Wilner, A., & Glauser, T. A. (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). Lippincott Williams & Wilkins.

Manejo de las ideas delirantes 6450

Definición: Favorecimiento del confort, la seguridad y la orientación de la realidad en un paciente que experimenta creencias falsas y 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 y supervisión para monitorizar al paciente.
- Tranquilizar al paciente sobre la seguridad.
- Proporcionar confort 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 secundarios y los efectos terapéuticos deseados derivados del medicamento.
- Informar a la familia y seres queridos sobre la manera de tratar con el paciente que experimenta ideas delirantes.
- Informar sobre la enfermedad al paciente y allegados, si las ideas delirantes se deben a una enfermedad (delirio, esquizofrenia o depresión).

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Fortinash, K., & Worret, P. (2012). *Psychiatric mental health nursing* (5th ed.). Mosby Elsevier.

Kneisl, C., & Trigoboff, E. (2012). *Contemporary psychiatric-mental health nursing* (3rd ed.). Prentice Hall.

Mohr, W. K. (2012). *Psychiatric-mental health nursing: Evidence-based concepts, skills, and practices* (8th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing*. Elsevier Mosby.

Manejo de las náuseas 1450

Definición: Prevención y alivio de las náuseas.

Actividades:

- Determinar la rama de la vía emética implicada (p. ej., sistema vestibular, zona gatillo quimiorreceptora).
- Valorar la gravedad y la intensidad de los síntomas utilizando una herramienta de valoración o una escala (p. ej., diario de autocuidado, escala analógica visual, Escalas Descriptivas de Duke, Índice de Rhodes de Náuseas y Vómitos, Control de náuseas y vómitos de la NOC).
- Evaluar los factores precipitantes y atenuantes (p. ej., movimiento, alimentos, líquidos, hambre, olores), y las características (p. ej., duración, frecuencia).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Observar si hay manifestaciones no verbales de malestar, 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, marearse en el coche, medicación, anestesia).
- Obtener los antecedentes preterapéuticos completos.
- Obtener los antecedentes dietéticos donde consten los alimentos que más agradan, los que no le gustan y las preferencias culturales al respecto.
- Administrar antieméticos eficaces para prevenir las náuseas siempre que sea posible (es decir, evitar las náuseas relacionadas con el embarazo).
- Administrar medicación, teniendo en cuenta que pueden ser necesarios dos o más antieméticos para lograr un control adecuado de los síntomas, dependiendo de la causa.
- Prescribir medicación específica para la etiología de las náuseas (es decir, los antieméticos varían en sus mecanismos de acción, dependen de la causa y del receptor implicado).
- Controlar los factores ambientales que puedan evocar náuseas (p. ej., malos olores, sonido, estimulación visual desagradable).
- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (p. ej., ansiedad, miedo, fatiga, desconocimiento).
- Identificar estrategias que hayan tenido éxito en el alivio de las náuseas.
- Emplear un abordaje multimodal que incorpore métodos de manejo farmacológicos y no farmacológicos.
- Colaborar con la persona a la hora de elegir la estrategia para controlar las náuseas.
- Tener en cuenta la influencia cultural sobre la respuesta de las náuseas cuando se realizan intervenciones.
- Animar a ser persistente con los profesionales sanitarios para obtener un alivio farmacológico y no farmacológico.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (p. ej., biorretroalimentación, hipnosis, relajación, imaginación simple dirigida, musicoterapia, distracción, acupresión) para controlar las náuseas.
- Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas antes, durante y después de los tratamientos; antes de que se produzcan o aumenten las náuseas; y junto con otras medidas de control de estas.
- Informar a otros profesionales sanitarios y a los miembros de la familia de cualquier estrategia no farmacológica que esté utilizando.
- Favorecer el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas.
- Utilizar una higiene oral frecuente para fomentar la comodidad, a menos que eso estimule las náuseas.
- Animar a que se ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas, si no está contraindicado.
- Enseñar a realizar una alimentación rica en hidratos de carbono y pobre en lípidos, según proceda.
- Administrar una dieta con alimentos líquidos fríos, transparentes, inodoros e incoloros, según proceda.
- Monitorizar el contenido nutricional y las calorías en el registro de entradas.
- Evaluar el efecto de la experiencia de las náuseas sobre la calidad de vida (p. ej., apetito, actividad, rendimiento laboral, responsabilidad de roles, sueño).
- Proporcionar información acerca de las náuseas (p. ej., causas y duración).
- Proporcionar apoyo emocional.
- Animar a aprender estrategias para controlar las propias náuseas.
- Proporcionar medidas preventivas contra las náuseas, si está indicado.
- Monitorizar los efectos del tratamiento de las náuseas.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Dilek, B., & Necmiye, C. (2020). Usage of aromatherapy in symptom management in cancer patients: A systematic review. *International Journal of Caring Sciences, 13*(1), 537-546.

Ford, C., & Park, L. (2020). Assessing and managing nausea and vomiting in adults. *British Journal of Nursing, 29*(11), 602-605.

Momami, T., & Berry, D. (2017). Integrative therapeutic approaches for the management and control of nausea in children undergoing cancer treatment: A systematic review of literature. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 34*(3), 173-184.

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes*. Elsevier.

Walsh, D., Davis, M., Ripamonti, C., Bruera, E., Davies, A., & Molassiotis, A. (2017). 2016 Updated MASCC/ESMO consensus recommendations: Management of nausea and vomiting in advanced cancer. *(Systematic Review). Supportive Care in Cancer, 25*, 333-340.

Zorba, P., & Ozdemir, L. (2018). The preliminary effects of massage and inhalation aromatherapy on chemotherapy-induced acute nausea and vomiting: A quasi-randomized controlled pilot trial. *Cancer Nursing, 41*(5), 359-366.

Manejo de líquidos 4120

Definición: Favorecimiento del equilibrio hídrico y prevención de las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.

Actividades:

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

- Monitorizar los indicios de sobrecarga/retención de líquidos (p. ej., crepitantes, elevación de la PVC o de la presión enclavamiento capilar pulmonar, edema, distensión de venas del cuello y ascitis), según corresponda.
- Monitorizar los indicios de deshidratación (p. ej., sequedad de las mucosas, pulso periférico débil, venas del cuello o de las manos planas, disminución de la diuresis, mareos, síncope).
- Monitorizar el peso.
- Monitorizar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera.
- Monitorizar la ingesta de alimentos y líquidos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda.
- Administrar terapia i.v. a temperatura ambiental, según la prescripción.
- Monitorizar el estado nutricional.
- Administrar los diuréticos y los medicamentos reguladores de los líquidos (p. ej., aldosterona, electrólitos, albúmina) prescritos, según corresponda.
- 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.
- Administrar líquidos que respeten las restricciones dietéticas prescritas (p. ej., sin azúcar, bajos en sodio, espesados).
- Instruir 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 con las comidas, según corresponda.
- Restringir la ingesta incontrolada de agua en presencia de hiponatremia dilucional con un nivel sérico de Na por debajo a 130 mEq/l.
- Monitorizar la respuesta a la terapia de electrólitos prescrita.
- Consultar con el profesional sanitario, si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran.
- Organizar la disponibilidad de hemoderivados para transfusión, si fuera necesario.
- Preparar al paciente para la administración de hemoderivados (comprobar la sangre con la identificación del paciente y preparar el equipo de transfusión), según corresponda.
- Administrar hemoderivados (plaquetas, plasma fresco congelado), según corresponda.
- Monitorizar la respuesta a las terapias al menos cada 2 horas.
- Dar instrucciones sobre la ingesta o restricción de líquidos, los medicamentos que influyen en el equilibrio hídrico y la ingesta dietética para mantener un equilibrio hídrico adecuado.
- Dar instrucciones sobre los signos y síntomas de los desequilibrios hídricos.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Hockenberry, M. J., Rodgers, C. C., & Wilson, D. (2022). *Wong's essentials of pediatric nursing* (11th ed.). Elsevier.

Jett, K., & Touhy, T. A. (2020). *Toward healthy aging* (10th ed.). Elsevier.

Kear, T. M. (2017). Fluid and electrolyte management across the age continuum. *Nephrology Nursing Journal, 44*(6), 491-496.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2020). *Clinical nursing skills and techniques* (5th ed.). Mosby.

Roumelioti, M. E., Glew, R. H., Khitan, Z. J., Rondon-Berrios, H., Argyropoulos, C. P., Malhotra, D., Raj, D. S., Agaba, E. I., Rohrscheib, M., Murata, G. H., Shapiro, J. I., & Tzamaloukas, A. H. (2018). Fluid balance concepts in medicine: Principles and practice. *World Journal of Nephrology, 7*(1), 1-28.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

Workman, M. L. (2021). Concepts of fluid and electrolyte balance. In D. D. Ignatavicius, M. L. Workman, C. R. Rebar, & N. M. Heimgartner (Eds.), *Medical-surgical nursing: Concepts for interprofessional collaborative care*. Elsevier.

M

Manejo de líquidos/electrólitos 2080

Definición: Regulación y prevención de las complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrólitos.

Actividades:

- Monitorizar los niveles de electrólitos en suero anormales, si existe disponibilidad.
- Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardíaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o de la deshidratación (p. ej., crepitantes en la auscultación pulmonar, poliuria/oliguria, cambios conductuales, crisis comiciales, saliva espumosa o espesa, ojos edematosos/hundidos, respiración rápida y superficial).
- Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrólitos alterados (hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio), según corresponda.
- Pesar a diario y valorar la evolución.
- Administrar líquidos, si está indicado.
- Favorecer la ingesta oral (proporcionar líquidos orales según preferencias del paciente, colocarlos a su alcance, proporcionar una pajita para beber y agua fresca), si resulta oportuno.
- Reponer líquidos por vía nasogástrica, si está prescrito, en función de las salidas, según corresponda.
- Irrigar las sondas nasogástricas con suero salino fisiológico, según las normas del centro y como esté indicado.
- Proporcionar agua libre con la alimentación por sonda, según las normas del centro y como esté indicado.
- Administrar fibra según la prescripción al paciente alimentado por sonda para reducir la pérdida de líquidos y electrólitos causada por la diarrea.
- Minimizar el número de fragmentos de hielo consumidos o la cantidad de ingesta oral en pacientes con sondas gástricas 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.
- Monitorizar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos (hematocrito, BUN, albúmina, proteínas totales, osmolalidad sérica y gravedad específica de la orina).
- Monitorizar 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).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP y PECP, según disponibilidad.
- Llevar un registro preciso de entradas y salidas.
- Monitorizar los 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.
- Monitorizar los signos vitales, según corresponda.
- Corregir la deshidratación preoperatoria, si es el caso.
- Monitorizar la respuesta del paciente a la terapia de electrólitos prescrita.
- Monitorizar las 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.
- Monitorizar los efectos secundarios (p. ej., náuseas, vómitos, diarrea) del suplemento de electrólitos prescrito.
- Explorar las mucosas del vestíbulo oral, 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).
- Favorecer 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* (pp. 466-521). 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 trastornos de la alimentación 1030

Definición: Prevención y tratamiento de restricciones severas en la dieta, los atracones y la purga de alimentos y líquidos, y el ejercicio excesivo.

Actividades:

- Determinar el estado de salud, los sistemas de apoyo y los objetivos del tratamiento.
- Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados para desarrollar un plan de tratamiento; implicar a la persona y/o allegados, según corresponda.
- Hablar con la persona y con el equipo para establecer un peso adecuado como objetivo, si no está dentro del rango de peso recomendado para la edad y estructura corporal.
- Establecer la cantidad de ganancia de peso diario que se desee.
- Hablar con el dietista para determinar la ingesta calórica diaria necesaria para conseguir y/o mantener el peso marcado como objetivo.
- Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición, según sea necesario.
- Animar a comentar las preferencias alimentarias con el dietista.
- Respetar, en lo posible, las opciones sobre el estilo de alimentación (p. ej., vegetariano, vegano, pollotariano).
- Desarrollar una relación de apoyo.
- Realizar regularmente comentarios y acciones que generen esperanza para alentar los esfuerzos hacia la recuperación.
- Vigilar los parámetros fisiológicos (p. ej., signos vitales y niveles de electrólitos) que sean necesarios.
- Pesar diariamente (a la misma hora del día y después de evacuar).
- Intentar controlar las variables que pueden alterar el peso (p. ej., ropa diferente, objetos ocultos dentro de la ropa).
- Monitorizar la ingesta y eliminación de líquidos, según corresponda.
- Monitorizar la ingesta diaria de alimento calórico.
- Fomentar la automonitorización de la ingesta diaria de alimentos, la ganancia de peso y el mantenimiento del peso, según corresponda.
- Monitorizar para detectar conductas suicidas o autolesivas.

- Establecer expectativas sobre conductas adecuadas (p. ej., ingesta de comida y líquidos, cantidad de actividad física).
- Establecer un acuerdo conductual para conseguir conductas de ganancia o mantenimiento de peso deseadas.
- Restringir la disponibilidad de comida, establecer comidas programadas, servidas de antemano y tentempiés.
- Observar durante y después de las comidas o los tentempiés para asegurar que se consigue y mantiene la ingesta adecuada.
- Acompañar al servicio durante los momentos de observación establecidos después de las comidas o tentempiés.
- Limitar el tiempo que pasa en el servicio en los períodos en que no hay observación.
- Monitorizar las conductas 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 incorpora nuevas conductas de alimentación, cambia su imagen corporal y su estilo de vida.
- Animar a que lleve anotaciones diarias en las que registre sus sentimientos y 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 a la persona y a los allegados a examinar y resolver cuestiones personales que puedan contribuir a los trastornos de alimentación, según sea necesario.
- Ayudar a desarrollar la autoestima compatible con un peso corporal sano.
- Consultar con el equipo asistencial acerca del progreso.
- Iniciar la fase de mantenimiento del tratamiento cuando haya conseguido el peso marcado como objetivo y haya mostrado fehacientemente conductas de alimentación deseadas durante el tiempo establecido.
- Monitorizar el peso 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 en la persona, según corresponda.
- Proporcionar apoyo y orientación, si se precisa.
- Ayudar a evaluar lo adecuado/consecuencias de las opciones de alimentación y actividad física.
- Volver a instituir el protocolo de ganancia de peso si es incapaz de mantenerse en el margen de peso señalado.
- Establecer un programa de tratamiento y un seguimiento de los cuidados (p. ej., médico y asesoramiento) para el manejo en casa.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Dudek, S. G. (2021). Obesity and eating disorders. In *Nutrition essentials for nursing practice* (9th ed). Lippincott Williams & Wilkins.

Halter, M. J. (2019). *Manual of care plans in psychiatric nursing: An interprofessional approach*. Elsevier.

Halter, M. J. (2022). *Varcarolis' Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach* (9th ed.). Elsevier.

Hovde, K., Markovchick, T., Netzky, J., Sandberg, H., & Mehler, P. S. (2021). Care of the hospitalized patient with severe anorexia nervosa or avoidant restrictive food intake disorder. *MEDSURG Nursing, 30*(3), 197-211.

Smith, A. R., Ortiz, S. N., Forrest, L. N., Velkoff, E. A., & Dodd, D. R. (2018). Which comes first? An examination of associations and shared risk factors for eating disorders and suicidality. *Current Psychiatry Reports, 20*(9), 77.

Stavarski, D. H., Alexander, R. K., Ortiz, S. N., & Wasser, T. (2019). Exploring nurses' and patients' perceptions of hope and hope-engendering nurse interventions in an eating disorder facility: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 26*(1-2), 29-38.

Videbeck, S. H. (Ed.), (2020). *Psychiatric-mental health nursing* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

M

Manejo de muestras 7820

Definición: Obtención, preparación y conservación de 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.). Elsevier Mosby.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Fundamentals of nursing* (6th ed.). Mosby.

Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P., & Lynn, P. (2008). *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care* (6th ed.). Lippincott Williams and Wilkins.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Manejo del acceso venoso central: inserción central 4054

Definición: Cuidado de personas con un dispositivo insertado en la circulación central a través de la vena yugular o subclavia.

Actividades:

- Determinar la ubicación del catéter.
- Determinar las directrices, los protocolos, las políticas y el procedimiento del centro.
- Determinar la comprensión de la finalidad, el cuidado y el mantenimiento del catéter.
- Proporcionar información relacionada con el catéter (p. ej., indicaciones, funciones, tipo de dispositivo que debe utilizarse, cuidados del dispositivo, posibles complicaciones, procedimiento de inserción).
- Evitar su uso hasta la confirmación de la colocación de la punta después de la implantación con radiografía de tórax basal.
- Emplear una técnica aséptica estricta siempre que se manipule el catéter, se acceda a él o se utilice para administrar medicación, a fin de reducir la posibilidad de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a la vía central.
- Adaptar los cuidados al tipo de catéter.
- Comprobar la permeabilidad inmediatamente antes de administrar los medicamentos o infusiones prescritos, según el protocolo del centro.
- Ejecutar acciones para garantizar la permeabilidad según el protocolo del centro para dispositivos ocluidos.
- Limpiar las vías, según el protocolo del centro.
- Utilizar catéteres percutáneos de menor calibre para administrar medicamentos.
- Utilizar dispositivos de fijación autoadhesivos, cuando proceda o según la política del centro.
- Cambiar los kits de administración de líquidos limpios, según la política del centro.
- Registrar el cuidado del sitio y la administración de líquidos.
- Evitar la inserción del catéter cerca del estoma o de zonas como pañales donde pueda haber contacto con materia fecal.
- Limpiar la zona y aplicar el apósito, según el protocolo del centro.
- Realizar una radiografía de tórax inmediatamente en caso de sospecha de infiltración, alteración o migración de la vía.
- Vigilar si hay tumefacción del brazo o aumento del calor en el lado ipsilateral al dispositivo implantado.
- Vigilar las complicaciones (p. ej., neumotórax, taponamiento cardíaco, punción arterial, hemorragia, hemotórax, hidrotórax, embolia gaseosa, lesión del plexo nervioso braquial, lesión del conducto torácico, infección, colocación incorrecta).
- Inspeccionar diariamente la zona de inserción en busca de enrojecimiento, dolor, hipersensibilidad al tacto, calor o tumefacción.
- Informar al profesional sanitario de signos de inflamación, fugas o exudado.
- Retirar el catéter, según el protocolo del centro.
- Aplicar una presión firme y un apósito adecuado en la zona de punción después de retirar el catéter, según el protocolo del centro.
- Asegurarse de disponer de la documentación del fabricante, el número de modelo, el número de serie y la fecha de implantación.
- Informar de signos y síntomas adversos (p. ej., taquicardia, hipotensión, disnea, agitación, llenado independiente de la aguja de acceso con líquido o sangre, dolor de hombro o espalda, parada cardíaca).
- Indicar que lleve brazalete o collar de alerta médica que identifique el dispositivo.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

6.ª edición 2013; revisada en 2024

Bibliografía:

Arvaniti, K. (2017). Preventing central venous line related bloodstream infections in adult ICUs: Start from the basics and bundle. *Intensive & Critical Care Nursing, 43*, 3-5. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.08.007.

Gorski, L. A. (2017). The 2016 Infusion Therapy Standards of Practice. *Home Healthcare Now, 35*(1), 10-18. https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000481.

Infusion Nursing Society. (2021). *Policies and procedures for infusion therapy: Acute care* (6th ed.).

Infusion Nursing Society. (2021). Standards of practice (8th ed.).

Jarding, E. K., & Flynn Makic, M. B. (2021). Central line care and management: Adopting evidence-based nursing interventions. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 36*(4), 328-333. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.10.010.

Levett-Jones, T. (2019). Heparin vs. normal saline locking for prevention of catheter occlusion. *AJN American Journal of Nursing, 119*(9), 63. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000580288.71902.d1.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2022). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (9th ed.). Elsevier. 502-503.

Wiegand, D. (2017). *AACN procedural manual for high acuity, progressive, and critical care* (7th ed.). Elsevier.

Manejo del acceso venoso central: inserción periférica 4220

Definición: Cuidado de personas con un dispositivo insertado en la circulación central a través de un vaso periférico.

Actividades:

- Identificar el uso previsto del catéter para determinar el tipo necesario (es decir, catéter central o de línea media).
- Explicar la finalidad, los beneficios y los riesgos asociados a su uso.
- Obtener el consentimiento para el procedimiento de inserción.
- Seleccionar el tamaño y el tipo de catéter adecuados a las necesidades.
- Seleccionar la vena más accesible y menos utilizada disponible, generalmente la vena basílica o cefálica del brazo dominante.
- Colocar en decúbito supino para la inserción, con el brazo en ángulo de 90 grados respecto al cuerpo.
- Medir la circunferencia del brazo.
- Medir la distancia para la inserción del catéter.
- Preparar la zona de inserción, según el protocolo del centro.
- Insertar el catéter, utilizando una técnica estéril y según las instrucciones del fabricante y el protocolo del centro.
- Conectar el tubo de extensión y aspirar para comprobar que haya retorno sanguíneo.
- Obtener una muestra de sangre, si está indicado.

- Lavar con heparina preparada y solución salina, según proceda y según el protocolo del centro.
- Fijar el catéter y aplicar un apósito transparente estéril, según el protocolo del centro.
- Escribir la fecha y la hora en el apósito.
- Verificar la colocación de la punta del catéter mediante ecografía o radiografía, según proceda y de acuerdo con el protocolo del centro.
- Evitar el uso del brazo afectado para la medición de la presión arterial y las flebotomías.
- Vigilar las complicaciones inmediatas como hemorragias, lesiones nerviosas o tendinosas, descompresión cardíaca, dificultad respiratoria o embolia del catéter.
- Vigilar la aparición de signos de flebitis (p. ej., dolor, enrojecimiento, piel caliente, edema).
- Utilizar una técnica estéril para cambiar el apósito del lugar de inserción, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Enseñar la técnica de cambio de apósito, según proceda.
- Lavar la vía después de cada uso con la solución adecuada, según el protocolo del centro.
- Mantener la permeabilidad de la vía de acuerdo con el protocolo del centro, según proceda.
- Enseñar técnicas de purgado de la vía y de administración de medicación, según proceda.
- Retirar el catéter, según las instrucciones del fabricante y el protocolo del centro.
- Documentar el motivo de la retirada y el estado de la punta del catéter.
- Indicar que informe de signos de infección (p. ej., fiebre, escalofríos, supuración del lugar de inserción).
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2004, 2013 y 2024

Bibliografía:

DeVries, M., Lee, J., & Hoffman, L. (2019). Infection free midline catheter implementation at a community hospital (2 years). *American Journal of Infection Control, 47*(9), 1118-1121. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.03.001.

Gorski, L. A. (2017). The 2016 Infusion Therapy Standards of Practice. *Home Healthcare Now, 35*(1), 10-18. https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000481.

Infusion Nursing Society. (2021). *Policies and procedures for infusion therapy: Acute care* (6th ed.).

Infusion Nursing Society. (2021). Standards of practice (8th ed.).

Nickel, B. (2019). Peripheral intravenous access: Applying infusion therapy standards of practice to improve patient safety. *Critical Care Nurse, 39*(1), 61-71. https://doi.org/10.4037/ccn2019790.

Ureden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2022). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (9th ed.). Elsevier. 502-503.

Wiegand, D. (2017). *AACN procedural manual for high acuity, progressive, and critical care* (7th ed.). Elsevier.

Zhang, X., Lu, Z., Hu, Y., Xue, M., & Dai, H. (2017). Evidence-based implementation of peripherally inserted central catheters (PICCS) insertion at a vascular access care outpatient clinic. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 14*(2), 163-167. https://doi.org/10.1111/wvn.12203.

M

Manejo del apaciguamiento 6170

Definición: Uso de habilidades interpersonales y de comunicación no físicas para evitar que una situación potencialmente peligrosa se convierta en un episodio violento.

Actividades:

- Examinar toda la situación, incluyendo a la persona y el entorno, determinando el nivel de agitación y el potencial de violencia.
- Garantizar la seguridad de la persona, de sí mismo, del personal y de los transeúntes, retirando a los transeúntes si es posible.
- Reclutar a otros miembros del personal para que ayuden, empleando el trabajo en equipo (es decir, un miembro del personal interactuando con la persona mientras otros miembros del personal gestionan la seguridad en el entorno para todos).
- Mantener a todas las personas que interactúan en un espacio abierto.
- Establecer la capacidad de la persona de comunicarse verbalmente, utilizando el nombre preferido de la persona.
- Identificarse verbalmente, indicando el motivo por el que se encuentra allí (p. ej., en la unidad psiquiátrica para asesoramiento o revisión de la medicación).
- Hablar con voz tranquila, suave y clara, con frases cortas y sencillas.
- Determinar lo que la persona desea y su nivel de urgencia, identificando los factores de estrés reales y potenciales.
- Proporcionar opciones y alternativas claramente establecidas siempre que sea posible, evitando opinar sobre cuestiones y quejas que escapen al control del personal.
- Ofrecer seguridad y ayuda a la hora de establecer límites, evitando al mismo tiempo actitudes críticas.
- Demostrar control de la situación sin llegar a ser exigente o autoritario.
- Evitar reacciones exageradas.
- Escuchar las preocupaciones con un enfoque empático, genuino y no conflictivo en todo momento.
- Utilizar el silencio y la escucha para fomentar la expresión de pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Utilizar patrones de comunicación verbal y no verbal no amenazantes, evitando la estimulación excesiva, las posturas agresivas y el contacto visual prolongado (p. ej., relajar los hombros con los brazos caídos y las manos abiertas hacia fuera).
- Evitar invadir el espacio personal.
- Evitar reflejar cualquier lenguaje corporal negativo.
- Evitar sonrisas o muecas cuando la persona tiene delirios o alucinaciones.
- Evitar hacer movimientos bruscos y posturas amenazadoras (p. ej., gesticular, señalar, cruzar los brazos, poner las manos en las caderas).
- Administrar medicación calmante para mejorar la capacidad de comunicación, si está indicado y es necesario.
- Permitir la elección del tipo o vía de administración de la medicación, si es posible.
- Evaluar con frecuencia a la persona y el entorno en busca de problemas de seguridad.
- Tratar los problemas médicos, especialmente el dolor y el malestar.
- Proporcionar el nivel adecuado de cuidados a la persona una vez controlada la situación (p. ej., aislamiento, contención, vuelta a la habitación).
- Promover el compromiso con la red social y de apoyo, si procede.
- Asegurar una comunicación eficaz relacionada con el episodio con otros profesionales sanitarios.
- Documentar el episodio siguiendo las directrices del centro.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Adams, J. (2017). Assessing the effectiveness of clinical education to reduce the frequency and recurrence of workplace violence. *Australian Journal of Advanced Nursing, 34*(3), 6-15. https://doi.org/10.3316/informit.946627915561528.

Frauenfelder, F. (2019). *Psychiatric adult inpatient nursing described in the NANDA-I and NIC: A systematic evaluation of nursing classifications* [Doctoral dissertation. Radbound University] Radbound Repository. https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/203856.

Halter, M. J. (2019). *Manual of care plans in psychiatric nursing: An interprofessional approach*. Elsevier.

Halter, M. J. (2022). *Varcarolis' foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach* (9th ed.). Elsevier.

Nizum, N., Yoon, R., Ferreira-Legere, L., Poole, N., & Lulat, Z. (2020). Nursing interventions for adults following a mental health crisis: A systematic review guided by trauma-informed principles. *International Journal of Mental Health Nursing, 29*(3), 348-363. https://doi.org/10.1111/inm.12691.

Patel, M. X., Sethi, F. N., Barnes, T. R. E., Dix, R., Dratcu, L., Fox, B., Garriga, M., Haste, J. C., Kahl, G., Lingford-Hughes, A., McAllister-Williams, H., O'Brien, A., Parker, C., Paterson, B., Paton, C., Posporelis, S., Taylor, D. M., Vieta, E., Völlm, B., Wilson-Jones, C., & Woods, L. (2018). Joint BAP NAPICU evidence-based consensus guidelines for the clinical management of acute disturbance: De-escalation and rapid tranquillization. *Journal of Psychiatric Intensive Care, 14*(2), 9-132. 8 https://doi.org/10.20299/jpi.2018.008.

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 (p. ej., FEV_1 o VEMS, FVC o CVF, relación FEV_1/FVC o VEMS/CVF) en el momento del diagnóstico, inicialmente con el uso de un broncodilatador de corta duración, y cuando sea necesario.
- Monitorizar el flujo espiratorio máximo (FEM), según corresponda.
- Enseñar el uso del medidor de FEM en casa.
- Observar si hay crisis asmáticas.
- 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 ruidos respiratorios, observando si hay áreas de ventilación disminuida/ausente y ruidos adventicios.
- Administrar medicación según proceda y/o según las normas y las pautas de procedimiento.
- Auscultar los ruidos 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.
- Determinar la comprensión de la enfermedad y del tratamiento.
- Fomentar una buena higiene de manos.
- Recomendar la vacunación anual contra la gripe.
- Enseñar 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, cámara espaciadora).
- Enseñar la limpieza correcta del equipo para la administración de medicación.
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos prescritos.
- Fomentar la expresión verbal de los sentimientos sobre el diagnóstico, el tratamiento y el impacto sobre el estilo de vida.
- Revisar las estrategias de afrontamiento para mejorar el automanejo y la toma de decisiones sobre los cuidados.
- Identificar los posibles desencadenantes (p. ej., alérgenos ambientales, animales, medicación, alimentos, ejercicio, temperatura, emociones, otras afecciones médicas) y la reacción habitual.
- Enseñar a identificar y evitar los desencadenantes, si es posible.
- Evitar la exposición al humo de tabaco.
- Establecer con la persona un plan escrito de tratamiento del asma para manejar las agudizaciones y animar a que lo comparta con otros cuidadores (p. ej., guardería, enfermera escolar, entrenador deportivo), según corresponda.
- Ayudar a reconocer los signos o síntomas de reacción asmática inminente y a aplicar las medidas de respuesta adecuadas.
- Identificar los síntomas que pueden indicar la necesidad de un cambio de tratamiento.
- Enseñar cuándo debe solicitar atención urgente.
- Informar a la persona y a la familia sobre las normas y los procedimientos para transportar y administrar medicaciones para el asma en la escuela.
- Informar al progenitor y al tutor sobre cuándo el niño ha necesitado o utilizado medicación a demanda en la escuela, según corresponda.
- Establecer un programa regular de seguimiento.
- Enseñar al personal escolar los procedimientos adecuados de urgencia.
- Prescribir y reponer las medicaciones para el asma, según corresponda.
- Fomentar el automanejo del asma a medida que el niño se hace mayor y madura.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

Cloutier, M. M., Dixon, A. E., Krishnan, J. A., Lemanske, R. F., Pace, W., & Schatz, M. (2020). Managing asthma in adolescents and adults: 2020 Asthma guideline update from the National Asthma Education and Prevention Program. *JAMA, 324*(22), 2301-2317. https://doi.org/10.1001/jama.2020.21974.

Garzon Maaks, D. L., Barber Starr, N., Brady, M. A., Gaylord, N. M., Driessnack, M., & Duderstadt K. G. (2021). *Burns' pediatric primary care* (7th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.

Manejo del confort 6482

Definición: Establecimiento y mantenimiento de un confort óptimo.

Actividades:

- Determinar objetivos de manejo del entorno y confort óptimo.
- Facilitar la transición dando una cálida bienvenida al nuevo entorno.
- Considerar la colocación de las personas en habitaciones con varias camas (es decir, compañeros de habitación con problemas ambientales similares cuando sea posible).
- Asignar una habitación individual si se prefiere y se necesita tranquilidad y descanso, si es posible.
- Prestar atención inmediata a los timbres de llamada, que deben estar siempre al alcance de la mano.
- Evitar interrupciones innecesarias y dejar períodos de descanso.
- Proporcionar un entorno seguro, limpio, tranquilo y aireado.
- Ofrecer la posibilidad de elegir, siempre que sea posible, actividades sociales y visitas.
- Determinar las fuentes de malestar, como apósitos húmedos, colocación de tubos, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada e irritantes ambientales.
- Ajustar la temperatura ambiental a la más confortable para el individuo, si es posible.
- Añadir o retirar mantas para regular la temperatura, según esté indicado.
- Evitar la exposición innecesaria, las corrientes de aire, el sobrecalentamiento y el enfriamiento.
- Ajustar la iluminación a las necesidades de las actividades, evitando la luz directa en los ojos.
- Facilitar las medidas de higiene (p. ej., limpiar la frente; aplicar cremas para la piel; limpiar el cuerpo, el pelo y la cavidad bucal).
- Cambiar de posición para facilitar la comodidad (p. ej., utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo a las articulaciones durante el movimiento, entablillado sobre las incisiones, inmovilización de la parte del cuerpo dolorida).
- Fomentar acciones no farmacológicas para aumentar el confort (p. ej., musicoterapia, terapia de masaje).
- Fomentar estrategias de autoconfort.
- Monitorizar la piel, especialmente sobre las prominencias óseas, en busca de signos de presión o irritación.
- Evitar exponer la piel o las mucosas a agentes irritantes (p. ej., heces diarreicas, drenaje de heridas).
- Proporcionar recursos educativos útiles y pertinentes sobre el manejo de enfermedades y lesiones.
- Documentar las medidas adoptadas para mejorar el confort.

1.ª edición 1992; revisada en 2008 y 2024

Bibliografía:

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and technique* (10th ed.). Mosby.

Wensley, C., Botti, M., McKillop, A., & Merry, A. F. (2020). Maximizing comfort: How do patients describe the care that matters? A two-stage qualitative descriptive study to develop a quality improvement framework for comfort-related care in inpatient settings. *BMJ Open, 10*(5), e033336.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

You, W. Y., Yeh, T. P., Lee, K. C., & Ma, W. F. (2020). A preliminary study of the comfort in patients with leukemia staying in a positive pressure isolation room. *International Journal of Environmental Research, 17*(10), 3655.

M

Manejo del delirium 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 y vigilancia para monitorizar al paciente y permitir la implementación de acciones terapéuticas, si es necesario.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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, prótesis auditivas 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.

Manejo del desfibrilador: externo 4095

Definición: Cuidado de la persona tratada con desfibrilación 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 monitorización 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).
- Monitorizar 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). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). Saunders Elsevier.

American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. (2002). *Guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices.*

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). (10th ed.) *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (Vol. 1). Lippincott Williams & Wilkins.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management* (5th ed.). Mosby Elsevier.

Wiegand, D., & Carlson, K. (Eds.). (2005). *AACN procedure manual for critical care* (5th ed.). Elsevier Saunders.

Manejo del desfibrilador: interno 4096

Definición: Cuidado de la persona sometida 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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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).
- Monitorizar la tumefacción del brazo o un aumento de calor en el lado ipsilateral a la implantación del dispositivo y los electrodos.
- Monitorizar 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 ácido-base, 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 acudir a revisiones periódicas con el cardiólogo.
- Monitorizar los problemas del desfibrilador que se hayan producido entre las visitas de seguimiento 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

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). Saunders Elsevier.

American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. (2002). *Guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices.*

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.). Lippincott Williams & Wilkins.

Wiegand, D., & Carlson, K. (Eds.). (2005). *AACN procedure manual for critical care* (5th ed.). 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

M

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 (ACP) 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:

Beers Criteria Update Expert Panel, 2012. (2012). American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel, 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). In B. St Marie (Ed.), *Core curriculum for pain management nursing* (2nd ed.). 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). Elsevier Mosby.

D'Arcy, Y. (2011). *Compact clinical guide to chronic pain management: An evidence-based approach for nurses.* Springer.

Pasero, C., & McCaffery, M. (2011). *Pain assessment and pharmacological management.* 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 la 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:

Beers Criteria Update Expert Panel, 2012. (2012). American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel, 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, In: B.St. Marie, *Core curriculum for pain management nursing*. Kendall Hunt, 2010.

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). Elsevier Mosby.

D'Arcy, Y. (2011). *Compact clinical guide to chronic pain management: An evidence-based approach for nurses*. Springer.

Pasero, C., & McCaffery, M. (2011). *Pain assessment and pharmacological management*. Mosby Elsevier.

Manejo del dolor de parto 6855

Definición: Alivio o reducción del dolor de parto.

Actividades:

- Revisar el nivel inicial del dolor de parto con una escala multidimensional (p. ej., localización, características, inicio, duración, frecuencia, intensidad, gravedad, factores precipitantes).
- Discutir los planes iniciales para el tratamiento del dolor durante el parto.
- Transmitir que no pasa nada si cambian los planes.
- Monitorizar señales no verbales de incomodidad.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéutica para reconocer la experiencia del dolor y transmitir la aceptación de la respuesta al dolor.
- Evaluar las medidas contra el dolor que se han utilizado y han ayudado en experiencias de parto anteriores.
- Explorar y considerar los conocimientos, las creencias, las influencias culturales y los valores sobre el dolor de parto.
- Explorar los factores que influyen en el dolor durante el parto.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Proporcionar información sobre las causas del dolor de parto y las probables molestias anticipadas de los procedimientos.
- Eliminar los factores que podrían aumentar la experiencia de dolor en el parto (p. ej., miedo, falta de conocimiento, factores ambientales, procedimientos, ausencia de la familia o del preparador para el parto).
- Proporcionar apoyo emocional continuo durante el parto (p. ej., medidas de confort, información, defensa).
- Incitar a utilizar cualquier postura que facilite el alivio del dolor, a menos que no esté clínicamente indicado.
- Monitorizar el nivel de dolor durante el trabajo de parto con escala multidimensional, en la medida de lo posible.
- Informar sobre todos los posibles métodos no farmacológicos de tratamiento del dolor (p. ej., inmersión en agua, masajes, compresas calientes, relajación, aromaterapia, visualización guiada).
- Informar sobre los riesgos, beneficios y eficacia de cada método de alivio del dolor.
- Proporcionar métodos alternativos de alivio del dolor acordes con las preferencias.
- Administrar los analgésicos de elección (p. ej., orales, intravenosos, epidurales).
- Monitorizar los efectos de la analgesia farmacológica y no farmacológica sobre la persona y el feto.
- Ayudar en la administración de analgesia regional o anestesia, según proceda.
- Monitorizar la frecuencia cardíaca fetal y la progresión del trabajo de parto durante los efectos analgésicos epidurales.
- Monitorizar la satisfacción con el tratamiento del dolor

Bibliografía:

Akköz Çevik, S., & Karaduman, S. (2020). The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*, *17*(1), e12272.

Amiri, P., Mirghafourvand, M., Esmaeilpour, K., Kamalifard, M., & Ivanbagha, R. (2019). The effect of distraction techniques on pain and stress during labor: A randomized controlled clinical trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *19*(1), 534. https://doi.org/10.1186/s12884-019-2683-y.

Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., Cyna, A. M., & Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *5*(5.).

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *7*(7). CD003766. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health [NICE]. (2017) Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth - version 2 - Clinical Guideline 190 Methods, evidence and recommendations. https://www.nice.org.uk/guidance/cg190.

Ranjbaran, M., Khorsandi, M., Matourypour, P., & Shamsi, M. (2017). Effect of massage therapy on labor pain reduction in primiparous women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *22*(4), 257-261. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_109_16.

Walker, K. F., Kibuka, M., Thornton, J. G., & Jones, N. W. (2018). Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*(11), CD008070. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008070.pub4.

Manejo 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 grados 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.
- Monitorizar 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.). 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-CC124.

Yanko, J. R., & Mitcho, K. (2001). Acute care management of severe traumatic brain injuries. *Critical Care Nursing Quarterly, 23*(4), 1-23.

Manejo del equilibrio ácido-base 1910

Definición: Favorecimiento del equilibrio ácido-base y prevención de las complicaciones secundarias a un desequilibrio ácido-base.

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 ácido-base (p. ej., gasometría arterial, orina y suero), según se precise.
- Monitorizar las posibles etiologías antes de intentar tratar los desequilibrios ácido-base, 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 ácido-base (p. ej., reducción rápida de la alcalosis respiratoria crónica que provoca acidosis metabólica).
- Monitorizar las alteraciones ácido-base 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 ácido-base.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses, & Alspach, J. G. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). 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.). 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) *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (Vol. 1). (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkis.

M

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Manejo del equilibrio ácido-base: acidosis metabólica 1911

Definición: Favorecimiento del equilibrio ácido-base y prevención de las complicaciones secundarias a unos niveles séricos de HCO_3 menores de lo deseado o a unos niveles de ion de 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 ácido-base, 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 de 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 de 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

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.). 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 ácido-base: acidosis respiratoria 1913

Definición: Favorecimiento del equilibrio ácido-base y prevención de las complicaciones secundarias a unos niveles séricos de $PaCO_2$ mayores de lo deseado o unos niveles de ion de 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 ácido-base (p. ej., gasometría arterial, niveles urinarios y séricos), según corresponda.
- Monitorizar las posibles etiologías antes de intentar tratar los desequilibrios ácido-base, 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, flumazenilo 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.). Lippincott Williams & Wilkins.

Ruholl, L. (2006). Arterial blood gases: Analysis and nursing responses. *MEDSURG Nursing, 15*(6), 343-351.

M

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Manejo del equilibrio ácido-base: alcalosis metabólica 1912

Definición: Favorecimiento del equilibrio ácido-base y prevención de 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 ácido-base, 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 de 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 ácido-base, 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 ácido-base (p. ej., la reducción rápida de la alcalosis metabólica provoca acidosis metabólica).
- Monitorizar los trastornos ácido-base 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 ácido-base 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.* 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.). Lippincott Williams & Wilkins.

Ruholl, L. (2006). Arterial blood gases: Analysis and nursing responses. *MEDSURG Nursing, 15*(6), 343-351.

M

Manejo del equilibrio ácido-base: alcalosis respiratoria 1914

Definición: Favorecimiento del equilibrio ácido-base y prevención de 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 ácido-base, 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 ácido-base (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 ácido-base (p. ej., reducción rápida de alcalosis respiratoria crónica que provoca acidosis metabólica).
- Monitorizar los trastornos ácido-base 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 ácido-base 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

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Manejo del estado de ánimo 5330

Definición: Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a una persona que experimenta depresión o un estado de ánimo eufórico.

Actividades:

- Revisar la evaluación inicial del estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales).
- Evaluar la evaluación inicial del estado de ánimo con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.
- Administrar cuestionarios autocumplimentados (p. ej., PHQ-9, Escala de Depresión de Hamilton, Escala de Depresión Geriátrica, Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Funcionamiento Social, otras escalas de depresión y del estado funcional), según corresponda.
- Determinar si supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.
- Considerar la posibilidad de hospitalización si la gravedad del trastorno del estado de ánimo plantea riesgos para la seguridad, la persona es incapaz de satisfacer las necesidades de autocuidado o carece de suficiente apoyo social.
- Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar a las personas que corren riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia).
- Proporcionar o remitir para un tratamiento contra el abuso de sustancias, cuando es un factor que contribuye a la alteración del estado de ánimo.
- Ajustar o interrumpir las medicaciones que contribuyen a las alteraciones del estado de ánimo, por prescripción de profesionales con la capacitación adecuada.
- Remitir para evaluación y/o tratamiento de cualquier enfermedad subyacente que pueda contribuir a una alteración del estado de ánimo (trastornos tiroideos, etc.).
- Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, higiene, ingesta de alimentos y líquidos, evacuación).
- Ayudar con el autocuidado, si es necesario.
- Monitorizar el estado físico (peso corporal e hidratación).
- Monitorizar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente.
- Ayudar a mantener un ciclo normal de sueño y vigilia (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación, limitar los medicamentos sedantes y la cafeína).
- Ayudar a asumir una mayor responsabilidad en el autocuidado.
- Proporcionar oportunidades de práctica de actividad física (caminar o montar en bicicleta estática).
- Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar información, toma de decisiones).
- Utilizar un lenguaje sencillo, concreto y exacto durante el contacto si hay déficits cognitivos.
- Utilizar ayudas para la memoria y pistas visuales para ayudar si hay déficits cognitivos.
- Limitar las oportunidades para tomar decisiones si hay déficits cognitivos.
- Ofrecer instrucción sobre las habilidades para la toma de decisiones, según sea necesario.
- Animar a tomar decisiones cada vez más complejas.
- Animar a adoptar 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 a intervalos regulares para realizar los cuidados y darle la oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos.
- Ayudar a automonitorizar conscientemente el estado de ánimo (escala de clasificación de 1 a 10, llevar un diario).
- Ayudar a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional.
- Limitar el tiempo que se permite para que exprese sentimientos negativos o descripciones de fracasos pasados.
- Ayudar a expresar los sentimientos de una forma adecuada (golpeando un saco de boxeo, arteterapia, actividad física vigorosa).
- Ayudar a identificar los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional (desequilibrios químicos, estresantes circunstanciales, aflicción o pérdida, problemas físicos).
- Ayudar a identificar los aspectos de los factores precipitantes que se pueden o no cambiar.
- Ayudar en la identificación de recursos disponibles, puntos fuertes y capacidades personales que puedan utilizarse en la modificación de los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional.
- Instruir sobre nuevas técnicas de afrontamiento y resolución de problemas.
- Animar a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros.
- Proporcionar habilidades sociales y entrenamiento en asertividad, según sea necesario.
- Proporcionar retroalimentación de acuerdo con la conveniencia de las conductas sociales.
- Utilizar un entorno limitado y estrategias de manejo de la conducta para ayudar a restringir la conducta intrusiva y disruptiva.
- Utilizar intervenciones restrictivas solo cuando sea necesario (restricción de zona, aislamiento, sujeción física, restricción química) para manejar la conducta insegura o inadecuada refractaria a intervenciones de control de conducta menos restrictivas.
- Manejar y tratar las alucinaciones o las 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 profesionales con la capacitación adecuada).
- Administrar medicamentos estabilizadores del estado de ánimo (antidepresivos, litio, anticomiciales, antipsicóticos, ansiolíticos, hormonas, vitaminas).
- Monitorizar la posible aparición de efectos secundarios de la medicación y su efecto.
- Tratar los efectos secundarios de la medicación o las reacciones adversas.
- Monitorizar los niveles séricos de los medicamentos (antidepresivos tricíclicos, litio, anticomiciales), según corresponda.
- Favorecer la concordancia de la medicación.
- Ayudar en la administración de terapia electroconvulsiva (TEC), cuando esté indicado.
- Vigilar el estado fisiológico y mental inmediatamente después de la TEC.
- Ayudar en la administración de fototerapia para levantar el estado de ánimo.
- Explicar los procedimientos de la TEC o la fototerapia.
- Monitorizar el estado de ánimo para ver su respuesta a la TEC o a la fototerapia.
- Informar sobre los medicamentos.
- Informar sobre la enfermedad, si el estado de ánimo disfuncional tiene una base patológica (depresión, manía, síndrome premenstrual).

- Proporcionar orientación acerca del desarrollo y mantenimiento de sistemas de apoyo (familia, amigos, recursos espirituales, grupos de apoyo, asesoramiento).
- Ayudar a anticiparse y a afrontar los cambios de la vida (nuevo trabajo, baja laboral, grupo de nuevos amigos).
- Realizar un seguimiento ambulatorio a intervalos apropiados, según sea necesario.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

2.ª edición 1996; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Bingham, K. S., Flint, A. J., & Mulsant, B. H. (2019). Management of late-life depression in the context of cognitive impairment: A review of the recent literature. *Current Psychiatry Reports, 21*(8), 74.

Butcher, H. K., & Ingram, T. (2018). Secondary suicide prevention in later life. *Journal of Gerontological Nursing, 44*(11), 20-32.

Butcher, H. (2017). Reactive depression. In M. Maas, J. Specht, P. Mobily, D. Schoenfelder, & A. Stineman (Eds.). *Care of older persons for optimum quality of life: Nursing diagnoses, outcomes, and interventions* (Vol. 3). Iowa City, Iowa: University of Iowa College of Nursing Barbara and Richard Csomay Center for Gerontological Excellence.

D'Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G., & Martin, C. (2019). Treatments for the prevention and management of suicide: A systematic review. *Annals of Internal Medicine, 171*(5), 334-342.

Edwards, G., Nuckols, T., Herrera, N., Danovitch, I., & Iskak, W. W. (2019). Improving depression management in patients with medical illness using collaborative care: Linking treatment from the inpatient to the outpatient setting. *Innovations in Clinical Neuroscience, 16*(11/12), 19-24.

Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *Lancet, 392*(10161), 2299-2312.

Oquendo, M. A. (2019). Developing effective strategies for the management of depression and suicidal thoughts. *Revista brasileira de psiquiatria, 41*(5), 375.

Manejo del estreñimiento 0450

Definición: Prevención y alivio de las deposiciones infrecuentes.

M

Actividades:

- Revisar el historial médico, incluyendo diagnósticos, operaciones y hábito intestinal.
- Identificar los factores que pueden causar o contribuir al estreñimiento (p. ej., medicamentos, ejercicio, sueño, estrés, dieta).
- Monitorizar los signos y síntomas de estreñimiento (p. ej., distensión abdominal, dolor, náuseas, ausencia de ruidos intestinales).
- Monitorizar los signos y síntomas de impactación.
- Monitorizar las deposiciones, incluyendo la frecuencia, la consistencia, la forma, el volumen y el color, según corresponda.
- Consultar con el profesional sanitario sobre la frecuencia de las deposiciones.
- Explicar la etiología del problema y la justificación de los cuidados.
- Instituir un horario para ir al baño, según proceda.
- Realizar masaje abdominal, según la tolerancia.
- Extraer la impactación fecal manualmente, si es necesario.
- Informar del procedimiento para la extracción manual de las heces, si es necesario.
- Administrar un enema o una irrigación, según proceda.
- Pesar regularmente.
- Incentivar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.
- Evaluar el perfil de la medicación para detectar efectos secundarios gastrointestinales.
- Instruir para registrar el color, el volumen, la frecuencia y la consistencia de las heces.
- Enseñar a llevar un diario de alimentos.
- Instruir en una dieta rica en fibra, según proceda.
- Consultar al dietista, según sea necesario.
- Enseñar el uso adecuado de laxantes, ablandadores de heces y enemas.
- Enseñar la importancia de la dieta, el ejercicio, la ingesta de líquidos y el sueño.
- Informar sobre el plazo de resolución del estreñimiento.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed.). Pearson.

Choi, Y. I., Kim, K. O., Chung, J. W., Kwon, K. A., Kim, Y. J., Kim, J. H., & Park, D. K. (2021). Effects of automatic abdominal massage device in treatment of chronic constipation patients: A prospective study. *Digestive Diseases and Sciences, 66*(9), 3105-3112. https://doi.org/10.1007/s10620-020-06626-3.

Cochrane, D. J. (2021). Care planning, diagnosis and management in paediatric functional constipation. *The New Zealand Medical Journal, 134*(1536), 113-143.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Robertson, J., Baines, S., Emerson, E., & Hatton, C. (2018). Constipation management in people with intellectual disability: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 31*(5), 709-724. https://doi.org/10.1111/jar.12426.

Rodriguez, G., Muter, P., Inglese, G., Goldstine, J. V., & Neil, N. (2021). Evolving evidence supporting use of rectal irrigation in the management of bowel dysfunction: An integrative literature review, Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of The Wound. *Ostomy and Continence Nurses Society, 48*(6), 553-559. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000816.

Trads, M., Deutch, S. R., & Pedersen, P. U. (2018). Supporting patients in reducing postoperative constipation: Fundamental nursing care – a quasi-experimental study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 32*(2), 824-832. https://doi.org/10.1111/scs.12513.

Wang, Q. -S., Liu, Y., Zou, X. -N., Ma, Y. -L., & Liu, G. -L. (2020). Evaluating the efficacy of massage intervention for the treatment of poststroke constipation: A meta-analysis. *Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine (ECAM), 2020*, 1-8. https://doi.org/10.1155/2020/8934751.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar las complicaciones potenciales asociadas a la introducción del marcapasos (p. ej., neumotórax, hemotórax, perforación miocárdica, taponamiento cardíaco, hematoma, extrasístoles ventriculares, infecciones, hipo, espasmos musculares).
- Monitorizar el fallo del marcapasos y determinar la causa (p. ej., descolocación, rotura o migración del electrodo), según corresponda.
- Monitorizar los 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.
- Monitorizar los 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.
- Monitorizar los síntomas de arritmias, isquemia o insuficiencia cardíaca (p. ej., mareo, síncope, palpitaciones, dolor torácico, disnea), especialmente en cada visita ambulatoria.
- Monitorizar los problemas del marcapasos que se hayan producido entre las visitas de control programadas.
- Monitorizar la tumefacción del brazo o un aumento de calor en el lado ipsilateral a los electrodos endovasculares implantados.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar la respuesta hemodinámica a las arritmias.
- Facilitar la adquisición de un ECG de 12 derivaciones, según corresponda.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar los niveles de fármacos y electrólitos en pacientes que toman antiarrítmicos simultáneamente.
- Monitorizar las alteraciones metabólicas con efectos adversos sobre los marcapasos (alteraciones del equilibrio ácido-base, 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 cardíacas, 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 periódicos con el cardiólogo.
- Enseñar al paciente a consultar con el cardiólogo todos los cambios en las medicaciones.
- Enseñar al paciente con un marcapasos nuevo a evitar la conducción de vehículos de motor hasta que el cardiólogo lo permita (normalmente 3 meses como mínimo).
- Enseñar al paciente la necesidad de controlar de forma regular los umbrales de detección y captura del marcapasos.
- Enseñar al paciente la necesidad de revisión regular del marcapasos por el cardiólogo ante signos de interferencia electromagnética.
- Enseñar al paciente la necesidad de realizarse al menos una radiografía de tórax anual para confirmar la colocación del marcapasos.

- Enseñar al paciente los signos y síntomas de un marcapasos disfuncional (p. ej., bradicardia menor de 30 lpm, mareo, debilidad, fatiga, molestias torácicas, angina, disnea, ortopnea, edema en partes declives, disnea paroxística nocturna, disnea de esfuerzo, hipotensión, casi síncope, síncope claro, parada cardíaca).
- Indicar al paciente que lleve la tarjeta de identificación del fabricante en todo momento.
- Indicar al paciente que lleve una pulsera o collar de alerta médica que le identifique como portador de un marcapasos.
- Enseñar al paciente las consideraciones especiales que debe seguir en las puertas de seguridad gubernamentales o en el aeropuerto (p. ej., informar siempre al guardia de seguridad del marcapasos implantable, pasar por las puertas de seguridad, NO PERMITIR que se acerquen detectores de metales manuales cerca del lugar del dispositivo, pasar siempre rápidamente por los dispositivos de detección de metales o pedir el chequeo manual, no inclinarse ni estar cerca de dispositivos de detección durante períodos prolongados).
- Enseñar al paciente que los detectores de metales manuales contienen imanes que pueden reiniciar el marcapasos y causar un mal funcionamiento.
- Enseñar a la familia del paciente que no pasa nada si se toca a alguien que está recibiendo una descarga del marcapasos.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). Saunders Elsevier.

Geiter, H. B. (2004). Getting back to basics with permanent pacemakers. *Part 1. Nursing 2004, 34*(10), 32cc1-cc132.

Geiter, H. B. (2004). Getting back to basics with permanent pacemakers, Part 2. *Nursing 2004, 34*(11), 32cc1-cc132.

Hogle, W. P. (2001). Pacing the standard of nursing practice in radiation oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 5*(6), 253-256. 267-268.

Mattingly, E. (2004). Arrhythmia management devices and electromagnetic interference. *AANA Journal, 73*(2), 129-136.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams and Wilkins.

Yeo, T. P., & Berg, N. C. (2005). Counseling patients with implanted cardiac devices. *The Nurse Practitioner, 29*(12), 58-65.

Manejo del marcapasos: temporal 4092

M

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), la temperatura de la piel y la 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.
- Monitorizar la respuesta hemodinámica a las arritmias.
- Facilitar la adquisición de un ECG de 12 derivaciones, según corresponda.
- Monitorizar 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.
- 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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar la presencia de ritmo estimulado o la resolución de la arritmia causal.
- Monitorizar 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.
- Monitorizar las posibles complicaciones asociadas con la introducción del marcapasos (p. ej., neumotórax, hemotórax, perforación miocárdica, taponamiento cardíaco, hematoma, extrasístoles ventriculares, infecciones, hipo, espasmos musculares).
- Monitorizar si hay cambios del estado cardíaco o hemodinámico que indiquen la necesidad de modificar el estado del marcapasos.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar los 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.
- Monitorizar los 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.
- Monitorizar 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). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). 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.). Lippincott Williams and Wilkins.

Wiegand, D., & Carlson, K. (Eds.). (2005). *AACN procedure manual for critical care* (5th ed.). Elsevier Saunders.

Yeo, T. P., & Berg, N. C. (2005). Counseling patients with implanted cardiac devices. *The Nurse Practitioner, 29*(12), 58-65.

M

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 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 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 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 semestral mediante citología (Papanicolaou), según sea conveniente.
- Determinar la respuesta terapéutica al uso del pesario.
- Observar si hay secreción vaginal anormal, olor, prurito o cambio de color de la vagina.
- 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.
- Recomendar la higiene vaginal con agua y un jabón suave.
- Aplicar estrógenos tópicos para reducir la inflamación, según sea necesario.
- Recomendar ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, según proceda.
- Permitir que se expresen dudas y preguntas sobre el uso del pesario.
- Determinar el impacto del pesario sobre la salud sexual.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Dwyer, L., Kearney, R., & Lavender, T. (2019). A review of pessary for prolapse practitioner training. *British Journal of Nursing*, *28*(9), S18-S24. https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.9.S18.

Hooper, G. L. (2018). Person-Centered care for patients with pessaries. *The Nursing Clinics of North America*, *53*(2), 289-301. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.01.006.

Rantell, A. (2019). Vaginal pessaries for pelvic organ prolapse and their impact on sexual function. *Sexual Medicine Reviews*, *7*(4), 597-603. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.06.002.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2017). *Management of patients with female reproductive disorders* (14th ed.). Lippincott Williams & Wilkins. 1478-1492.

Vasconcelos, C., Silva Gomes, M. L., Ribeiro, G. L., Orlá, M., Geoffrion, R., & Vasconcelos Neto, J. A. (2020). Women and healthcare providers' knowledge, attitudes and practice related to pessaries for pelvic organ prolapse: A systematic review. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, *247*, 132-142. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.02.016.

Wu, Y. M., & Welk, B. (2019). Revisiting current treatment options for stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse: A contemporary literature review. *Research and Reports in Urology*, *11*, 179-188. https://doi.org/10.2147/RRU.S191555.

Manejo del peso 1260

M

Definición: Facilitación del mantenimiento del peso corporal y el porcentaje de grasa corporal óptimos.

Actividades:

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

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Alkhawaldeh, A., Khatatbeh, M., Al Bashtawy, M., Al-Awamreh, K., Al Qadire, M., Al Omari, O., Khasawneh, B., Al Bashtawy, B., Al Bashtawy, S., & Alshakh, H. (2017). Behavioural approaches to treating overweight and obesity in adolescents. *Nursing Children & Young People*, *29*(9), 44-46. https://doi.org/10.7748/ncyp.2017.e918.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed.). Pearson.

Cheng, F. W., Garay, J. L., & Handu, D. (2021). Weight management interventions for adults with overweight or obesity: An evidence analysis center scoping review. *Journal of the Academy of Nutrition & Dietetics*, *121*(9), 1855-1865. https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.07.022.

Coutts (2021). The nurse's role in providing strategies and advice on weight management. *British Journal of Nursing*, *30*(21), S20-S27. https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.21.S20.

Craven, F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

Ensign, A., & Couch, K. (2021). Improving effective weight management in a university health center. *Journal for Nurse Practitioners*, *17*(10), 1183-1188. https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2021.09.023.

Greathouse, K. L., Faucher, M. A., & Hastings-Tolsma, M. (2017). The gut microbiome, obesity, and weight control in women's reproductive health. *Western Journal of Nursing Research*, *39*(8), 1094-1119. https://doi.org/10.1177/0193945917697223.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Suire, K. B., Kavookjian, J., Feiss, R., & Wadsworth, D. D. (2021). Motivational Interviewing for weight management among women: A meta-analysis and systematic review of RCTs. *International Journal of Behavioral Medicine*, *28*(4), 403-416. https://doi.org/10.1007/s12529-020-09934-0.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

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.
- Monitorizar si hay incontinencia intestinal.
- Monitorizar 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* (pp. 1294-1380). 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* (pp. 259-284). 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.

M

Manejo del prurito 3550

Definición: Prevención y tratamiento de la sensación de prurito cutáneo.

Actividades:

- Determinar la causa (dermatológica, sistémica, medicaciones, psicógena).
- Realizar una exploración física de todo el cuerpo para ayudar a identificar la causa (p. ej., localización, inicio, duración, erupción, lesiones, síntomas sistémicos).
- Considerar la realización de pruebas diagnósticas de laboratorio y radiológicas, según esté indicado.
- Tratar o eliminar la causa (p. ej., infestación por insectos, infecciones, piel seca, reacción alérgica), según esté indicado.
- Proporcionar medidas de confort según esté indicado (p. ej., aplicaciones de frío, medicamentos, emolientes).
- Fomentar el uso de terapias emolientes completas (p. ej., aceites de baño dermatológicos, sustitutos del jabón, cremas hidratantes), según esté indicado.
- Indicar que se eviten los productos perfumados (p. ej., baños de burbujas, jabones, aceites).
- Indicar que se eviten los jabones de baño y geles de ducha que aumentan las zonas de piel seca.
- Colocar apósitos o férulas en la mano o en el codo durante el sueño para limitar arañazos incontrolados, según proceda.
- Aplicar cremas y lociones medicamentosas, según proceda.
- Administrar antipruriginosos, según esté indicado.
- Administrar antagonistas opiáceos, según esté indicado.
- Aplicar crema antihistamínica, según sea conveniente.
- Aplicar frío para aliviar la irritación.
- Considerar terapias complementarias y alternativas para las personas que reúnan los requisitos (p. ej., acupresión, aromaterapia, acupuntura).
- Alentar a utilizar un humidificador en casa.
- Aconsejar que no se utilice ropa muy ceñida y tejidos de lana o sintéticos.
- Enseñar a mantener las uñas cortas.
- Indicar que minimice la sudoración evitando ambientes cálidos.
- Informar al paciente de la necesidad de limitar el baño a una o dos veces por semana y durante no más de 20 minutos en el agua del baño, según sea conveniente.
- Indicar que se bañe con agua tibia, que se seque la piel a pequeños toques con la toalla, y que evite la fricción vigorosa de la piel para secarla.
- Indicar que se apliquen emolientes después del baño para conservar el agua absorbida en el baño.
- Fomentar el uso de una alfombrilla de baño antideslizante si se utilizan aceites y emolientes en el baño.
- Enseñar 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.
- Indicar a la persona con un yeso que no introduzca objetos en la abertura del yeso para rascarse la piel.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Bouya, S., Ahmadidarehsima, S., Badakhsh, M., Balouchi, A., & koochakzai, M. (2018). Effect of aromatherapy interventions on hemodialysis complications: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 32*, 130-138. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.06.008.

Campbell, P., Moss, J., Mulder, M., Roach, L., Wilson, N., Jacob, A., & Miles, H. (2020). The effectiveness of complementary and alternative medicine in the symptom management of pruritus in patients with end-stage kidney disease: A systematic review. *Renal Society of Australasia Journal, 16*(2), 58-68.

Golpanian, R., Gonzalez, J., & Yosipovitch, G. (2020). Practical approach for the diagnosis and treatment of chronic pruritus. *Journal for Nurse Practitioners, 16*, 590-596.

Pereira, M., & Ständer, S. (2017). Chronic pruritus: Current and emerging treatment options. *Drugs, 77*(9), 999-1007. https://doi.org/10.1007/s40265-017-0746-9.

Ragazzo, J., Cesna, A., & Battistella, M. (2017). Uremic Pruritis. *Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists, 28*(1), 28-33.

Song, J., Xian, D., Yang, L., Xiong, X., Lai, R., & Zhong, J. (2018). Pruritus: Progress toward pathogenesis and treatment. *BioMed Research International*(2018), 1-12. 1-12 https://doi.org/10.1155/2018/9625936esearch International. 2018 (2018) 1-12. https://doi.org/10.1155/2018/9625936.

Manejo del riesgo cardíaco 4050

Definición: Prevención de un episodio agudo de deterioro de la función 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). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.), 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., Foster, E., Hlatky, M. A., Hodgson, J. M., Kushner, F. G., Lauer, M. S., Shaw, L. J., Smith, S. C., Taylor, A. J., Weintraub, W. S., & Wenger, N. K. (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). Pearson.

Nazarko, L. (2008). Cardiology: Cardiac rehabilitation. *Nursing & Residential Care, 10*(9), 439-442.

Smith, S., Allen, J., Blair, S., Bonow, R., Brass, L., Fonarow, G., Grundy, S. M., Hiratzuka, L., Jones, D., Krumholtz, H. M., Mosca, L., Pasternak, R. C., Person, T., Pfeffer, M. A., & Taubert, K. A. (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), 402.

M

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Manejo del shock

4250

Definición: Facilitación del 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.
- Monitorizar la pulsioximetría, según corresponda.
- Administrar oxígeno y/o ventilación mecánica, según corresponda.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar las tendencias de los parámetros hemodinámicos (p. ej., presión venosa central, presión arterial media, presión de enclavamiento de la arteria pulmonar/capilar pulmonar).
- Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular (PaO_2, SaO_2, niveles de hemoglobina y gasto cardíaco), según disponibilidad.
- Monitorizar los niveles sublinguales de dióxido de carbono y/o la tonometría gástrica, según corresponda.
- Monitorizar los síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de PaO_2 bajos y $PaCO_2$ elevados y fatiga de los músculos respiratorios).
- 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.
- Realizar una prueba de provocación con líquidos i.v. mientras se controlan las presiones hemodinámicas y la diuresis, según corresponda.
- Administrar líquidos i.v. con cristaloides o coloides, según corresponda.
- Administrar concentrados de eritrocitos, plasma fresco congelado y/o plaquetas, según corresponda.
- Monitorizar el estado hiperdinámico del shock séptico tras la reposición de 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, incluyendo el peso diario y la diuresis horaria, así como las 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 las 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 inótropos, 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.

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. P., Carlet, J. M., Masur, H., Gerlach, H., Calandra, T., Cohen, J., Gea-Banacloche, J., Keh, D., Marshall, J. C., Parker, M. M., Ramsay, G., Zimmerman, J. L., Vincent, J. -L., & 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* (pp. 1152-1178). Lippincott Williams & Wilkins.

Porth, C. M. (2004). *Essentials of pathophysiology: Concepts of altered health states*. Lippincott Williams & Wilkins.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Tazbir, J. (2004). Sepsis and the role of activated protein C. *Critical Care Nurse, 24*(6), 40-45.

M

Manejo del shock: cardíaco 4254

Definición: Estimulación de una perfusión tisular adecuada en un paciente con un deterioro grave de la función de bombeo cardíaco.

Actividades:

- Monitorizar si hay signos y síntomas de descenso del gasto cardíaco.
- Auscultar los ruidos pulmonares para ver si hay crepitantes u otros ruidos adventicios.
- Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.
- Observar si hay perfusión arterial coronaria inadecuada (cambios del segmento ST en el ECG, enzimas cardíacas elevadas o angina), según corresponda.
- Monitorizar los estudios de coagulación, incluidos el tiempo de protrombina (TP), el tiempo de tromboplastina parcial (TTP), el fibrinógeno, los productos de degradación/escisión de la fibrina y el recuento de plaquetas, según corresponda.
- Monitorizar 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 la angiotensina o un balón intraaórtico de contrapulsación), según corresponda.
- Favorecer una precarga óptima minimizando al mismo tiempo la poscarga (p. ej., administrar nitratos manteniendo al mismo tiempo la presión de oclusión arterial pulmonar dentro del intervalo prescrito), según corresponda.
- Favorecer la perfusión adecuada de diversos sistemas orgánicos (mediante reposición de líquidos y/o vasopresores para mantener la 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., Hockman, J. S., Krumholz, H. M., Kushner, F. G., Lamas, G. A., Mullany, C. J., Ornato, J. P., Pearle, D. L., Sloan, M. A., Smith, S. C., Antman, E. M., Smith, S. C., Alpert, J. S., Anderson, J. L., Faxon, D. P., & Ornato, J. (2004). ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction—Executive summary. *Circulation, 110*(5), 588-636.

Bridges, E. J., & Dukes, S. (2005). Cardiovascular aspects of septic shock: Pathophysiology, monitoring, and treatment. *Critical Care Nurse, 25*(2), 14-40.

Hollenberg, S., Ahrens, T., Annane, D., Astiz, M., Chalfin, D., Dasta, J., Heard, S., Martin, C., Napolitano, L., Susla, G., Totaro, R., Vincent, J. -L., & Zanotti-Cavazzoni, S. (2004). Practice parameters for hemodynamic support of sepsis in adult patients: 2004 update. *Critical Care Medicine, 32*(9), 1928-1948.

Irwin, R. S., & Rippe, J. M. (Eds.). (2003). *Irwin and Rippe's intensive care medicine* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

McCance, K. L., & Huether, S. E. (2002). *Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children.* (4th ed.). Mosby.

M

Manejo del shock: sepsis 4255

Definición: Promoción de una perfusión tisular adecuada para una persona con disfunción orgánica potencialmente mortal y una respuesta sistémica hiperreactiva a la infección.

Actividades:

- Determinar el nivel de riesgo de sepsis.
- Utilizar herramientas de cribado apropiadas una vez establecido el nivel de riesgo (p. ej., evaluación secuencial del fallo orgánico [SOFA], SOFA rápida [qSOFA], criterios del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica [SRIS]).
- Identificar la presencia de situaciones de riesgo (p. ej., edad, personas debilitadas e inmunodeprimidas, enfermedades recientes, traumatismos, procedimientos invasivos, afecciones crónicas, cambios en la cognición y el afecto).
- Evaluar las constantes vitales y los valores de laboratorio utilizando los criterios prescritos de las herramientas de cribado.
- Utilizar el cribado de vigilancia en tiempo real.
- Identificar las posibles causas (p. ej., exposición reciente a una infección).
- Retirar cualquier posible fuente de infecciones (p. ej., vías intravenosas inflamadas, sondas urinarias con orina turbia).
- Seguir el protocolo del paquete de cuidados de la sepsis para todas las personas con resultados positivos en el cribado e infecciones confirmadas, en los plazos prescritos (es decir, el paquete de reanimación de 1 hora se inicia en la primera hora de presentación de la persona con sepsis o shock séptico; puede que no se realicen necesariamente todos los elementos del paquete en la primera hora tras el reconocimiento).
- Monitorizar continuamente los niveles de lactato cuando sea >2 mmol/l.
- Obtener hemocultivos lo antes posible y antes de administrar antibióticos.
- Administrar antibióticos i.v. de amplio espectro en la primera hora, según la prescripción.
- Administrar cristaloides i.v. en caso de hipotensión (PAM <65 mmHg) o lactato ≥4 mmol/l, según el protocolo y las normas del centro.
- Aplicar vasopresores si permanece hipotenso (PAM <65 mmHg) durante o después de la reposición de líquidos, según la prescripción.
- Utilizar vasopresores para mantener la PAM ≥65 mmHg.
- Reexaminar el estado de volumen y la perfusión tisular tras la administración inicial de líquido si persiste la hipotensión (PAM <65 mmHg) o si el lactato inicial era ≥4 mmol/l.
- Garantizar que se cumplen todos los criterios del paquete en los plazos prescritos (es decir, menos de 1 hora y no más de 6 horas).
- Aplicar los plazos de los criterios del paquete con inicio del tiempo cuando la persona cumple los criterios de cribado; en

urgencias el reloj comienza en el momento de la presentación al triaje.
- Documentar todas las reevaluaciones y las medidas de reanimación en curso.
- Realizar una exploración específica tras la reposición inicial de líquidos, que incluya al menos dos de las siguientes pruebas: PVC, SvO_2, ecografía cardiovascular a pie de cama, evaluación dinámica de la capacidad de respuesta a los líquidos con elevación pasiva de las piernas o provocación con líquidos.
- Mantener un cribado continuo de los criterios del SRIS en las personas de riesgo (p. ej., fiebre, FC, frecuencia respiratoria, $PaCO_2$; valores de laboratorio).
- Mantener un cribado continuo de los criterios de SOFA en las personas de riesgo que cumplan los requisitos (p. ej., presión arterial, frecuencia respiratoria, cualquier cambio en el estado mental).
- Mantener un cribado continuo de los criterios de qSOFA en las personas de riesgo que cumplan los requisitos (p. ej., niveles de oxígeno, valores de laboratorio, hipotensión que requiera soporte con vasopresores, puntuación de la Escala de Coma de Glasgow, diuresis).
- Asegurar la detección continua de shock séptico en personas que cumplan los criterios de sepsis (p. ej., disminución significativa de la diuresis, cambio brusco del estado mental, disminución del recuento de plaquetas, dificultad para respirar, función de bombeo cardiaco anormal, dolor abdominal).
- Comunicar el estado de sepsis en los informes de transferencia.
- Utilizar una técnica aséptica en todas las personas de riesgo e inmunodeprimidas.
- Asegurarse de que todos los catéteres y vías intravenosas se interrumpen lo antes posible.
- Monitorizar los indicadores de detección precoz (p. ej., aumento del nivel de lactato sérico, recuento de leucocitos normal o bajo, disminución del número de leucocitos segmentados, aumento del número de leucocitos inmaduros).
- Instruir sobre los signos de infección, cómo vigilar la temperatura, la necesidad de tomar todos los antibióticos prescritos hasta su finalización y la importancia del tiempo en caso de infecciones graves.
- Informar sobre las afecciones médicas subyacentes y los riesgos potenciales.
- Instruir sobre la necesidad de vacunación (p. ej., gripe, neumonía).
- Instruir sobre la necesidad de prevenir las infecciones limpiando cuidadosamente todas las heridas.
- Instruir para refrigerar adecuadamente los alimentos y evitar el consumo de carnes poco hechas.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Centers for Medicare and Medicaid Services. (2019). *Process of care measures reported under the Hospital Inpatient Quality Reporting (IQR) and Outpatient Quality Reporting (OQR) programs*. https://medicare.gov/hospitalcompare/Data/Measures.html.

Colorafi, K. J., Ferrell, K., D'Andrea, A., & Colorafi, J. (2019). Influencing outcomes with automated time zero for sepsis through statistical validation and process improvement. *mHealth, 5*, 36. https://doi.org/10.21037/mhealth.2019.09.04.

Cooper, A. (2020). Corticosteroids for treating sepsis in children and adults. *Critical Care Nurse, 40*(4), 83-84.

Delawder, J., & Hutton, L. (2020). An interdisciplinary code sepsis team to improve sepsis-bundle compliance: A quality improvement project. *Journal of Emergency Nursing, 46*(1), 91-98.

Flynn-Makic, M. B., & Bridges, E. (2018). Managing sepsis and septic shock: Current guidelines and definitions. *American Journal of Nursing, 118*(2), 34-39.

Kalantari, A., & Rezaie, S. R. (2019). Challenging the one-hour sepsis bundle. *The Western Journal of Emergency Medicine, 20*(2), 185-190.

Ladha, E., House-Kokan, M., & Gillespie, M. (2019). The ABCs of sepsis: A framework for understanding the pathophysiology of sepsis. *Canadian Journal of Critical Care Nursing, 30*(4), 12-21.

Levy, M., Evans, L., & Rhodes, A. (2018). The Surviving Sepsis Campaign bundle: 2018 update. *Intensive Care Medicine, 44*, 925-928.

Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., Kumar, A., Sevransky, J. E., Sprung, C. L., Nannally, M. E., Rochwerg, B., Rubenfeld, G. D., Angus, D. C., Annane, D., Beale, R. J., Bellinghan, G. J., Bernard, G. R., Chiche, J. -D., Coopersmith, C., De Backer, D. P., & Dellinger, R. P. (2017). Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. *Critical Care Medicine, 45*(3), 486-552.

Roney, J. K., Whitley, B. E., & Long, J. D. (2020). Implementation of a MEWS-Sepsis screening tool: Transformational outcomes of a nurse-led evidence-based practice project. *Nursing Forum, 55*, 144-148.

Seckel, M. (2019). Updating your sepsis practice. *Critical Care Nurse, 39*(4), 72.

Smith, S., & Zolotorofe, I. (2018). Sepsis screening for ambulatory care nursing. *AAACN Viewpoint, 40*(3), 3-7.

Worapratya, P., & Wuthisuthimethawee, P. (2019). Septic shock in the ER: Diagnostic and management challenges. *Open Access Emergency Medicine: OAEM, 11*, 77-86.

Manejo del shock: vasogénico 4256

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 epinefrina por vía subcutánea, i.v. o endotraqueal para la anafilaxia, si corresponde.
- Ayudar en la intubación endotraqueal temprana, según corresponda.
- Monitorizar el ECG.
- Administrar atropina para la bradicardia, según corresponda.
- Utilizar un marcapasos transcutáneo, según corresponda.
- Controlar el pantalón neumático antishock, según corresponda.
- 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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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).
- 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 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). 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. P., Carlet, J. M., Masur, H., Gerlach, H., Calandra, T., Cohen, J., Gea-Banacloche, J., Keh, D., Marshall, J. C., Parker, M. M., Ramsay, G., Zimmerman, J. L., Vincent, J. -L., & 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* (pp. 1152-1178). Lippincott Williams & Wilkins.

Hollenberg, S., Ahrens, T., Annane, D., Astiz, M., Chalfin, D., Dasta, J., Heard, S., Martin, C., Napolitano, L., Susla, G., Totaro, R., Vincent, J. -L., & 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.). Lippincott Williams & Wilkins.

M

Manejo del shock: volumen 4258

Definición: Favorecimiento de una perfusión tisular adecuada en un paciente con un deterioro grave del volumen vascular.

Actividades:

- Monitorizar la pérdida súbita de sangre, la deshidratación grave o la 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).
- Monitorizar el descenso de presión arterial sistólica a menos de 90 mmHg o un descenso de 30 mmHg en pacientes hipertensos.
- Monitorizar los niveles sublinguales de dióxido de carbono.
- Monitorizar 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 calentados, si está indicado.
- Administrar oxígeno y/o ventilación mecánica, según corresponda.
- Realizar una gasometría arterial y monitorizar la oxigenación tisular.
- Monitorizar el nivel de hemoglobina/hematocrito.
- Administrar hemoderivados (concentrados de eritrocitos, 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 ácido-base, perfiles metabólicos y electrólitos).

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

American Heart Association. (2005). 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* (pp. 1152-1178). 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: Society of Critical Care Medicine.

Porth, C. M. (2004). *Essentials of pathophysiology: Concepts of altered health states*. Lippincott Williams & Wilkins.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarthoncepts of altered health states* (Lippinc10th ed.). 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 prospectivamente los 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 el registro de síntomas o la lista de comprobación.
- Colaborar para priorizar los síntomas más problemáticos.
- Comentar la complejidad del manejo y la necesidad de actuar de forma escalonada para aliviar los síntomas individuales.
- Colaborar 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, suplementos de calcio).
- Prescribir medicación específica para los síntomas (p. ej., AINE, terapia hormonal), adecuada al nivel de práctica.
- Monitorizar si hay cambios en los síntomas.
- Animar a participar en grupos de apoyo de SPM, si existen.
- Remitir a un especialista, si procede.
- Fomentar el ejercicio físico, la terapia cognitiva-conductual y los cambios dietéticos.
- Ofrecer información sobre terapias alternativas o complementarias (p. ej., suplementos de calcio, vitamina D, *Vitex agnus-castus*, *Ginkgo biloba*).
- Explorar estrategias no farmacológicas para reducir el dolor (p. ej., compresas calientes, baño caliente, tumbarse en decúbito prono y colocar almohadas en la región abdominal).
- Favorecer estrategias para reducir el estrés y la ansiedad.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

Chin, L. N., & Nambiar, S. (2017). Management of premenstrual syndrome. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, 27*(1), 1-6.

Gnanasambanthan, S., & Datta, S. (2019). Premenstrual syndrome. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, 29*(10), 281-285.

Gudipally, P. R., & Sharma, G. K. (2020). Premenstrual syndrome. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560698/.

Heydari, N., Abootalebi, M., Jamalimoghadam, N., Kasraeian, M., Emamghoreishi, M., & Akbarzaded, M. (2018). Evaluation of aromatherapy with essential oils of Rosa damascena for the management of premenstrual syndrome. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 142*(2), 156-161.

Simsek Kucukkelepce, D., Unver, H., Nacar, G., & Tashan, S. T. (2021). The effects of acupressure and yoga for coping with premenstrual syndromes on premenstrual symptoms and quality of life. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 42*, 101282. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101282.

Manejo del torniquete neumático 2865

Definición: Cuidados del paciente al que se le realizan 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.*

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:
- Realizar una valoración exhaustiva de los episodios de vómito para determinar la rama de la vía emética implicada (es decir, sistema vestibular, zona gatillo quimiorreceptora).
- Valorar la gravedad y la intensidad de los síntomas utilizando una herramienta o escala de valoración (p. ej., diario de autocuidados, escala analógica visual, Escala Descriptiva de Duke, Índice de Rhodes de Náuseas y Vómitos [INV], versión 2).
- Determinar el color y la consistencia de los vómitos y la presencia de sangre.
- Determinar el momento y la fuerza de los vómitos.
- Medir o estimar el volumen del vómito.
- Revisar el historial previo al tratamiento, incluyendo el historial dietético con los gustos y aversiones y las preferencias culturales.
- Observar las señales no verbales de malestar, especialmente en el caso de lactantes, niños y personas incapaces de comunicarse eficazmente, como los enfermos de Alzheimer.
- Evaluar los factores precipitantes y atenuantes (p. ej., movimiento, alimentos, líquidos, hambre, aromas) y las características (p. ej., duración, frecuencia).
- Controlar los factores ambientales que pueden evocar el vómito (malos olores, ruido, estimulación visual desagradable).
- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenen o aumenten el vómito (ansiedad, miedo, ausencia de conocimiento).
- Colocar de forma adecuada para prevenir la aspiración durante los episodios.
- Mantener la vía aérea oral abierta durante los episodios.
- Proporcionar apoyo físico durante el vómito (p. ej., ayudar a inclinarse, sujetar la cabeza).
- Mantener la privacidad y la dignidad durante los episodios.
- Proporcionar alivio (p. ej., poner paños fríos en la frente, lavar la cara o proporcionar ropa limpia y seca) durante los episodios y después.
- Demostrar aceptación del vómito.
- Colaborar con la persona al elegir una estrategia de control del vómito.
- Sugerir que lleve una bolsa de plástico para contener el vómito.
- Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz.
- Limpiar después de los episodios poniendo especial atención en eliminar el olor.
- Esperar como mínimo 30 minutos después de los episodios antes de ofrecer líquidos (dando por sentado un tracto gastrointestinal y un peristaltismo normales).
- Empezar con una dieta líquida absoluta y no carbonatada.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos si durante un periodo 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.
- Monitorizar el equilibrio hidroelectrolítico (p. ej., turgencia de la piel, resultados de laboratorio).
- 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, aceites esenciales) para manejar el vómito.
- Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas junto con otras medidas de control del vómito.
- 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.
- Monitorizar los efectos del manejo del vómito.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Dilek, B., & Necmiye, C. (2020). Usage of aromatherapy in symptom management in cancer patients: A systematic review. *International Journal of Caring Sciences, 13*(1), 537-546.

Ford, C., & Park, L. (2020). Assessing and managing nausea and vomiting in adults. *British Journal of Nursing, 29*(11), 602-605.

Rothenberger, C. D. (2019). Hyperemesis gravidarum. *Med-Surg Matters, 28*(3), 4-6.

Walsh, D., Davis, M., Ripamonti, C., Bruera, E., Davies, A., & Molassiotis, A. (2017). 2016 Updated MASCC/ESMO consensus recommendations: Management of nausea and vomiting in advanced cancer. (Systematic Review). *Supportive Care in Cancer, 25*, 333-340.

Zorba, P., & Ozdemir, L. (2018). The preliminary effects of massage and inhalation aromatherapy on chemotherapy-induced acute nausea and vomiting: A quasi-randomized controlled pilot trial. *Cancer Nursing, 41*(5), 359-366.

M

Manejo intestinal 0430

Definición: Instauración y mantenimiento de un patrón regular de evacuación intestinal.

Actividades:

- Revisar el historial de salud, incluyendo diagnósticos, operaciones y hábito intestinal.
- Identificar los factores que afectan al hábito intestinal (p. ej., medicación, ejercicio, sueño, estrés, tabaquismo, dieta).
- Anotar los problemas intestinales preexistentes, la rutina intestinal y el uso de laxantes y enemas.
- Monitorizar las defecaciones, incluyendo la fecha, la frecuencia, la consistencia, el volumen, la forma y el color, según corresponda.
- Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación (p. ej., características de los ruidos intestinales, frecuencia y consistencia de las deposiciones).
- Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.
- Evaluar la incontinencia fecal, si es el caso.
- Enseñar los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.
- Consultar con un dietista, según sea necesario.
- Enseñar a registrar la frecuencia, la consistencia, el volumen, la forma y el color de las heces.
- Utilizar supositorios, enemas o dilatación rectal digital, según proceda.
- Poner en marcha un programa individualizado de entrenamiento intestinal, si resulta oportuno.
- Enseñar los principios del entrenamiento intestinal.
- Iniciar un horario ininterrumpido y coherente para defecar.
- Garantizar la privacidad.
- Modificar el programa intestinal, según sea necesario.
- Instruir sobre los hábitos intestinales saludables (p. ej., evitar el esfuerzo, posición adecuada en el inodoro).
- Utilizar biorretroalimentación, según la prescripción.
- Disminuir la ingesta de alimentos flatulentos, según corresponda.
- Instruir sobre los alimentos de alto contenido en fibra, según corresponda.
- Administrar líquidos calientes después de las comidas, si está indicado.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Belerwaltes, P., Church, P., Gordon, T., Ambartsumyan, L., Brei, T., Castillo, H., & Castillo, J. (2020). Bowel function and care: Guidelines for the care of people with spina bifida. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine, 13*(4), 491-498. https://doi.org/10.3233/PRM-200724.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

Dietz, N., Sarpong, K., Ugliweneza, B., Wang, D., Aslan, S. S., Castillo, C., Boakye, M., & Herrity, A. N. (2021). Longitudinal trends and prevalence of bowel management in individuals with spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation, 27*(4), 53-67. https://doi.org/10.46292/sci21-00008.

Patton, V. (2021). Nurse-initiated bowel management strategies for first-line management of faecal incontinence. *Journal of Stomal Therapy Australia, 41*(4), 14-17. https://doi.org/10.33235/jsta.41.4.14-17.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.

Montgomery and Navarro, 2008 Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

Mantenimiento de la salud oral 1710

Definición: Mantenimiento y favorecimiento de la higiene oral y la salud dental en personas con riesgo de desarrollar lesiones orales o dentales.

Actividades:

- Establecer una rutina de cuidados orales que incluya inspecciones orales periódicas con herramientas de medición de la salud oral.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.
- Monitorizar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes.
- Animar y ayudar a lavarse la boca si puede.
- Facilitar el cepillado de los dientes y el uso del hilo dental a intervalos regulares (p. ej., después de las comidas, antes de acostarse).
- Animar a los padres a que los niños empiecen a cepillarse los dientes y a usar hilo dental con regularidad en la edad preescolar.
- Recomendar el uso de cepillos de cerdas suaves.
- Enseñar a cepillarse los dientes, las encías y la lengua.
- Instruir sobre la técnica correcta de cepillado dental necesaria para la higiene oral (p. ej., sulcular, Bass, Stillman, Charters).
- Instruir y ayudar a realizar la higiene oral después de comer y con la frecuencia necesaria.
- Realizar la higiene oral, incluyendo el cepillado de dientes y el uso de hilo dental, si la persona no puede, dos veces al día como mínimo.
- Combinar el cepillado de dientes con antisépticos orales en personas de riesgo.
- Inspeccionar la boca cuando sea necesario para asegurarse de que los dientes están limpios.
- Enjuagar la boca enérgicamente con agua si la persona no puede cepillarse los dientes o usar hilo dental.
- Monitorizar la aparición de signos y síntomas de glositis y estomatitis, o de colonización bacteriana.
- Consultar al profesional sanitario o al dentista sobre el reajuste de alambres y aparatos y métodos alternativos de cuidado oral si se produce irritación de las mucosas orales a causa de estos dispositivos.
- Consultar al profesional sanitario si persisten la sequedad, la irritación y las molestias orales, o si se observa colonización bacteriana o por levaduras.
- Recomendar una dieta sana con alimentos gruesos y fibrosos (p. ej., frutas, verduras) y una ingesta adecuada de agua fluorada.
- Programar aplicaciones tópicas de flúor si no se dispone de agua fluorada.
- Monitorizar si se producen efectos terapéuticos derivados de los anestésicos tópicos, las cremas de protección oral y los analgésicos tópicos o sistémicos, según proceda.
- Identificar si hay factores de riesgo de aparición de estomatitis secundaria a tratamiento farmacológico.
- Programar las revisiones dentales según sea necesario (p. ej., cada 6 meses).
- Determinar el tipo de dientes artificiales (p. ej., prótesis inferior, prótesis superior, puente, prótesis completa).
- Asegurarse de que los dientes artificiales se van a extraer para su limpieza (p. ej., puente fijo).
- Asegurarse de que los dientes artificiales están bien ajustados y no causan molestias indebidas.
- Determinar la rutina actual de limpieza (p. ej., diaria, después de las comidas, remojo, cepillado).
- Utilizar pasta dentífrica o materiales de remojo apropiados para los dientes (p. ej., dentífrico, pastillas efervescentes) y compuestos de limpieza según lo indicado para las prótesis.
- Seguir las instrucciones del fabricante en relación con el tiempo o la frecuencia de remojo de las dentaduras postizas, y cómo guardarlas durante la noche.
- Notificar al dentista si la dentadura está floja o mal ajustada.
- Animar a los usuarios con dentadura postiza a cepillarse las encías y la lengua y a enjuagarse la cavidad oral a diario.
- Enseñar los cuidados y la aplicación de las prótesis dentales.
- Desaconsejar los hábitos de fumar y masticar tabaco, y la ingesta excesiva de alimentos y bebidas ricos en azúcar entre las comidas.
- Indicar que masque chicles sin azúcar para aumentar la producción de saliva y la limpieza de los dientes entre las comidas, si está indicado.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). *Hygiene. Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed.). Pearson. 669-685.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). Self-care and hygiene. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

Hockenberry, M. J., Rodgers, C. C., & Wilson, D. (2022). *Wong's essentials of pediatric nursing* (11th ed.). Elsevier.

Lim, C., Lee, H., & Park, G. (2021). Effects of oral care interventions on oral health and oral health-related quality of life among denture-wearing older adults. *Korean Journal of Adult Nursing, 33*(1), 76-86.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and technique* (10th ed.). Mosby.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed). Elsevier.

Winning, L., Lundy, F. T., Blackwood, B., McAuley, D. F., & Karim, I. E. (2021). Oral health care for the critically ill: A narrative review. *Critical Care, 25*, 1-8. https://doi.org/10.1186/s13054-021-03765-5.

Mantenimiento de procesos familiares 7130

Definición: Minimización de 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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 juntaos 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). 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.

M

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*. Anadem.

Gutch, C. F., Stoner, M. H., & Corea, A. L. (1993). *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel* (5th ed.). Mosby: St. Louis.

Lancaster, L.E. (Ed.). (1995). ANNA's core curriculum for nephrology nurses (3rd ed., Section X). American Nephrology Nurses.

Levine, D. Z. (1997). *Caring for the renal patient* (3rd ed.). W. B. Saunders.

Marketing social 8750

Definición: Utilización de los principios del *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*. 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.). 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.). 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.). Prentice Hall.

Snyder, M., & Tseng, Y. (2002). Massage. In M. Snyder, & R. Lindquist (Eds.), *Complementary/alternative therapies in nursing* (pp. 223-233). 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.

Masaje abdominal 1310

Definición: Proceso de realizar movimientos circulares de la mano en el abdomen para reducir el dolor, disminuir la distensión y mejorar el estreñimiento.

Actividades:

- Detectar contraindicaciones (p. ej., disminución de plaquetas, deterioro de la integridad de la piel, trombosis venosa profunda, zonas con lesiones abiertas, enrojecimiento o inflamación, tumores, hipersensibilidad al tacto).
- Colocar a la persona en decúbito supino de forma relajada.
- Explicar el procedimiento y los beneficios del masaje abdominal.
- Instruir en la técnica de respiración diafragmática.
- Mantener la intimidad antes de exponer el abdomen.
- Calentar las manos.
- Mover las manos en el sentido de las agujas del reloj o en sentido contrario, o formar las letras I, L, U y O con movimientos de las manos.
- Realizar el masaje abdominal al menos 2 horas después de haber comido.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Instruir sobre el volumen adecuado de ingesta diaria de líquidos si no hay limitación de líquidos.
- Instruir sobre la cantidad adecuada de fibra.
- Utilizar aceites esenciales durante el masaje para mejorar la reducción de los síntomas (p. ej., menta, hinojo, jengibre, anís, canela).
- Enseñar a defecar sentado en posición con la cadera doblada en ángulo de 90 grados mientras el cuerpo está erguido, si es posible.
- Enseñar a la persona en reposo absoluto a defecar en decúbito lateral con la cadera y la rodilla flexionadas.
- Monitorizar diariamente el hábito intestinal y cualquier distensión después del masaje abdominal.
- Documentar el masaje y la respuesta.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Birimoglu Okuyan, C., & Bilgili, N. (2019). Effect of abdominal massage on constipation and quality of life in older adults: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine, 47*, 102219. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.102219.

Çevik, K., Çetinkaya, A., Yiğit Gökbel, K., Menekşe, B., Saza, S., & Tıkız, C. (2018). The effect of abdominal massage on constipation in the elderly residing in rest homes. *Gastroenterology Nursing, 41*(5), 396-402. https://doi.org/10.1097/sga.0000000000000343.

Dehghan, M., Mehdipoor, R., & Ahmadinejad, M. (2018). Does abdominal massage improve gastrointestinal functions of intensive care patients with an endotracheal tube? A randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 30*, 122-128. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.018.

Fekri, Z., Aghebati, N., Sadeghi, T., & Farzadfard, M. T. (2021). The effects of abdominal "I LOV U" massage along with lifestyle training on constipation and distension in the elderly with stroke. *Complementary Therapies in Medicine, 57*, 102665. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102665.

Forootan, M., Bagheri, N., & Darvishi, M. (2018). Chronic constipation: A review of literature. *Medicine, 97*(20). https://doi.org/10.1097/MD.0000000000010631.

Li, J., Yuan, M., Liu, Y., Zhao, Y., Wang, J., & Guo, W. (2017). Incidence of constipation in stroke patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine, 96*(25). https://doi.org/10.1097/MD.0000000000007225.

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, establecer puntos en común, aclarar el significado, reformular, 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.
- Apoyar los esfuerzos de los participantes para favorecer la resolución.
- Monitorizar el transcurso del proceso de mediación.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

American Psychiatric Nurses Association. (2014). *Psychiatric-mental health nursing: Scope and standards of practice* (2nd ed.).

Benedikt, A., Suslo, R., Paplicki, M., & Drobnik, J. (2020). Mediation as an alternative method of conflict resolution: A practical approach. *Family Medicine & Primary Care Review, 22*(3), 235-239. https://doi.org/10.5114/fmpcr.2020.98252.

Keltner, N. L., & Steele, D. (2019). *Psychiatric nursing* (8th ed.). Elsevier.

Rebar, C. R., Gersch, C., & Heimgartner, N. M. (2020). *Psychiatric nursing made incredibly easy* (3rd ed.). Wolters Kluwer.

Sbordoni, E. C., Madaloni, P. N., Oliveria, G. S., Fogliano, R. R. F., Neves, V. R., & Balsanelli, A. P. (2020). Strategies used by nurses for conflict mediation. *Revista Brazileiria Enfermagen, 73*(suppl 5), e20190894. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0894.

Varcarolis, E. M., & Fosbre, C. D. (2021). *Essentials of psychiatric-mental health nursing* (4th ed.). Elsevier.

Mejora de la alfabetización en salud 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, incapa-

cidad 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.). J. B. Lippincott.

Dubrow, J. (2004). *Adequate literacy and health literacy: Prerequisites for informed health care decision making.* AARP Public Policy Institute.

Institute of Medicine. (2004). In L. Nielsen-Bohlman, A. Panzer, & D. Kindig (Eds.), *Health literacy: A prescription to end confusion.* National Academies Press.

Osborne, H. (2005). *Health literacy from A to Z. Practical ways to communicate your health message.* Jones and Bartlett.

Schwartzberg, J. G., VanGeest, J. B., & Wang, C. (Eds.). (2005). *Understanding health literacy: Implications for medicine and public health.* 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.

M

Mejora de la autoconciencia 5390

Definición: Ayuda a un paciente para 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.). Lippincott Williams & Wilkins.

Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed.). Mosby.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Mejora de la autoeficacia 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.* 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.). Prentice Hall.

M

Mejora de la autoestima 5400

Definición: Ayuda a un paciente para que mejore el juicio personal de su propia valía.

Actividades:

- Observar las afirmaciones del paciente sobre su propia valía.
- Determinar el locus de control del paciente.
- Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.
- Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente.
- Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.
- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Abstenerse de realizar críticas negativas.
- Ayudar al paciente a afrontar los abusos o las burlas.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, según corresponda.
- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.
- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar el efecto que tiene el grupo de compañeros sobre sus sentimientos de propia valía.
- Explorar los logros de éxitos anteriores.
- 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.
- Monitorizar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo.
- Monitorizar la falta de seguimiento en la consecución de objetivos.
- Monitorizar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda.
- Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

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). 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.

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 aging: Biological and psychosocial perspectives* (2nd ed.). Springer.

Boltz, M., Resnik, B., & Galik, E. (2013). *Nursing standard of practice protocol: Function-focused care (FFC) interventions.* https://consultgeri.org/geriatric-topics/function-focused-care-ffc-interventions.

Matzo, M., & Sherman, D. W. (2015). *Palliative care nursing: Quality care to the end of life* (4th ed.). Springer.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2013). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). Elsevier Mosby.

Williams, K., & Kemper, S. (2010). Exploring interventions to reduce cognitive decline in aging. *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services, 48*(5), 42-51.

Mejora de la colaboración 7615

Definición: Mejora de la colaboración interdisciplinar y entre profesionales sanitarios.

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

M

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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 diarias, repetir la información para confirmarla, método SBAR [Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación], ruegos y preguntas), según sea necesario.
- Continuar el diálogo sobre las cuestiones jurídicas y éticas aplicables a la situación.
- Abordar los conceptos erróneos y los estereotipos entre los miembros del equipo.
- Utilizar la negociación como estrategia para la resolución de conflictos.
- Valorar los beneficios del trabajo en equipo.

7.ª edición 2018

Bibliografía:

Freshman, B., Rubino, L., & Chassiakos, Y. R. (Eds.). (2010). *Collaboration across the disciplines in health care*. Jones and Bartlett.

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*, 2011.

The Joint Commission, *Improving patient and worker safety: Opportunities for synergy, collaboration and innovation*, 2012.

MacDonald, M., Bally, J., Ferguson, L., Murray, B., Fowler-Kerry, S., & Anonson, J. (2010). Knowledge of the professional role of others: A key interprofessional competency. *Nurse Education in Practice, 10*(4), 238-242.

Steelcase WorkSpace Futures. (2010). How the workplace can improve collaboration. http://www.steelcase.com/content/uploads/2015/01/threesixty-collaboration-white-paper-v2.6.pdf.

Mejora de la comunicación: déficit auditivo 4974

Definición: Uso de estrategias que aumenten las capacidades de comunicación de las personas con hipoacusia.

Actividades:
- 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 prótesis auditivas y de dispositivos de escucha asistida (p. ej., amplificador telefónico, dispositivos con cable, modulación de frecuencia personal y ordenadores).
- Retirar e insertar las prótesis auditivas de forma adecuada.
- Retirar la batería de la prótesis auditiva 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 prótesis auditivas de forma periódica, sustituyéndolas cuando sea necesario.
- Remitirse a las instrucciones del fabricante sobre el uso adecuado, el cuidado y el mantenimiento de las prótesis auditivas 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 prótesis auditivas y los dispositivos de escucha asistida.
- Ayudar al paciente o la familia a comprar las prótesis auditivas 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* (p. 485). Mosby.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Mejora de 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). Lippincott Williams & Wilkins.

Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L. (2010). *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care* (6th ed.). 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). https://doi.org/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). https://doi.org/10.1002/14651858.CD004110.

Mejora de 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.*

Craven, R., & Hirnle, C. (2009). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed.). 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). 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.

M

Mejora de la imagen corporal 5220

Definición: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes hacia el propio ser físico.

Actividades:

- Determinar las expectativas de imagen corporal, en función del estadio de desarrollo.
- Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación para los cambios de imagen corporal que sean previsibles.
- Determinar si el disgusto percibido por ciertas características físicas crea una parálisis social disfuncional en adolescentes y otros grupos de alto riesgo.
- Ayudar a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda.
- Ayudar 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.
- Ayudar a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda.
- Comentar los cambios causados por la pubertad, si resulta oportuno.
- Comentar la influencia de las cogniciones (p. ej., creencias irracionales, pensamiento dicotómico, pensamientos automáticos, errores cognitivos) y el rol en los sentimientos y las conductas relacionados con la imagen corporal.
- Comentar los cambios causados por un embarazo normal, según corresponda.
- Comentar los cambios causados por el envejecimiento, según corresponda.
- Determinar las percepciones que tienen la persona y la familia de la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.
- Enseñar los cambios normales del cuerpo asociados a los diversos estadios del envejecimiento, según corresponda.
- Determinar si el cambio en la imagen corporal ha contribuido al mayor aislamiento social.
- Comentar los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía.
- Identificar la influencia de la cultura, la religión, la raza, el sexo, el género y la edad en la imagen corporal.
- Observar la frecuencia de las afirmaciones de autocrítica.
- Observar si la persona puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.
- Comentar cómo la imagen corporal negativa se expresa en diversas conductas (p. ej., revisar el cuerpo, pesarse, medirse, pellizcarse, mirarse en el espejo), la evitación del cuerpo (p. ej., evitar los espejos, llevar ropa holgada) o la preocupación por la apariencia (p. ej., esfuerzos que requieren mucho tiempo para arreglarse, controlar o alterar la apariencia).
- Enseñar a monitorizar y reestructurar los pensamientos utilizando un registro, un diario o una agenda.
- Enseñar a cambiar y mejorar el uso de lenguaje negativo sobre la imagen corporal para describir el cuerpo (p. ej., «tengo una barriga asquerosa») por afirmaciones sin prejuicios y basadas en hechos, como «tengo una barriga redonda».
- Enseñar a centrar menos la atención en las partes del cuerpo que no gustan y a prestar más atención a otras partes del cuerpo y a ver el cuerpo como un todo.
- Realizar ejercicios de visualización guiada diseñados para centrar y dirigir la imaginación para revivir acontecimientos importantes que influyeron en la imagen corporal.
- Comentar los trastornos alimentarios y las conductas y cogniciones relacionadas, incluidos los factores de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario, patrones alimentarios poco saludables (p. ej., atracones, ayuno, restricción dietética, ejercicio excesivo).
- Utilizar ejercicios de exposición con el objetivo de extinguir gradualmente las reacciones y situaciones negativas de la imagen corporal (p. ej., exposición al espejo para mostrar a la persona su propio cuerpo).
- Crear y acordar un contrato verbal o escrito con tareas específicas.
- Identificar las barreras para realizar una conducta específica y planificar formas de superarlas.
- Proporcionar retroalimentación sobre las conductas o el rendimiento en las tareas.
- Animar a la persona a seguir realizando los ejercicios cognitivos o conductuales diseñados para mejorar la percepción de la imagen corporal.

- Comentar el concepto de estrés, qué es el estrés (p. ej., formas saludables y no saludables), qué causa el estrés y las consecuencias del estrés para la salud y el bienestar.
- Utilizar técnicas de manejo del estrés que no se centren en la cognición y las conductas relacionadas con la imagen corporal, sino que traten de reducir la ansiedad y el estrés (p. ej., relajación muscular progresiva, respiración profunda).
- Proporcionar información sobre recursos de ayuda alternativos (p. ej., libros de autoayuda, sitios web, redes sociales, grupos de apoyo).
- Comentar las causas de la imagen corporal negativa (p. ej., influencia de los medios de comunicación, recibir comentarios negativos específicos o burlas sobre el propio peso, necesidad interna de perfeccionismo).
- Proporcionar formación en alfabetización mediática para ayudar a descifrar los mensajes de los medios de comunicación que establecen imágenes poco realistas de la belleza críticas con los tipos de cuerpo.
- Comentar estereotipos, prejuicios y discriminación relacionados con el género o la apariencia (p. ej., estereotipos sobre mujeres u hombres, personas delgadas o con sobrepeso, impacto de los prejuicios y la discriminación en la imagen corporal).
- Ayudar en el uso de estrategias diseñadas para resistir el impacto de los medios de comunicación (p. ej., evitar fuentes negativas).
- Proporcionar imágenes empoderadoras alternativas de mujeres u hombres que vayan en contra del ideal de belleza actual.
- Discutir el concepto de autoestima, cómo se forma la autoestima, qué factores influyen en la autoestima y cómo se relaciona la autoestima con el bienestar.
- Proporcionar ejercicios de mejora de la autoestima diseñados para aumentar la autoestima positiva (p. ej., escribir una lista de talentos y rasgos positivos de la personalidad).
- Comentar la actividad física y su papel en el favorecimiento de una imagen corporal saludable.
- Comentar las relaciones interpersonales que influyen en la imagen corporal (p. ej., presión de los compañeros, rechazo social, inaceptabilidad e impacto de las burlas basadas en la apariencia, efectos del discurso sobre la gordura).
- Enseñar el uso de habilidades interpersonales diseñadas para mejorar la comunicación con los demás (p. ej., expresar opiniones, cómo resolver conflictos interpersonales).
- Ofrecer ejercicios de atención plena diseñados para favorecer una imagen corporal positiva (p. ej., respiración profunda, barrido corporal, meditación, alimentación consciente).
- Comentar las consecuencias psicológicas de una imagen corporal negativa, como el desarrollo de trastornos alimentarios, depresión, baja autoestima o ansiedad social.
- 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 la relevancia de las respuestas del niño a los cambios corporales y la futura adaptación, según corresponda.
- Ayudar a identificar los sentimientos previos a la intervención con el niño, según corresponda.
- Ayudar a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ellas.
- Identificar medios para reducir el efecto causado por cualquier desfiguración mediante ropa, pelucas o cosméticos, según corresponda.
- Ayudar a identificar acciones que mejoren su aspecto.
- Ayudar a la persona hospitalizada a aplicarse cosméticos antes de las visitas, según corresponda.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

M

Bibliografía:

Aboody, D., Siev, J., & Doron, G. (2020). Building resilience to body image triggers using brief cognitive training on a mobile application: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 134*, 103723. https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103723.

Johnson, S., Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P., Shafran, R., & Wade, T. D. (2019). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for perfectionism: Targeting dysmorphic concern. *Body Image, 30*, 44-55.

Morgan, K. I., & Townsend, M. C. (2021). *Davis Advantage for psychiatric mental health nursing* (10th ed.). F. A. Davis.

Varcarolis, E. M., & Fosbre, C. D. (2021). *Essentials of psychiatric mental health nursing: A communication approach to evidence-based care* (4th ed.). Elsevier.

Mejora de la práctica religiosa 5424

Definición: Facilitación de la participación en las prácticas religiosas preferidas.

Actividades:

- Tratar a las personas con dignidad y respeto.
- Dar oportunidades para debatir sobre distintos sistemas de creencias.
- Fomentar el debate sobre cuestiones religiosas.
- Fomentar la participación en rituales o prácticas religiosas que no sean perjudiciales para la salud o la seguridad.
- Identificar los deseos respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, ceremonias de circuncisión o prácticas alimentarias).
- Proporcionar acceso a cuidados pastorales o a un asesor religioso de su elección.
- Ofrecer un espacio tranquilo o sagrado para la persona y los visitantes, cuando sea posible.
- Facilitar el acceso a artículos religiosos relevantes (p. ej., Biblia, Corán, alfombra de oración, rosario, chador, velo, kipá, manto de oración).
- Demostrar respeto cuando se expongan o entreguen objetos religiosos.
- Fomentar la planificación de rituales, la participación y la asistencia, según proceda.
- Coordinar o facilitar el transporte al lugar de culto, cuando sea posible.
- Proporcionar acceso por vídeo o audio a los servicios religiosos, cuando esté disponible.
- Coordinar o proporcionar servicios de curación, comunión, meditación u oración en el lugar de residencia o en otro contexto.
- Explorar alternativas para el culto.
- Animar a reflexionar sobre experiencias espirituales pasadas significativas.
- Desarrollar un sentido de la medida del tiempo para la oración o el ritual para evitar las interrupciones.
- Ayudar a hacer los cambios deseados.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

3.ª edición 2000; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

American Psychiatric Nurses Association. (2014). *Psychiatric-mental health Nursing: Scope and Standards of Practice.* (2nd ed.).

Ayyari, T., Salehabadi, R., Rastaghi, S., & Rad, M. (2020). Effects of spiritual interventions on happiness level of the female elderly residing in nursing home. *Journal of Evidence-based Care, 10*(1), 36-43.

Jones, C. L. C. (2020). Spiritual well-being in older adults: A concept analysis. *Journal of Christian Nursing, 37*(4), E31-E38. https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000770.

Keltner, N. L., & Steele, D. (2019). *Psychiatric nursing* (8th ed.). Elsevier.

Lopes de Souza, P. T., de Araújo Ferreira, J., Cassia Silva de Oliveira, E., Alves de Lima, N. B., da Rocha Cabral, J., & de Oliveira, R. C. (2019). Basic human needs in intensive care. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental, 11*(4), 1011-1016. https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1011-1016.

Rebar, C. R., Gersch, C., & Heimgartner, N. M. (2020). *Psychiatric nursing made incredibly easy* (rd ed.). Wolters Kluwer.

Timmins, F., & Caldeira, S. (2017). Understanding spirituality and spiritual care in nursing. *Nursing Standard, 31*(22), 50-57.

Varcarolis, E. M., & Fosbre, C. D. (2021). *Essentials of psychiatric-mental health nursing* (4th ed.). Elsevier.

Mejora de la socialización 5100

Definición: Facilitación de 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 futuras por parte del paciente.
- Fomentar la planificación de actividades especiales por parte de grupos pequeños.
- Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2008

Bibliografía:

Frisch, N. (2006). Group therapy. In N. Frisch, & L. Frisch (Eds.), *Psychiatric mental health nursing* (pp. 756-769). Delmar.

Hawkins, J., Kosterman, R., Catalano, R., Hill, K., & Abbott, R. (2005). Promoting positive adult functioning through social development intervention in childhood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 159*(1), 25-31.

Kopelowicz, A., & Liberman, R. (2003). Integrating treatment with rehabilitation 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). 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). 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). Mosby.

Weiss, S. (2004). Children. In C. Kneisl, H. Wilson, & E. Trigoboff (Eds.), *Contemporary psychiatric-mental health nursing* (pp. 589-614). Prentice Hall.

Mejora de la tos 3250

Definición: Favorecimiento de una inhalación profunda con la subsiguiente producción de altas presiones intratorácicas y compresión del parénquima pulmonar subyacente para la expulsión forzada de aire.

Actividades:

- Ayudar a sentarse con la cabeza ligeramente flexionada, los hombros relajados y las rodillas flexionadas.
- Animar a que realice varias respiraciones profundas.
- Animar a que realice una respiración profunda, la mantenga durante 2 segundos y tosa dos o tres veces seguidas.
- Utilizar diversas técnicas para ayudar a toser eficazmente (p. ej., tos dirigida, ayuda a la tos con compresión forzada del abdomen, tos asistida manualmente, respiración diafragmática).
- Indicar al paciente que inspire profundamente, se incline ligeramente hacia delante 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 después de toser haga varias inspiraciones máximas.
- Fomentar el uso del incentivador respiratorio, según corresponda.
- Favorecer la hidratación por vía sistémica, según corresponda.
- Fomentar la deambulación, según proceda.
- Ofrecer dispositivos de apoyo (p. ej., manta doblada, almohada, manos abiertas) para entablillar las incisiones y minimizar el dolor durante la tos dirigida.
- Ayudar a utilizar una almohada o una sábana enrollada como tablilla contra la herida al toser.
- Evaluar la eficacia de la tos.
- Animar a las personas con infecciones respiratorias o enfermedades pulmonares crónicas a que respiren profundamente y tosan cada 2 horas mientras están despiertas.
- Animar a las personas con producción de esputo abundante a respirar profundamente y toser cada hora mientras están despiertas.
- 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.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Boon, C. J. W. (2021). Oxygenation. In P. A Potter, A. G. Perry, P. A Stockert, & A. M. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (pp. 930-935). Elsevier.

Bryant, R. (2022). The child with respiratory dysfunction. In Hockenberry, Rodgers & Wilson (Eds.), *Wong's essentials of pediatric nursing* (11th ed., pp. 619-677). Elsevier.

Jett, K. (2020). Respiratory health and illness. In K. Jett, & T. A. Touhy (Eds.), *Toward healthy aging* (pp. 315-320). Elsevier.

Slang, R., Finsrud, L. T., & Olsen, B. F. (2020). Nursing interventions in intensive care unit patients with breathing difficulties: A scoping review of the evidence. *Nordic Journal of Nursing Research*, *40*(4), 176-187. https://doi.org/10.1177/2057158520948834.

Stacy, K. (2022). Pulmonary therapeutic management. In L. D. Urden, K. M. Stacy, & M. E. Lough (Eds.), *Critical care nursing: Diagnosis and management* (pp. 499-532). Elsevier.

Williams, P. (2020). Activity and exercise. In *Basic geriatric nursing* (7th ed., pp. 310-332). Elsevier.

M

Mejora de las aptitudes para la vida diaria 5326

Definición: Desarrollo de 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 objetivos contrapuestos).
- 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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 del lugar de trabajo (p. ej., mejora del rendimiento en el trabajo, aprendizaje sobre el lugar específico de trabajo y las expectativas de rendimiento, realización de amistades y socialización apropiada).
- Identificar y organizar la participación en actividades de ocio.
- Ayudar en la gestión de las finanzas y la creación de un presupuesto, si está indicado.
- Incluir a la familia u otros allegados, según corresponda.

M

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Bartels, S., Forester, B., Mueser, K., Miles, K., Dums, A., Pratt, S. I., & Perkins, I. (2004). Enhanced skills training and health care management for older persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal, 40*(1), 75-90.

Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (2004). *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide* (2nd ed.). Guilford Press.

Grawe, R. W., Hagen, R., Espeland, B., & Mueser, K. T. (2007). The better life program: Effects of group skills training for persons with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Mental Health, 16*(5), 625-634.

Liberman, R. P. (2007). Dissemination and adoption of social skills training: Social validation of an evidence-based treatment for the mentally disabled. *Journal of Mental Health, 16*(5), 595-623.

Liberman, R. P., Glynn, S. M., Blair, K. E., Ross, D., & Marder, S. R. (2002). In vivo amplified skills training: Promoting generalization of independent living skills for clients with schizophrenia. *Psychiatry, 65*(2), 137-155.

World Health Organization. *Partners in life skills education: Conclusions from a United Nations inter-agency meeting*. 1999.

Mejora de los sistemas de apoyo 5440

Definición: Facilitación del 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.
- Monitorizar la situación familiar actual y la red de apoyo.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
- Remitir a un grupo de autoayuda, o a un recurso basado en internet si se considera oportuno.
- Determinar los puntos fuertes y débiles de los recursos comunitarios y aconsejar los cambios cuando sean apropiados.
- Remitir a programas comunitarios de prevención o tratamiento, según corresponda.
- Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.
- Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación.
- Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador.
- Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.

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*. World Health Organization.

Dossey, B. M., & Keegan, L. (2009). *Holistic nursing: A handbook for practice* (5th ed.). 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. (2009). Prevention and mental health promotion. In G. W. Stuart (Ed.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (pp. 172-183). Mosby Elsevier.

Mejora de roles 5370

Definición: Ayuda a un paciente, a un ser querido y/o a la familia para que mejore sus relaciones clarificando y complementando las conductas de rol específicas.

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 anticipe a las reacciones de los demás ante la adopción de dicho rol.
- Facilitar la conversación del cambio de roles de los hermanos con la llegada del lactante, según corresponda.
- Proporcionar oportunidades de convivencia para ayudar a clarificar los papeles de los progenitores, si es el caso.
- Facilitar la conversación de las adaptaciones de roles relacionadas con los niños que se marchan de casa (síndrome del nido vacío), si resulta oportuno.
- Servir como modelo de rol para aprender nuevas conductas, según corresponda.
- Facilitar la oportunidad al paciente de que practique el rol con nuevas conductas.
- Facilitar la conversación sobre las expectativas entre el paciente y el ser querido en los papeles recíprocos.
- Enseñar las nuevas conductas que necesita el paciente/progenitor para cumplir con un rol.
- Facilitar las interacciones grupales de referencia como parte del 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). Mosby.

Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T., & Jett, K. (2005). *Gerontological nursing & healthy aging* (2nd ed.). 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). 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.). 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). W. B. Saunders.

M

Mejora del 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.
- 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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 afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.
- Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.
- Ayudar al paciente a afrontar el duelo y superar las pérdidas causadas por la enfermedad y/o discapacidad crónica, si es el 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 ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Carroll-Johnson, R., Gorman, L., & Bush, N. (Eds.). (2006). *Psychosocial nursing care along the cancer continuum* (2nd ed.). Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society.

Clarke, P., & Black, S. E. (2005). Quality of life following stroke: Negotiating disability, identity, and resources. *Journal of Applied Gerontology, 24*(4), 319-336.

Garcia, C. (2009). Conceptualization and measurement of coping during adolescence: A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship, 42*(2), 166-185.

Lorenz, R. (2010). Coping with preclinical disability: Older women's experiences of everyday activities. *Journal of Nursing Scholarship, 42*(4), 439-447.

Meadus, R. J. (2007). Adolescents coping with mood disorder: A grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*(2), 209-217.

Pavlish, C., & Ceronsky, L. (2009). Oncology nurses' perceptions of nursing roles and professional attributes in palliative care. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 13*(4), 404-412.

Peek, G., & Melnyk, B. (2010). Coping interventions for parents of children newly diagnosed with cancer: An evidence review with implications for clinical practice and future research. *Pediatric Nursing, 36*(6), 306-313.

Stuart, G. W. (Ed.). (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing* (9th ed.). Mosby Elsevier.

Mejora del desarrollo: lactantes 8278

Definición: Facilitación del 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 estos.
- 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). Prentice Hall, Pearson.

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* (pp. 34-43). 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* (pp. 499-565). 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). Elsevier.

M

Mejora del sueño 1850

Definición: Facilitación de ciclos regulares de sueño y vigilia.

Actividades:

- Determinar el patrón de sueño y actividad.
- Tener en cuenta el ciclo regular de sueño y vigilia en la planificación de los cuidados.
- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante diferentes fases y acontecimientos de la vida (p. ej., embarazo, enfermedad, situaciones de estrés psicosocial, etc.).
- Determinar los efectos que tiene la medicación sobre el patrón de sueño.
- Monitorizar y registrar el patrón y el número de horas de sueño.
- Monitorizar el patrón de sueño y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor o molestias y frecuencia urinaria) y psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Indicar que monitorice los patrones de sueño.
- Monitorizar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar el cansancio excesivo.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Indicar que se limite el uso de dispositivos electrónicos (p. ej., teléfono, internet, televisión).
- Disminuir o eliminar los cuidados nocturnos rutinarios no esenciales.
- Animar a establecer una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales a la hora de irse a la cama, los indicios de inicio de sueño y los objetos familiares (para los niños su manta/juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro, un baño caliente, etc.), según corresponda.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Monitorizar la ingesta de alimentos y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.
- Indicar que se eviten los alimentos y las bebidas que interfieran en el sueño a la hora de irse a la cama (p. ej., bebidas con cafeína, alimentos con alto contenido de azúcar, alimentos formadores de gas).
- Ayudar a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda.
- Enseñar a realizar relajación muscular autógena u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.
- Iniciar medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.
- Fomentar el uso de dispositivos y aplicaciones para mejorar el sueño, según proceda.
- Proporcionar medidas no farmacológicas para mejorar el sueño (p. ej., aromaterapia, disminución de la intensidad de la luz).
- Considerar combinaciones de dispositivos, medidas de confort y mejoras no farmacológicas.
- Favorecer 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 y permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño y vigilia.
- Instruir 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 patrón del sueño.
- Guiar en el desarrollo de un protocolo de higiene del sueño (p. ej., seguir un horario regular de sueño, levantarse de la cama cuando no se pueda dormir, no pasar demasiado tiempo en la cama, evitar tareas excesivas en la cama, hacer que el dormitorio sea cómodo).
- Tener en consideración las medicaciones para el sueño.

© Elsevier. Prohibida su reproducción en un delito.

- Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresor(es) de la fase REM (p. ej., melatonina).
- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales, según esté indicado.
- Comentar técnicas para favorecer el sueño.
- Proporcionar información escrita sobre técnicas para mejorar el sueño.
- Documentar las instrucciones y las respuestas.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Bion, V., Lowe, A. S., Puthucheary, Z., & Montgomery, H. (2018). Reducing sound and light exposure to improve sleep on the adult intensive care unit: An inclusive narrative review. *Journal of the Intensive Care Society, 19*(2), 138-146. https://doi.org/10.1177/1751143717740803.

Capezuti, E., Sagha Zadeh, R., Pain, K., Basara, A., Jiang, N. Z., & Krieger, A. C. (2018). A systematic review of non-pharmacological interventions to improve nighttime sleep among residents of long-term care settings. *BMC Geriatrics, 18*(1), 1-18.

Jun, J., Kapella, M. C., & Hershberger, P. E. (2021). Non-pharmacological sleep interventions for adult patients in intensive care units: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing, 67*, 103124. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103124.

Sullan, M. J., Patel, B. B., Bauer, R. M., & Jaffee, M. S. (2021). Impact of a sleep enhancement protocol on nighttime room entries in an inpatient rehabilitation facility. *Rehabilitation Nursing, 46*(4), 232-243. https://doi.org/10.1097/RNJ.0000000000000291.

Whitman, E. (2017). Using music to stabilize NICU babies—as well as their parents. *Modern Healthcare, 47*(17), 0028.

Williams, R., Jacques, K. K., Mirza, S., Matters, L., & Guerrier, L. D. (2021). Care square. *Nursing, 51*(9), 66-70. https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000769884.72964.d9.

M

Micción estimulada 0640

Definición: Favorecimiento de 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 y determinar la probabilidad de éxito.
- Establecer intervalos del programa inicial de micción estimulada a partir del patrón miccional.
- Establecer un inicio y un final para el programa de micción estimulada, si no es de 24 horas.
- Respetar los intervalos prescritos para la micción estimulada con un margen de ±15 minutos.
- Conceder tiempo para que solicite ayuda para ir al baño.
- Determinar la conciencia del estado de continencia preguntándole si está mojado o seco.
- 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.
- Utilizar una comunicación respetuosa en todas las peticiones de orinar.
- Estimular el uso del inodoro 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 a tomar conciencia de la continencia urinaria entre sesiones de ir al baño, si no presenta alteraciones cognitivas.
- Enseñar a solicitar por sí mismo ir al baño en respuesta a la urgencia de orinar.
- Documentar los resultados de las sesiones de uso del inodoro en la historia clínica.
- Comentar el registro de continencia con el personal para reforzar y estimular la conformidad con el programa de micción estimulada de forma semanal y según sea necesario.
- Ofrecer al personal formación periódica para asegurar que tienen un nivel de confort adecuado con la intervención.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Lai, C. K. Y., & Wan, X. J. (2017). Using prompted voiding to manage urinary incontinence in nursing homes: Can it be sustained? *Journal of the American Medical Directors Association, 18*(6), 509-514.

Newman, D. K. (2019). Evidence-based practice guideline: Prompted voiding for individuals with urinary incontinence. *Journal of Gerontological Nursing, 45*(2), 14-26. https://doi.org/10.3928/00989134-20190111-03.

Rosenberg, K. (2017). Prompted voiding offers long-term benefits to nursing home residents. *AJN, American Journal of Nursing, 117*(11), 61. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000526751.14668.c6.

Modificación de la conducta 4360

Definición: Promoción de un cambio de conducta.

Actividades:

- Determinar la motivación para un cambio de conducta.
- Ayudar a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos.
- Identificar el problema en términos de conducta.
- Identificar la conducta que ha de cambiarse (conducta diana) en términos específicos, concretos.
- Desglosar las conductas que han 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.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables.
- Presentar a personas y grupos que hayan superado con éxito la misma experiencia.
- Facilitar el aprendizaje de la conducta deseada utilizando técnicas de modelado.
- Garantizar la coherencia en la aplicación de estrategias para el cambio por parte de todo el personal.
- Reforzar las decisiones constructivas respecto a las necesidades sanitarias.
- Proporcionar una retroalimentación cuando esté sin síntomas y parezca relajado.
- Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos por cambiar la conducta.
- Ofrecer un refuerzo positivo a las decisiones que hayan sido tomadas de forma independiente.
- Animar a que examine su propia conducta.
- Ayudar a identificar incluso los pequeños éxitos logrados.
- Animar al paciente a participar en el seguimiento y el registro de las conductas.
- Comentar el proceso de modificación de la conducta con todas las personas implicadas.
- Facilitar la implicación de otros profesionales sanitarios en el proceso de modificación, según corresponda.
- Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación, según corresponda.
- Desarrollar un acuerdo terapéutico para apoyar la puesta en práctica de un sistema de cupones o puntos.
- Favorecer la adquisición de habilidades reforzando sistemáticamente los componentes simples de la habilidad o la tarea.
- 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 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.
- 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).
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2013 y 2024

Bibliografía:

Gonzalez, T. M., Katic, B. J., Torres-Pagán, L., Divney, A., & Echeverria, S. E. (2020). Report of health behavior modification among Latinos diagnosed with multiple cardiovascular risk factors. *Medical Care*, *58*(1), 59-64.

Hooker, S. A., Punjabi, A., Justesen, K., Boyle, L., & Sherman, M. D. (2018). Encouraging health behavior change: Eight evidence-based strategies: Using these brief interventions, you can help your patients make healthy behavior changes. *Family Practice Management*, *25*(2), 31-36.

Martin, G., & Pear, J. (2019). *Behavior modification: What it is and how to do it*. Taylor and Francis.

Oral, A. (2020). Are environmental and behavioural modifications useful for improving food and liquid intake in individuals with dementia? A Cochrane Review summary with commentary. *Australasian Journal on Ageing*, *39*(3), 313-316.

Piatkowski, C., Faulkner, G. E., Guhn, M., & Mâsse, L. C. (2020). User characteristics and parenting practices associated with adolescents' initial use of a lifestyle behavior modification intervention. *Childhood Obesity*, *16*(6), 367-378.

Townsend, M. C., & Morgan, K. L. (2018). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (9th ed.). F. A. Davis.

Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric-mental health nursing* (8th ed.). Wolters Kluwer.

Modificación de la conducta: habilidades sociales 4362

Definición: Utilización de estrategias conductuales para desarrollar o mejorar las habilidades sociales interpersonales.

Actividades:

- Acercarse con una preocupación genuina.
- Pedir que cuente su historia en relación con los problemas de conducta interpersonal.
- Ayudar a identificar los problemas de conducta debidos a la forma en la que una persona se relaciona con otras.
- Utilizar un programa de entrenamiento en habilidades interpersonales basado en evidencias conductuales.
- Animar a expresar los sentimientos (positivos y negativos) asociados con los problemas interpersonales.
- Ayudar a identificar los resultados deseados de las relaciones o situaciones interpersonales problemáticas.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Ayudar a determinar si los objetivos deseados son realistas y se pueden conseguir, o si hacen falta mejores objetivos.
- Ayudar a identificar pautas posibles de acción y sus consecuencias sociales o interpersonales, incluyendo cambios que es probable que experimenten por los nuevos objetivos relativos a las relaciones.
- Identificar habilidades sociales específicas usando discusión guiada y ejemplos que serán el foco del entrenamiento.
- Ayudar a identificar las etapas conductuales de las habilidades sociales deseadas que incluyen cambios que la persona está dispuesta a hacer.
- Proporcionar métodos (p. ej., juegos de rol, presentaciones en vídeo) que muestren las etapas de conducta dentro del contexto de las situaciones que tengan sentido.
- Ayudar a escenificar las etapas conductuales si se siente cómodo en el juego de roles.
- Implicar a los allegados en las sesiones de entrenamiento de habilidades sociales (p. ej., juego de roles), según proceda.
- Proporcionar retroalimentación (elogios o recompensas) sobre la realización de la habilidad social deseada.
- Enseñar a los allegados (familiares, compañeros, empleadores) el propósito y el proceso del entrenamiento de las habilidades sociales, etc.), según corresponda.
- Proporcionar retroalimentación sobre lo adecuado de sus respuestas sociales durante las situaciones de entrenamiento.
- Proporcionar materiales educativos para mejorar la comprensión de los cambios interpersonales que ayudarán a cumplir los objetivos, incluyendo materiales educativos que utilicen juegos de rol, vídeos o información escrita.
- Animar a que autoevalúen los resultados esperados de sus interacciones sociales, autorrecompensen los resultados positivos y solucionen los problemas con resultados menos deseables.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

2.ª edición 1996; revisada en 2018 y 2024

Bibliografía:

Clarke, J., Sanatkar, S., Baldwin, P. A., Fletcher, S., Gunn, J., Wilhelm, K., Campbell, L., Zwar, N., Harris, M., Lapsley, H., Hadzi-Pavlovic, D., Christensen, H., & Proudfoot, J. (2019). A web-based cognitive behavior therapy intervention to improve social and occupational functioning in adults with type 2 diabetes (The Springboard Trial): Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research, 21*(5), e12246.

Gates, J. A., Kang, E., & Lerner, M. D. (2017). Efficacy of group social skills interventions for youth with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 52*, 164-181.

Mikami, A. Y., Smit, S., & Khalis, A. (2017). Social skills training and ADHD: what works? *Current Psychiatry Reports, 19*(12), 93.

Savarithmuthu, D. (2020). The potential role of nurses in leading positive behavior support. *British Journal of Nursing, 29*(7), 414-418.

Turner, D. T., McGlanaghy, E., Cuijpers, P., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & MacBeth, A. (2018). A meta-analysis of social skills training and related interventions for psychosis. *Schizophrenia Bulletin, 44*(3), 475-491.

Varcarolis, E. M., & Halter, M. J. (2018). *Foundations of psychiatric mental health nursing*. Saunders/Elsevier.

M

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 ácido-base.
- 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). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). 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*. Mosby.

Price, S. A., & Wilson, L. M. (2003). *Pathophysiology: Clinical concepts of disease processes* (6th ed.). Mosby.

Sheppard, M. (2000). Monitoring fluid balance in acutely ill patients. *Nursing Times, 96*(21), 39-40.

M

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.
- Monitorizar 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 la prescripción.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Evitar el desplazamiento del dispositivo.
- Mantener la esterilidad del sistema de monitorización.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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).
- Monitorizar 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, *Clinical guidelines series: Intracranial pressure monitoring*. 1997.

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). 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). 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). 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). W. B. Saunders.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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:

- Revisar los antecedentes de lesiones de las extremidades inferiores y los cambios recientes.
- Determinar la movilidad actual y la percepción del estado de movilidad (caminar sin ayuda, caminar con mecanismos de ayuda o no andar/utilizar silla de ruedas).
- Determinar la presencia de datos de mala higiene, edema, presencia de cambios en las uñas (p. ej., engrosamiento, infección micótica, recorte inadecuado, cuidados de las uñas).
- Determinar el color, la temperatura, la hidratación, el crecimiento del cabello, la textura, las deformidades y el estado de la piel.
- Monitorizar la fuerza muscular y el movimiento articular en el tobillo y el pie.
- Determinar la presencia de áreas de presión en la extremidad inferior (es decir, presencia de enrojecimiento localizado, aumento de la temperatura, ampollas o formación de callos).
- Preguntar si hay parestesias (entumecimiento, hormigueo o quemazón).
- Monitorizar los pulsos de la extremidad inferior.
- Determinar el índice tobillo-brazo, según la prescripción.
- Determinar la presencia de claudicación intermitente, dolor en reposo o dolor nocturno.
- Determinar el tiempo de relleno capilar.
- Monitorizar el nivel de sensibilidad protectora utilizando pruebas aprobadas de pérdida sensitiva (p. ej., 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.
- Monitorizar la marcha y la distribución del peso sobre el pie (observar la deambulación y determinar el patrón de desgaste de los zapatos).
- Monitorizar la adecuación y el estado de los zapatos y los calcetines.
- Realizar una vigilancia continua de las extremidades inferiores para determinar las necesidades de derivación, como mínimo cuatro veces al año o según la prescripción.
- Determinar la necesidad de servicios especializados de cuidado de los pies.
- Consultar con el profesional sanitario las recomendaciones para la evaluación y la terapia adicionales (rayos X), si es necesario.
- Informar sobre servicios especializados de cuidados del pie recomendados.
- Determinar la preferencia respecto al profesional sanitario o institución de derivación, según corresponda.
- Ayudar a obtener recursos económicos necesarios, según corresponda.
- Instruir sobre las necesidades de cuidados de las extremidades inferiores.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

Aziz, M. G. (2021). Hygiene and self-care. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function*. Wolters-Kluwer.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Hygiene. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (pp. 684-688) (10th ed.). Pearson.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2022). Personal hygiene and bedmaking. In *Clinical Nursing Skills and Techniques* (10th ed.). Elsevier.

Porter-O'Grady, T. (2021). Wound and foot care nursing on the streets of the city: A view from here. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 48*(1), 69-74.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.

Trelease, J., & Simmons, J. (2021). Getting ready for foot care certification: Intervention and treatment for dermatological conditions affecting the feet and lower extremities. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 48*(3), 262-264.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

Monitorización de líquidos 4130

Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio hídrico.

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.
- Monitorizar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed.
- Monitorizar el color, la cantidad y la gravedad específica de la orina.
- Monitorizar las venas del cuello para ver si están distendidas, si hay crepitantes pulmonares, edema periférico y ganancia de peso.
- Monitorizar para detectar 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 horas, 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 estos.
- 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). 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

Definición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular y respiratorio, el dolor y la temperatura corporal.

Actividades:

- Monitorizar la presión arterial, el pulso, la temperatura, el dolor y el estado respiratorio, según corresponda.
- Seguir el protocolo del centro para el uso de sistemas automáticos de monitorización de los signos vitales.
- Auscultar manualmente la presión arterial en ambos brazos y compararla.
- Comparar las lecturas manuales de la presión arterial con las lecturas de la monitorización automática al menos una vez al día.
- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Monitorizar la presión arterial mientras la persona está acostada, sentada y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial después de que la persona tome las medicaciones para el corazón, si es posible.
- Monitorizar la presión arterial, el pulso y las respiraciones antes, durante y después de la actividad, según corresponda.
- Iniciar el método apropiado (p. ej., axilar, rectal, oral, membrana timpánica) de medición de la temperatura teniendo en cuenta el estado y la capacidad.
- Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos centrales y periféricos.
- Monitorizar la frecuencia, el ritmo, el volumen, la amplitud y la simetría del pulso.
- Palpar los pulsos apical y radial al mismo tiempo y anotar las diferencias, según corresponda.
- Observar si hay pulso paradójico.
- Observar si hay pulso alternante.
- Observar si hay pinzamiento o aumento de la tensión diferencial.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.
- Monitorizar el gasto cardíaco.
- Monitorizar los tonos cardíacos.
- Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).
- Monitorizar los ruidos pulmonares.
- Monitorizar la concentración de oxígeno mediante pulsioximetría.
- Observar si se producen patrones respiratorios anormales (de Cheyne-Stokes, de Kussmaul, ortopneico, paradójico, de Biot, apnéustico, atáxico, 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Observar si se presenta la tríada de Cushing (aumento de la presión de pulso, bradicardia y aumento de la presión arterial sistólica).
- Monitorizar el dolor utilizando una escala validada de evaluación del dolor.
- Monitorizar el dolor antes y después de la administración de analgésicos.
- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- Comprobar rutinariamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de datos, preferiblemente cada 8 horas.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Henshaw, C. M. (2021). Vital signs. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. M. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (pp. 373-441). Wolters-Kluwer.

de Castro, C. C., Pereira, A. K., da, S., & Bastos, B. R. (2018). Implementation of the evaluation of pain as the fifth vital sign. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE, 12*(11), 3009-3014. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a236994p3009-3014-2018.

Downey, C. L., Chapman, S., Randell, R., Brown, J. M., & Jayne, D. G. (2018). The impact of continuous versus intermittent vital signs monitoring in hospitals: A systematic review and narrative synthesis. *International Journal of Nursing Studies, 84*, 19-27.

Flack, J. M., & Adekola, B. (2020). Blood pressure and the new ACC/AHA hypertension guidelines. *Trends Cardiovascular Medicine, 30*(3), 160-164. https://doi.org/10.1016/j.tcm.

Newman, S. (2017). Do not disturb: Vital sign monitoring as a predictor of clinical deterioration in monitored patients. *Kentucky Nurse, 65*(2), 15-17.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2020). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and techniques* (10th ed.). Elsevier.

Sapra, A., Malik, A., & Bhandari, P. (2020). Vital sign assessment. In *StatPerals*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553213/.

Tucker, G., & Lusher, A. (2018). The use of early warning scores to recognize and respond to patient deterioration in district nursing. *British Journal of Community Nursing, 23*(2), 76-79. https://doi.org/10.12968/bjcn.2018.23.2.76.

M

Monitorización del equilibrio ácido-base 1920

Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio ácido-base.

Actividades:

- Obtener muestras para el análisis de laboratorio del equilibrio ácido-base (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 ácido-base, 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) *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (Vol 1.). (10th ed.). 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 el 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 transductor tocográfico 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 el 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 el protocolo o la orden médica o de la matrona.
- Iniciar una infusión i.v. según el 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 el 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 el protocolo o las 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.). Elsevier Mosby.

Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

M

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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 transductor tocográfico 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 transductor tocográfico.
- 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 (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 rotura de membranas para obtener datos para la presión de las contracciones uterinas y tono en reposo, cuando sea necesario.
- Registrar la respuesta materna a la aplicación de monitores internos, incluyendo el grado de incomodidad o dolor, aspecto del líquido amniótico y presencia de hemorragia.
- Registrar la respuesta fetal a la colocación de monitores internos, incluyendo la variabilidad a corto plazo y las aceleraciones y desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal.
- Mantener informado al médico de los cambios pertinentes en la frecuencia cardíaca fetal, actuaciones ante patrones inestables, respuesta fetal posterior, progreso del trabajo de parto y respuesta materna a los dolores.
- Continuar con la monitorización electrónica en la segunda etapa del trabajo de parto o hasta el momento del parto por cesárea.
- Retirar los monitores internos antes del parto por cesárea para evitar la infección materna.
- Registrar la interpretación de monitorización, de acuerdo con la política del centro.
- Guardar la tira obtenida durante el parto como parte de la historia clínica registro de la paciente.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

American College of Nurse-Midwives. (2010). ACNM Clinical Bulletin No. 11. Intermittent auscultation for intrapartum fetal heart rate surveillance. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *55*(4), 397-403.

Bailey, R. E. (2009). Intrapartum fetal monitoring. *American Family Physician*, *80*(12), 1388-1396.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies [NICE Clinical Guidelines 190]*. London, England: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.

Perry, S., Hockenberry, M., Lowdermilk, D., & Wilson, D. (2014). *Maternal child nursing care* (5th ed.). Elsevier Mosby.

Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Monitorización hemodinámica invasiva 4210

Definición: Medición e interpretación de la presión intravascular, el flujo y la oxigenación.

Actividades:

- Obtener el consentimiento informado.
- Explicar el objetivo y el procedimiento de la monitorización hemodinámica.
- Ayudar en la inserción de las líneas de monitorización hemodinámica invasiva.
- Monitorizar la presión arterial (p. ej., sistólica, diastólica y media), presión venosa central y auricular derecha, presión de arteria pulmonar (p. ej., sistólica, diastólica y media) y la presión capilar y de enclavamiento de la arteria pulmonar.
- Poner a cero y calibrar el equipo cada 4-12 horas, según las normas.
- Monitorizar las ondas hemodinámicas para ver si hay cambios de la función cardiovascular.
- Comparar los signos y síntomas clínicos con los parámetros hemodinámicos.
- Recolocar para corregir los problemas del catéter o de los tubos (p. ej., torsión de los tubos, burbujas de aire, coágulos).
- Monitorizar la perfusión periférica distal al sitio de inserción del catéter cada 4 horas o según el protocolo.
- Monitorizar para ver si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.

- 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 (es decir, evaluar la resistencia al inflarlo y permitir que el balón se desinfle de forma pasiva después de medir la presión capilar pulmonar o de enclavamiento de la arteria pulmonar).
- Evitar los émbolos de aire (es decir, 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 de este).
- Mantener la esterilidad del sistema de presión cerrado, según corresponda.
- Realizar los cambios de apósitos estériles y los cuidados del sitio de inserción, según el protocolo.
- Inspeccionar el sitio de inserción por si hubiera signos de hemorragia, hematoma, dolor o infección.
- Cambiar la solución i.v. y el tubo cada 24-72 horas, según el protocolo.
- Monitorizar los resultados de laboratorio.
- Administrar líquidos o agentes farmacológicos para mantener los parámetros hemodinámicos dentro del rango especificado, según la prescripción.
- Ayudar con el estudio radiológico después de la inserción del catéter en la arteria pulmonar.
- Instruir sobre el uso terapéutico de los catéteres de monitorización hemodinámica.
- Instruir sobre la restricción de actividades mientras los catéteres permanecen en su sitio.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.
- Ayudar en la extracción de las líneas hemodinámicas invasivas.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Burns, S. M., & Delgado, S. A. (2019). *AACN Essentials of Critical Care Nursing* (4th ed.). McGraw-Hill.

Knapp, R. (2020). *Hemodynamic monitoring made incredibly visual!* Wolters Kluwer.

Laher, A. E., Watermeyer, M. J., Buchanan, S. K., Dippenaar, N., Simo, N. C. T., Motara, F., & Moolla, M. (2017). A review of hemodynamic monitoring techniques, methods and devices for the emergency physician. *American Journal of Emergency Medicine*, *35*(9), 1335-1347. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.03.036.

Lough, M. E., Berger, S. J., Larsen, A., & Sandoval, C. P. (2022). Cardiovascular diagnostic procedures. In L. D. Urden, K. M. Stacy, & M. E. Lough (Eds.), *Critical care nursing* (pp. 206-297). Elsevier.

M

Monitorización neurológica 2620

Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas.

Actividades:

- Monitorizar el nivel de consciencia.
- Monitorizar el nivel de orientación.
- Monitorizar las tendencias de la Escala de Coma de Glasgow.
- Analizar la memoria reciente, el nivel de atención, la memoria pasada, el estado de ánimo, el afecto y las conductas.
- Monitorizar el sentido del olfato.
- Monitorizar la presencia de trastornos visuales (p. ej., diplopía, nistagmo, recortes del campo visual, visión borrosa, agudeza visual).
- Monitorizar el tamaño, la forma, la simetría y la reactividad de la pupila.
- Monitorizar los músculos extraoculares y las características de la mirada.
- Monitorizar el seguimiento del movimiento de un objeto delante de sus ojos.
- Monitorizar el reflejo corneal.
- Monitorizar la simetría facial.
- Monitorizar la tos y el reflejo nauseoso.
- Monitorizar la protrusión de la lengua.
- Monitorizar el tono muscular, el movimiento, la marcha y la propiocepción, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.
- Monitorizar la desviación de la pronación, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.
- Monitorizar la fuerza de prensión, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.
- Monitorizar el temblor, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.
- Monitorizar los signos vitales (p. ej., temperatura, presión arterial, pulso, respiraciones).
- Monitorizar 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.
- Monitorizar las características del habla (p. ej., fluidez, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras).
- Monitorizar la respuesta a los estímulos (p. ej., verbal, táctil y lesivos).
- Monitorizar la discriminación de agudo y romo o calor y frío.
- Monitorizar si hay parestesia: entumecimiento y hormigueos.
- Monitorizar el patrón de sudación.
- Monitorizar la respuesta de Babinski.
- Monitorizar si hay respuesta de Cushing (es decir, aumento de la presión sistólica con ensanchamiento del pulso y bradicardia).
- Monitorizar si hay drenaje en el apósito de la craneotomía o laminectomía.
- Monitorizar 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 para la enfermedad neurológica específica (p. ej., apoplejía, tumor, aneurisma, traumatismo), según sea necesario.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

American Association of Critical Care Nurses. (2006). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). W.B. Saunders.

Barker, E. (2008). *Neuroscience nursing: A spectrum of care* (3rd ed.). Mosby Elsevier.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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* (pp. 653-665) (9th ed.). Lippincott Williams & Wilkins. 653-665.
Woodward, S., & Mestecky, A. (Eds.). (2011). Neuroscience nursing: *Evidence based practice*. 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).
- Monitorizar las tendencias de pérdida y ganancia de peso (es decir, en pacientes pediátricos, marcar la talla y el peso en una gráfica de peso estandarizada).
- Identificar los cambios recientes del peso corporal.
- Determinar la cantidad apropiada de ganancia de peso durante el período previo al parto.
- Monitorizar la turgencia y movilidad cutáneas.
- Identificar las anomalías de la piel (p. ej., hematomas excesivos, mala cicatrización de las heridas y hemorragia).
- Identificar las anomalías del pelo (p. ej., seco, fino, tosco, y rotura fácil).
- Monitorizar la presencia de náuseas y vómitos.
- Identificar las anomalías de la defecación (p. ej., diarrea, sangre, moco y defecación irregular o dolorosa).
- Monitorizar la ingesta calórica y dietética.
- Identificar los cambios recientes de apetito y actividad.
- 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).
- Monitorizar 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. Fundamentals of nursing: Human health and function* (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins. 947-988.
Dudek, S. G. (2007). *Nutrition essentials for nursing practice* (5th rev. ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
Roman-Vinas, B., Serra-Majem, L., Ribas-Barba, L., Ngo, J., Garcia-Alvarez, A., Wijnhoven, T., Tabacchi, G., Branca, F., de Vries, J., & de Groot, L. C. P. G. M. (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.). Pearson Prentice Hall. 208-248.

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:

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

- 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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar los valores de las PFR, sobre todo la capacidad vital, la fuerza inspiratoria máxima, el volumen espiratorio forzado en un segundo (VEMS) y el 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, la ansiedad o la disnea.
- Observar los cambios de SaO_2, SvO_2 y CO_2 teleespiratorio y valores de gasometría arterial, según corresponda.
- Monitorizar la capacidad del paciente para toser eficazmente.
- Anotar aparición, características y duración de la tos.
- Monitorizar 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).
- Monitorizar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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* (pp. 278-280). 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). Mosby Elsevier.

M

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-Rosenberg, & M. Krajicek (Eds.), *Nursing excellence for children & families* (pp. 41-58). Springer.

Gerdner, L. A., Buckwalter, K. C., & Reed, D. (2002). Impact of a psychoeducational intervention of caregiver response to behavioral problems. *Nursing Research, 51*(6), 363-374.

Sylvain, H., & Talbot, L. R. (2002). Synergy towards health: A nursing intervention model for women living with fibromyalgia, and their spouses. *Journal of Advanced Nursing, 38*(3), 264-273.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Muestra de sangre capilar 4035

Definición: Obtención de una muestra de sangre arteriovenosa periférica por punción transcutánea del cuerpo, como en el talón, un dedo u otro lugar.

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).
- Ofrecer medidas de alivio del dolor antes de la punción venosa o de la punción en el talón para obtener sangre capilar.
- Si se requiere una muestra arterializada, calentar el lugar durante unos 5 minutos, según el protocolo del centro.
- Utilizar técnicas de punción cutánea asépticas, según el protocolo del centro.
- Seleccionar la longitud de la lanceta en función de la edad (p. ej., 0,85 mm para lactantes o niños pequeños, 2,2 mm para niños mayores o adultos).
- Puncionar la parte externa del talón a una profundidad no superior a 1,5 mm para niños mayores de 6 meses pero menores de 8 años, y hasta 2,4 mm para niños mayores de 8 años.
- Puncionar la piel con un golpe rápido, continuo y deliberado, con una lanceta o un dispositivo de punción aprobado según las indicaciones del fabricante.
- Eliminar la primera gota de sangre con una gasa seca.
- 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 necesario.
- Enseñar y monitorizar la autoextracción de muestras de sangre capilar, según corresponda.
- Desechar adecuadamente el equipo.
- Documentar la realización de la extracción de una muestra de sangre capilar.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

Glasgow-Roberts, N. (2021). Best practices in capillary blood collection. *MLO: Medical Laboratory Observer, 53*(2), 36-38.

Merter, O. S., & Bolis¸ik, Z. B. (2021). The effects of manual and automatic lancets on neonatal capillary heel blood sampling pain: A prospective randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing, 58*, e8-e12.

Serafin, A., Malinowski, M., & Prażmowska-Wilanowska, A. (2020). Blood volume and pain perception during finger prick capillary blood sampling: Are all safety lancets equal? *Postgraduate Medicine, 132*(3), 288-295.

Wong, D. L., Perry, S. E., & Hockenberry, M. J. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Mosby.

Yassin, D. F., & Al-Abbadi, M. A. (2017). Benefits of an instrument-compatible capillary blood collection microtube. *MLO: Medical Laboratory Observer, 49*(11), 50-52.

M

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 fisiológico específico deseado (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor).
- Identificar las preferencias musicales.
- Informar del propósito de la experiencia musical.
- Elegir selecciones de música representativas de las preferencias.
- Ayudar 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 equipo para escuchar música al individuo.
- Asegurarse de que el equipo se encuentra en buen estado de funcionamiento.
- Proporcionar dispositivos para la escucha, si es conveniente.
- Asegurarse de que el volumen es adecuado.
- Evitar dejar la música puesta durante largos períodos.
- Facilitar la participación activa (tocar un instrumento o cantar), si lo desea y es factible dentro de la situación.
- Monitorizar los signos vitales, cuando esté indicado.
- Monitorizar la calidad del sueño, su duración y la respuesta.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Cheng, J., Zhang, H., Bao, H., & Hong, H. (2021). Music-based interventions for pain relief in patients undergoing hemodialysis: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine, 100*(2), e24102. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000024102.

Govindan, R., Kommu, J., & Bhaskarapillai, B. (2020). The effectiveness of nurses implemented music add-on therapy in children with behavioral problems. *Indian Journal of Psychological Medicine, 42*(3), 274-280. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_240_19.

Huang, Jing, Yuan., Xiaohui, Zhang, Nan, Qiu., Hui, Chen., & Xiangdong (2021). Music therapy in adults with COPD. *Respiratory Care, 66*(3), 501-509. https://doi.org/10.4187/respcare.07489.

Tang, Q., Huang, Z., Zhou, H., & Ye, P. (2020). Effects of music therapy on depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE, 15*(11), e0240862. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240862.

Wurjatmiko, A. T. (2019). The effects of music therapy intervention on the pain and anxiety levels of cancer patient: A systematic review. *International Journal of Nursing Education, 11*(4), 14-18. https://doi.org/10.5958/0974-9357.2019.00079.5.

Negociación de cuidados culturales 7330

Definición: Acciones de ayuda, adaptación, facilitación o capacitación que favorecen una atención culturalmente congruente, segura y eficaz.

Actividades:

- Determinar el conocimiento del estado de salud mediante preguntas exploratorias (p. ej., «¿Cómo le está afectando esta enfermedad?», «¿Cuál cree que puede ser la causa de la enfermedad?»).
- Utilizar herramientas de evaluación cultural si es necesario para determinar las áreas de acuerdo y desacuerdo con las prácticas de atención sanitaria o las recomendaciones del profesional sanitario (p. ej., ABCD Cultural Assessment Tool, LEARN Model of Cross-Cultural Communication).
- Favorecer un debate abierto sobre las creencias culturales.
- Reconocer los puntos en común entre el profesional y la persona.
- Resolver las lagunas de comunicación.
- Identificar las prácticas culturales que pueden afectar negativamente a la salud.
- Debatir y aclarar abiertamente las discrepancias.
- Negociar, cuando no se puedan resolver los problemas, un compromiso aceptable de tratamiento basado en los conocimientos biomédicos, el conocimiento de los sistemas de creencias y las normas éticas.
- Recomendar un plan de cuidados en el que participen la persona y su familia, y que incluya estrategias culturalmente apropiadas y pertinentes compatibles con las recomendaciones del profesional.
- Dejar más tiempo del habitual para procesar la información y tomar decisiones.
- Mostrarse relajado y sin prisas en las interacciones.
- Utilizar un lenguaje no técnico.
- Organizar una adaptación cultural.
- Proporcionar información al equipo sanitario sobre las preferencias culturales.
- Incluir a la familia en el plan del régimen prescrito, cuando proceda.
- Seleccionar el plan definitivo con la participación del profesional y la persona.
- Aceptar la participación de la familia para dar apoyo o cuidados directos.
- Facilitar la comunicación intercultural entre todos los profesionales (p. ej., uso de traductor, materiales o medios escritos bilingües, comunicación no verbal precisa, evitar los estereotipos).
- Proporcionar información sobre el sistema sanitario.
- Ayudar a otros profesionales sanitarios a comprender y aceptar las razones de la persona para la no adherencia.
- Proporcionar cuidadores que compartan experiencias vitales o idioma con las personas, siempre que sea posible.
- Alterar el entorno terapéutico incorporando elementos culturales apropiados.
- Tratar cada encuentro con personas de orígenes culturales diversos como una experiencia única.
- Modificar las intervenciones típicas (p. ej., la enseñanza) de forma culturalmente congruente.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Ali, P. A., & Watson, R. (2018). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing, 27*(5–6), e1152-e1160.

American Nurses Association (ANA). (2021). *Nursing: Scope and standards of practice* (4th ed.). Nursesbooks.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed.). Pearson.

Mikell, M. J., & Snethen, J. (2020). Perceptions of health promotion and maintenance among latinos in faith communities. *Journal of Christian Nursing, 37*, 100-107. https://doi.org/10.1097/CNJ. 0000000000000709.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and technique* (10th ed.). Mosby.

Persaud, S. (2021). Culturally congruent care in radiology nursing. *Journal of Radiology Nursing, 40*(3), 227-231.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Wehbe-Alamah, H. B. (2020). Madeleine Leininger's Theory of Cultural Care Diversity and Universality. In *M. C. Smith Nursing theories and nursing practice* (5th ed.). F.A. Davis.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

N

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Obtención de órganos 6260

Definición: Guiar a las familias en el proceso de donación para asegurar una extracción a tiempo de órganos vitales y tejidos 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 la prescripción (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 la prescripción.
- 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 indicaciones del coordinador del equipo de trasplantes.
- Proporcionar un cauce para que la familia obtenga información sobre los procedimientos de recuperación de órganos.
- Ofrecer a la familia una visión *post mortem* del cuerpo, cuando sea posible.
- Permitir que la familia tenga tiempo para el duelo.
- Comprender que pueden surgir dilemas éticos relacionados con la asignación de órganos, la selección del receptor de trasplantes y las tecnologías disponibles.
- Ayudar a los pacientes y sus familias a tener acceso a información de calidad acerca de la donación y el trasplante de órganos.
- Llevar a cabo programas de educación comunitaria sobre donación y trasplante de órganos.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

International Transplant Nurses Society. (2016). *Transplant nursing: Scope and standards of practice* (2nd ed.).

Mercer, L. (2013). Improving the rates of organ donation for transplantation. *Nursing Standard, 27*(26), 35-40.

Nierste, D. (2013). Issues in organ procurement, allocation, and transplantation. *Journal of Christian. Nursing, 30*(2), 80-87.

Paramesh, A. S. (2013). What's new in the transplant OR? *AORN Journal, 97*(4), 435-447.

Wiegand, D. (Ed.). (2011). *AACN procedure manual for critical care* (6th ed., pp. 1224-1235). Saunders Elsevier.

O

Orientación anticipatoria 5210

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 futuros cambios de rol.
- Proporcionar al paciente una referencia preparada (materiales/folletos educativos), si es el caso.
- Sugerir textos escritos o fuentes electrónicas para que el paciente los lea, si resulta oportuno.
- Remitir al paciente a centros comunitarios, según corresponda.
- Programar visitas en momentos de desarrollo/circunstanciales estratégicos.
- Programar visitas adicionales para pacientes con preocupación o dificultades.
- Programar llamadas telefónicas de seguimiento para evaluar el éxito o las necesidades de refuerzo.
- Proporcionar al paciente un número de teléfono para llamar si necesita ayuda, si fuera necesario.
- Involucrar a la familia/allegados, cuando sea posible.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Bibliografía:

Craft-Rosenberg, M., Krajicek, M., Craft-Rosenberg, M., & Krajicek, M. (2006). *Nursing excellence for children and families*. Springer.

Hagan, J., Shaw, J., & Duncan, P. (Eds.). (2007). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (3rd ed.). 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 en el sistema sanitario 7400

Definición: Facilitar al paciente la localización y la utilización de los servicios sanitarios adecuados.

Actividades:

- Determinar los servicios cualificados disponibles en función de la ubicación.
- Determinar el conocimiento actual del sistema sanitario y las necesidades de atención sanitaria.
- Explicar los servicios asistenciales más próximos, cómo funcionan y lo que se puede esperar.
- Ayudar a coordinar la asistencia sanitaria y la comunicación.
- Ayudar a elegir a los profesionales sanitarios adecuados.
- Instruir sobre el tipo de servicio que puede esperar de cada clase de profesional sanitario.
- Informar sobre los distintos tipos de instalaciones sanitarias (hospital general, hospital de especialidades, hospital universitario, ambulatorio y clínica de cirugía ambulatoria), según corresponda.
- Informar de los requisitos de acreditación y del departamento sanitario estatal para juzgar la calidad de un centro.
- Informar de los reconocimientos y galardones para juzgar la calidad de un centro (p. ej., Leapfrog Safety, Magnet, Pathway to Excellence).
- Informar sobre los recursos comunitarios adecuados y las personas de contacto.
- Aconsejar que se solicite una segunda opinión, según proceda.
- Informar de cómo acceder a los servicios de urgencia, según corresponda.
- Facilitar la comunicación entre los profesionales sanitarios y la persona, según corresponda.
- Animar a consultar a otros profesionales sanitarios, según corresponda.
- Revisar y completar la información proporcionada por otros profesionales sanitarios.
- Proporcionar información sobre cómo obtener el equipo.
- Coordinar o programar el tiempo que necesita cada servicio para proporcionar la asistencia, según corresponda.
- Informar de los costes, tiempo, alternativas y riesgos implicados en una prueba o procedimiento específico.
- Proporcionar instrucciones escritas o impresas sobre el propósito y lugar de las actividades posteriores a la hospitalización/actividades del paciente ambulatorio, según corresponda.
- Proporcionar instrucciones escritas o impresas sobre el propósito y lugar de las actividades asistenciales, según corresponda.
- Comentar el resultado de la visita con otros profesionales sanitarios, según corresponda.
- Facilitar las necesidades de transporte para obtener los servicios de asistencia sanitaria.
- Disponer un sistema de seguimiento, según corresponda.
- Monitorizar la adecuación del seguimiento actual de los cuidados.
- Proporcionar informes a los cuidadores tras la hospitalización, según corresponda.
- Animar a hacer preguntas sobre los servicios y costes.
- Cumplir con la reglamentación para el reembolso por terceros.
- Ayudar a rellenar los formularios de asistencia (p. ej., alojamiento y ayuda económica), si lo precisan.
- Notificar las visitas programadas, según corresponda.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). *Fundamentals of nursing: Concepts and competencies for practice* (9th ed.). Wolters-Kluwer.

De Looper, M., Damman, O., Smets, E., Timmermans, D., & Van Weert, J. (2020). Adapting online patient decision aids: effects of modality and narration style on patients' satisfaction, information recall and informed decision making. *Journal of Health Communication, 25*(9), 712-726.

Hota, S., Manning, P. G., Voo, T. C., & Chin, J. C. (2019). Overcoming professional and system barriers to achieving patient-centered informed consent. *The Journal of Hospital Ethics, 6*(1), 81-82.

Pedersen, H. F., Holsting, A., Frostholm, L., Rask, C., Jensen, J. S., Høeg, M. D., & Schröder, A. (2019). Understand your illness and your needs: Assessment-informed patient education for people with multiple functional somatic syndromes. *Patient Education and Counseling, 102*(9), 1662-1671. https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.04.016.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.

Schaaf, M., Warthin, C., Freedman, L., & Topp, S. M. (2020). The community health worker as service extender, cultural broker and social change agent: A critical interpretive synthesis of roles, intent and accountability. *BMJ Global Health, 5*(6), e002296. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002296.

Stoll, K., & Jackson, J. (2019). Supporting patient autonomy and informed decision-making in prenatal genetic testing. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*. a036509.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Orientación en la realidad 4820

Definición: Favorecimiento de la consciencia del paciente acerca de la identidad personal, el tiempo y el 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, prótesis auditivas 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). Springer.

Hewitt, J. (2002). Psycho-affective disorder in intensive care units: A review. *Journal of Clinical Nursing, 11*(5), 575-584.

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., Lambertucci, P., Silveri, M. C., & 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., Christopher, A., Desrmeaux, N., Dorais, L., & Lin, H. (2003). North Star project: Reality orientation in an acute care setting for patients with traumatic brain injuries. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 18*(3), 292-302.

Videbeck, S. L. (2006). *Psychiatric mental health nursing* (3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Oxigenoterapia 3320

Definición: Administración de oxígeno y control de su eficacia.

Actividades:

- Verificar la prescripción de oxigenoterapia antes de administrarla, según esté indicado.
- Dar instrucciones sobre la oxigenoterapia, el papel en la administración y la necesidad de evitar fumar.
- Asegurarse de que se dispone de pulsioximetría para monitorizar la respuesta a la terapia, según esté indicado.
- Documentar las observaciones basales, incluidas la saturación, la frecuencia respiratoria, la presión arterial y la frecuencia del pulso.
- Mantener la permeabilidad de las vías respiratorias.
- Monitorizar el esfuerzo respiratorio, el color de la piel y el nivel de consciencia.
- Eliminar las secreciones orales, nasales y traqueales para optimizar la permeabilidad de la vía aérea.
- Colocar en una posición que permita una respiración óptima (p. ej., en posición alta o semi-Fowler).
- Insertar el caudalímetro en la salida y conectar el tubo de oxígeno y el dispositivo de administración adecuados (p. ej., mascarilla, cánula nasal, tubo endotraqueal).
- Ajustar el método de administración en función de la edad (p. ej., tienda de oxígeno o incubadora para niños pequeños y neonatos).
- Conectar la unidad de humidificación al caudalímetro, según esté indicado (p. ej., el oxígeno debe humidificarse para evitar la sequedad de la mucosa cuando la administración se realiza sin pasar por la cavidad oral o cuando se administra a niveles superiores a 6 l/min).
- Asegurarse de que el caudalímetro está en la dosis adecuada.
- Colocar la señalización adecuada en la habitación o en el domicilio.
- Monitorizar el flujo de oxígeno en litros.
- Monitorizar la posición del dispositivo de administración de oxígeno.
- Planificar los cuidados de enfermería de modo que se entre en la tienda o la incubadora lo menos posible para evitar que desciendan los niveles de oxígeno.
- Proporcionar a los niños su juguete favorito o una manta cuando tengan miedo de la tienda de oxígeno.
- Instruir acerca de la importancia de dejar el dispositivo de administración de oxígeno encendido (es decir, el oxígeno aliviará la disnea y el malestar).
- Animar a respirar por la nariz si se utiliza una cánula nasal.
- Dar instrucciones sobre las precauciones de seguridad asociadas al uso de oxígeno.
- Comprobar rutinariamente el dispositivo de administración de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita (es decir, el tubo no está torcido, la máscara o la cánula no están en una posición errónea).
- Monitorizar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial).
- Asegurar la recolocación de la máscara o cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo.
- Monitorizar la capacidad de 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 la tolerancia.
- Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno (p. ej., ansiedad, disminución del nivel de consciencia, incapacidad de concentrarse, fatiga, mareo, arritmias cardíacas, palidez, cianosis, disnea).
- Monitorizar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.
- Comprobar el equipo de oxígeno para asegurarse de que no interfiera con los intentos de respirar.
- Monitorizar la ansiedad relacionada con la necesidad de la oxigenoterapia.
- Monitorizar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.
- Proporcionar oxígeno durante los traslados.
- Aconsejar 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 en el uso de oxígeno en casa (p. ej., cómo utilizar el equipo, cuándo reponer el oxígeno, no fumar).
- Animar a utilizar un proveedor de oxígeno cuyos servicios incluyan personal formado para instruir en el uso y mantenimiento del equipo, servicio de urgencias 24 horas y visitas mensuales de seguimiento para el mantenimiento del equipo y la formación en su uso.
- Disponer el uso de dispositivos de oxígeno que faciliten la movilidad y enseñar en consecuencia.
- Cambiar al dispositivo de aporte de oxígeno alternativo para fomentar la comodidad, según corresponda.
- Animar a compartir los miedos y preocupaciones sobre la oxigenoterapia.
- Remitir al grupo de apoyo local que utiliza oxígeno a domicilio, según esté indicado.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Atkinson, D. (2017). Ambulatory and short- burst oxygen for interstitial lung disease. *Nursing Standard, 32*(14), 41-42. https://doi.org/10.7748/ns.2017.e11008.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). Oxygen therapy. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (9th ed., pp. 925-927). Wolters-Kluwer.

Duan, L., Xie, C., & Zhao, N. (2022). Effect of high-flow nasal cannula oxygen therapy in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing, 31*(1/2), 87-98. https://doi.org/10.1111/jocn.15957.

Ford, C., & Robertson, M. (2021). Oxygen therapy in a hospital setting. *British Journal of Nursing, 30*(2), 96-100. https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.2.96.

Karabey, T., & Aybek, S. D. (2021). Oxidative stress, COVID-19 and nursing care. *International Journal of Caring Sciences, 14*(3), 1763-1770.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and techniques* (10th ed.). Mosby.

Pruitt, B. (2021). High-flow oxygen therapy and BiPAP: Two complementary strategies to fight respiratory failure. *RT: The Journal for Respiratory Care Practitioners, 34*(3), 26-29.

Pruitt, B. (2021). Pediatric oxygen therapy and humidification. *RT: The Journal for Respiratory Care Practitioners, 34*(6), 8-11.

Siela, D., & Kidd, M. (2017). Oxygen requirements for acutely and critically ill patients. *Critical Care Nurse, 37*(4), 58-70.

O

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Parto 6720

Definición: Nacimiento de un niño.

Actividades:

- Proporcionar orientación anticipatoria del parto.
- Disponer de 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 lactante 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 lactante lentamente.
- Sujetar el cuerpo del lactante.
- 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 que se protege el fondo del útero.
- Inspeccionar si hay desgarros en el cuello uterino después de la salida de la placenta.
- Administrar anestésicos locales antes de la reparación quirúrgica, cuando esté indicado.
- Suturar la episiotomía o los desgarros, según corresponda.
- Realizar una exploración rectal para asegurarse de la integridad de los tejidos.
- Inspeccionar la placenta, las membranas y el cordón después del 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 lactante.
- Fomentar la verbalización de preguntas o preocupaciones acerca de la experiencia del parto y del recién nacido.
- Consultar con el médico presente acerca de síntomas de complicaciones reales o potenciales.
- Documentar el desarrollo del parto.
- 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 techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011*(12). https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub2.

Davidson, M., London, M., & Ladewig, P. (2012). *Old's maternal-newborn nursing and women's health across the lifespan* (9th ed.). Pearson.

Minnesota Midwives Guild. (2013). *The Minnesota Midwives' Guild' standards of care.*

Romano, A., Emesis, C., Bailey, J., Robuck, E., & Rothman, M. (2014). *Promoting physiological birth: Putting birthTOOLS.org into action.* Paper presented at the Midwifery Works! Conference October 17 in Chicago, IL. http://www.midwife.org/acnm/files/ccLibraryFiles/Filename/000000004513/BirthTOOLSforMidwiferyWorks.pdf.

Planificación anticipada de los cuidados 7300

Definición: Proporcionar apoyo para desarrollar un plan de decisiones para el final de la vida que incorpore valores personales, objetivos vitales y preferencias.

Actividades:

- Determinar la disposición a recibir información
- Facilitar el debate sobre las preferencias relativas a la atención sanitaria futura.
- Facilitar la toma de decisiones y las elecciones informadas basadas en las preferencias.
- Fomentar la expresión de sentimientos y emociones durante los debates.
- Identificar esperanzas, temores, objetivos personales y valores relacionados con la asistencia sanitaria futura.
- Discutir el tratamiento, los riesgos y beneficios, y la gestión de los síntomas.
- Respetar el derecho a recibir o no información sobre la salud y el pronóstico.
- Ayudar a identificar al responsable sustituto cuando la persona no pueda tomar sus propias decisiones.
- Facilitar la jerarquía en la toma de decisiones con un poder notarial permanente para la atención sanitaria.
- Incluir a otros profesionales sanitarios en las conversaciones, incluido el apoyo espiritual y religioso.

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

- Asistir en la presentación de voluntades anticipadas legalmente reconocidas, si procede.
- Remitir a asistencia jurídica, si está indicado.
- Remitir a los servicios de cuidados paliativos, según se indique.
- Revisitar el debate y actualizarlo con el tiempo a medida que cambie el estado de salud.
- Documentar los debates, las preferencias y las decisiones.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Arruda, L. M., Abreu, K., Santana, L., & Sales, M. (2019). Variables that influence the medical decision regarding Advance Directives and their impact on end-of-life care. *Einstein (Sao Paulo, Brazil), 18*, eRW4852. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020RW4852.

Dingfield, L. E., & Kayser, J. B. (2017). Integrating advance care planning into practice. *Chest, 151*(6), 1387-1393. https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.02.024.

Nierop-van Baalen, C., Grypdonck, M., Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2020). Associated factors of hope in cancer patients during treatment: A systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing, 76*(7), 1520-1537. https://doi.org/10.1111/jan.14344.

Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., Matlock, D. D., Rietjens, J. A. C., Korgfage, I., Ritchie, C., Kutner, J. S., Teno, J. M., Thomas, J., McMahan, R. D., & Heyland, D. K. (2017). Defining advance care planning for adults: A consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. *Journal of Pain and Symptom Management, 53*(5), 821-832.e821. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331.

Weaver, M. S., Anderson, B., Cole, A., & Lyon, M. E. (2019). Documentation of advance directives and code status in electronic medical records to honor goals of care. *Journal of Palliative Care*(2019). https://doi.org/10.1177/0825859719860129.825859719860129.

Planificación familiar: anticoncepción 6784

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 método de forma constante.
- Comentar los aspectos religiosos, culturales, del desarrollo, socioeconómicos e individuales sobre la elección del anticonceptivo.
- Comentar los métodos de anticoncepción (p. ej., sin medicación, de barrera, hormonal, DIU y esterilización), incluyendo su eficacia, efectos secundarios, contraindicaciones, así como signos y síntomas que deban notificarse a un profesional sanitario.
- 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*(2). https://doi.org/1002/14651858.CD001324.pub3.

Lopez, L., Tolley, E., Grimes, D., & Chen-Mok, M. (2009). Theory-based interventions for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1). https://doi.org/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*(4). https://doi.org/1002/14651858.CD005215.pub2.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Healthy People 2010: Understanding and improving health (2nd ed.).

Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2009). *Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, & families*. F. A. Davis.

P

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Planificación familiar: embarazo no deseado 6788

Definición: Facilitación de 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 life-span. *Nursing for Women's Health, 15*(1), 68-74.

Jensen, J., & Mishell, D. (2012). Family planning. In G. Lentz, R. Lobo, D. Gershenson, & V. Katz (Eds.), *Comprehensive gynecology* (6th ed., pp. 215-272). 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.

P

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 este.
- 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 pareja a valorar alternativas a la paternidad biológica.
- Averiguar el efecto de la infertilidad en la relación de la pareja.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Devine, K. (2003). Caring for the infertile woman. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 28*(2), 100-105.

Hoffman, B., Schorge, J., Schaffer, J., Halvorson, L., Bradshaw, K., & Cunningham, F. (2012). Evaluation of the infertile couple. In B. Hoffman, J. Schorge, J. Schaffer, L. Halvorson, K. Bradshaw, & F. Cunningham (Eds.), *Williams gynecology* (2nd ed., pp. 506-528). McGraw-Hill.

Lobo, R. (2012). Infertility. In G. Lentz, D. Gershenson, & V. Katz (Eds.), *Comprehensive gynecology* (6th ed., pp. 869-895). Elsevier Mosby.

Onwere, C., & Vakharia, H. (2014). *Crash course: Obstetrics and gynaecology* (3rd ed.). Edinburgh, Scotland: Mosby Elsevier.

Planificación para el alta 7370

Definición: Preparación para trasladar a la persona desde un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro de cuidados actual.

Actividades:

- Recopilar datos relacionados con las necesidades de alta al ingreso y de forma continuada.
- Determinar los idiomas preferidos para la comunicación oral en persona, la comunicación telefónica y los materiales escritos.
- Observar si hay indicios de problemas de alfabetización sanitaria (p. ej., no rellenar formularios escritos, incapacidad para identificar los medicamentos o las razones para tomarlos, remisión a los familiares para obtener información sobre el estado de salud).
- Organizar la presencia de un intérprete sanitario cualificado, incluida la traducción de material escrito, según esté indicado.
- Conocer los objetivos de la persona para el alta.
- Proporcionar instrucciones continuas a la persona, la familia y los cuidadores en relación con la estancia en el hospital (p. ej., causa del ingreso, tratamientos, cuidados necesarios).
- Asegurarse de que la persona, la familia y los cuidadores participan activamente en los cuidados.
- Determinar los recursos del hogar, las dificultades y la disponibilidad de la familia o los cuidadores.
- Ayudar en la planificación de un entorno de apoyo para proporcionar cuidados posthospitalarios.
- Elaborar un plan de alta que tenga en cuenta la alfabetización sanitaria y las necesidades de atención sanitaria, sociales, culturales y económicas.
- Formular un plan para el seguimiento posterior al alta con la participación de la persona, la familia y el cuidador.
- Garantizar que los consejos dietéticos sean coherentes con las prácticas religiosas o culturales.
- Garantizar la capacidad de obtener los medicamentos necesarios y tomarlos según la prescripción.
- Monitorizar la preparación para el alta.
- Ayudar a preparar el alta, según esté indicado.
- Dar instrucciones sobre los cuidados de seguimiento necesarios después de la hospitalización (p. ej., medicamentos, dieta, ejercicio, suplementos de fitoterapia).
- Revisar cualquier área de mala comprensión durante las instrucciones.
- Comunicar los planes de alta al equipo interprofesional, según proceda.
- Asegurarse de que se mantiene una comunicación adecuada con los profesionales de atención primaria.
- Coordinar las actividades del equipo interprofesional para garantizar el alta a tiempo.
- Informar de cualquier preocupación relacionada con la enseñanza o planificación del alta, antes del alta.
- Proporcionar copias de toda la información en el idioma preferido.
- Agilizar la transmisión del resumen del alta a los profesionales que acepten el cuidado de la persona.
- Informar a los cuidadores posteriores al alta del idioma preferido y las necesidades culturales.
- Colocar las instrucciones de alta en un portal electrónico para facilitar el acceso, si procede.
- Proporcionar información de contacto con las instrucciones de alta.
- Programar citas para la atención de seguimiento (p. ej., citas, pruebas o análisis posteriores al alta).
- Organizar una evaluación posterior al alta, según corresponda.
- Planificar una consulta de seguimiento para dar los resultados de las pruebas de laboratorio o análisis pendientes al alta.
- Organizar los servicios ambulatorios posteriores al alta y el equipo sanitario.
- Proporcionar refuerzo del plan de alta en las 48 horas posteriores al alta (p. ej., por teléfono, mensajes de texto, videoconferencia, visita a domicilio).
- Coordinarse con las agencias de atención domiciliaria para aumentar la información sobre el alta, el seguimiento y los cuidados recibidos tras el alta hospitalaria, según esté indicado.
- Organizar el apoyo al cuidador, según proceda.
- Documentar los planes de alta.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2008 y 2024

P

Bibliografía:

Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ]. (2019). Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit. http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/red/toolkit/index.html.

Brooks, K. L. (2020). Start your discharge planning early. *New Mexico Nurse, 65*(2), 4-5.

Glasper, A. (2019). Ensuring smooth transition of frail elderly patients from hospital to community. *British Journal of Nursing, 28*(20), 133. 8-1339.

Sexson, K., Lindauer, A., & Harvath, T. (2017). Discharge planning and teaching. *American Journal of Nursing, 117*(5), 58-60.

Seigert, L. (2021). Improving discharge procedures to reduce hospital readmissions. *AJN, American Journal of Nursing, 121*(12), 12. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000803148.45426.39.

Wrotny, C. (2021). Back so soon? A community hospital creates new ways to prevent readmission. *Professional Case Management, 26*(4), 177-185. https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000475.

Wrotny, C., Bradley, D., & Brulé, M. (2021). Back so soon? Part 2: Use of the 5 "Whys" process in unplanned hospital readmissions. *Professional Case Management, 26*(4), 186-193. https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000505.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Planificación para el alta: preparación del hogar 6485

Definición: Preparación del hogar para una prestación de cuidados segura y eficaz.

Actividades:

- Determinar las necesidades a domicilio en función de la salud actual (p. ej., comorbilidades, déficits cognitivos o motores).
- Revisar el entorno del hogar con la persona o la familia para determinar las áreas problemáticas.
- Consultar con la persona y la familia sobre la preparación para la prestación de cuidados en el domicilio.
- Pedir y validar el funcionamiento de cualquier equipo necesario.
- Pedir y confirmar la entrega de medicamentos y suministros, según sea necesario.
- Organizar la programación del personal de apoyo.
- Confirmar la existencia de planes de emergencia.
- Confirmar fecha y hora del traslado al domicilio.
- Confirmar los arreglos para el transporte a casa con acompañante, según sea necesario.
- Favorecer la transición de los cuidados, prestando especial atención al fortalecimiento del vínculo entre la persona y su familia y el nuevo equipo o servicio.
- Programar el seguimiento para garantizar que los planes son viables y se llevan a cabo.
- Proporcionar materiales escritos sobre medicamentos, suministros y dispositivos de asistencia como guías para los cuidadores, según sea necesario.
- Instruir a la familia o al cuidador acerca del proceso salud-enfermedad que experimenta la persona.
- Orientar sobre la organización de un entorno aireado, luminoso y limpio.
- Informar a la familia sobre las situaciones que requieren el regreso al hospital.
- Preparar planes de enseñanza para su uso en casa que coincidan con cualquier enseñanza anterior ya realizada.
- Proporcionar documentación para cumplir las directrices del centro.
- Documentar el estado de salud de la persona a su llegada a casa.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Backman, C., Chartrand, J., Dingwall, O., & Shea, B. (2017). Effectiveness of person- and family-centered care transition interventions: A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, *6*(1), 158. https://doi.org/10.1186/s13643-017-0554-z.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). *Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, process and practice* (10th ed.). Pearson.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

de Abreu Moniz, M., Vago Daher, D., Sabóia, V. M., & Batista Ribeiro, C. R. (2020). Environmental health: Emancipatory care challenges and possibilities by the nurse. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *73*(3), 1-5.

Næss, G., Kirkevold, M., Hammer, W., Straand, J., & Wyller, T. B. (2017). Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 645.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2022). *Clinical Nursing Skills and Techniques* (10th ed.). Elsevier.

Ridwan, E. S., Hadi, H., Wu, Y. L., & Tsai, P. S. (2019). Effects of transitional care on hospital readmission and mortality rate in subjects with COPD: A systematic review and meta-analysis. *Respiratory care*, *64*(9), 1146-1156.

Ugur, H. G., & Erci, B. (2019). The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life. *Acta Clinica Croatica*, *58*(2), 321-332.

Valatka, R., Krizo, J., & Mallat, A. (2021). A survey-based assessment of "matter of balance" participant fall-related experience. *Journal of Trauma Nursing*, *28*(5), 304-309.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

Yamaguchi, Y., Greiner, C., Ryuno, H., & Fukuda, A. (2019). Dementia nursing competency in acute care settings: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, *25*(3), 1-5.

P

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 6560

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 con láser tenga conocimiento acerca de la seguridad establecida del láser, 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).
- Colocar 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.
- Colocar 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. ej., respirador con mascara N95, mascarilla quirúrgica de alta filtración) durante los procedimientos que generan humo quirúrgico.
- Comprobar los suministros y equipos contra incendios.
- Asegurarse de que el personal esté preparado para extinguir incendios utilizando el extintor apropiado, según las indicaciones del fabricante.
- Configurar el láser, según el 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 corresponda.
- Realizar un disparo de prueba con el láser.
- Instruir al paciente acerca de la importancia de no moverse durante el uso del láser, según corresponda.
- Inmovilizar la parte corporal del paciente, según corresponda.
- Proteger los tejidos situados alrededor del sitio del láser con paños o esponjas humedecidas.
- Proteger los tejidos expuestos alrededor del sitio quirúrgico con materiales empapados en solución salina cuando se utilicen láseres con efecto térmico.
- Proporcionar una compresa rectal, según corresponda.

P

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Realizar los ajustes del láser, según la orden del médico o el protocolo del centro.
- Monitorizar al paciente para detectar posibles lesiones.
- Monitorizar el entorno debido a la posibilidad de incendios, siguiendo las recomendaciones locales o estatales para el uso del láser.
- Monitorizar el entorno por si hubiera sustancias inflamables o se hubieran saltado las precauciones, asegurándose de que la cirugía láser no se realiza en un entorno saturado de oxígeno.
- Asegurarse de que se utilicen tubos endotraqueales resistentes al láser para minimizar la posibilidad de incendio durante los procedimientos con láser que afecten a las vías respiratorias o al tracto digestivo del paciente.
- Devolver la llave del láser al sitio seguro designado.
- Esterilizar las lentes del láser, según corresponda.
- Registrar la información, según el protocolo.
- Usar una lista de verificación de seguridad para láser.
- Llevar un registro del uso del láser como un complemento de la 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 and recommended practices.*

Castelluccio, D. (2012). Implementing AORN recommended practices for laser safety. *AORN Journal, 95*(5), 612-627.

Simon, M. (2011). Laser safety: Practical measures and latest legislative requirements. *Journal of Perioperative Practice, 21*(9), 299-303.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Intraoperative nursing management* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins. 417-435.

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 monitorización 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 monitorizar 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., & Wandering (2014). *The University of Iowa College of Nursing Csomay Center for Gerontological Excellence.* Iowa City: IA.

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. (2009). A framework for managing wandering and preventing elopement. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 24*(3), 208-219.

Perese, E. F. (2012). *Psychiatric advanced practice nursing: A biopsychosocial foundation for practice.* F. A. Davis.

P

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, accidente cerebrovascular, dispositivo de acceso venoso central, 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 profilaxis antitrombótica 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 grados 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.* In J. G. Alspach (Ed.), (6th ed.). 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.

P

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Precauciones en incendios provocados 6500

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 apropiada.
- Ayudar al paciente a entrenarse en el control de sus impulsos, si corresponde.
- Aumentar la vigilancia y la seguridad (restricción de zonas o reclusión) si aumenta el riesgo de conductas incendiarias.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Gannon, T. A., & Pina, A. (2010). Firesetting: Psychopathology, theory and treatment. *Aggression and Violent Behavior, 15*(3), 224-238.

Jones, J., Fitzpatrick, J., & Rogers, V. (2012). *Psychiatric-mental health nursing: An interpersonal approach.* Springer.

Lambie, I., Ioane, J., Randell, I., & Seymour, F. (2013). Offending behaviours of child and adolescent firesetters over a 10-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 54*(12), 1295-1307.

Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2013). *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans* (9th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Precauciones en la alergia al látex 6570

Definición: Disminución del riesgo de una reacción sistémica al látex.

Actividades:

- Determinar si la persona tiene alergia al látex.
- Determinar si hay antecedentes de defectos del tubo neural (espina bífida) o de alguna afección urológica congénita (extrofia de la vejiga).
- Determinar alergia a alimentos como plátanos, kiwis, aguacates, mangos y castañas.
- Determinar el tipo de reacción al látex o de otras alergias en el pasado.
- Determinar los antecedentes de reacciones sistémicas al látex de caucho natural (edema facial o escleral, lagrimeo, urticaria y sibilancias).
- Remitir al alergólogo para realizarle pruebas, según corresponda.
- Registrar la alergia o el riesgo de alergia en la historia clínica.
- Colocar una pulsera de aviso de alergia en la persona.
- Colocar un aviso indicando que deben tomarse precauciones con el látex.
- Estudiar el ambiente y eliminar los productos con látex.
- Utilizar sustitutos sin látex en el entorno cuando sea posible (p. ej., evitar globos, pulseras de goma, revisar los envases de apósitos para determinar su contenido, asegurarse de que los kits de urgencia de los colegios solo tengan productos sin látex).
- Monitorizar si hay signos y síntomas de una reacción sistémica en el paciente.
- Informar al profesional sanitario, al farmacéutico y a los demás cuidadores, si está indicado.
- Administrar medicamentos, según corresponda.
- Instruir acerca de los factores de riesgo de desarrollar una alergia al látex.
- Instruir acerca de los signos y síntomas de una reacción.
- Instruir acerca del contenido de látex de los productos domésticos y sustituirlos con productos sin látex, según corresponda.
- Suministrar una lista escrita de sustitutos sin látex de los productos del hogar.
- Enseñar a llevar una placa de alerta médica.
- Instruir a la persona y a la familia acerca de tratamientos de emergencia (p. ej., epinefrina), según corresponda.
- Instruir a las visitas acerca del ambiente libre de látex (p. ej., globos de látex).
- Garantizar la formación anual del personal en relación con las reacciones alérgicas al látex y sus tratamientos.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

2.ª edición 1996; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Asepsis. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 621-622). Pearson.

Leppert, K. (2021). Perioperative nursing. In R. F. Craven, C. J. Hirnle, & C. J. Henshaw (Eds.), *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

Liberatore, K. (2019). Protecting patients with latex allergies. *AJN, American Journal of Nursing, 119*(1), 60-63. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000552616.96652.72.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.

Precauciones en 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 30 grados o más (alimentación por SNG) hasta 90 grados, o lo más incorporado posible.
- Mantener la cabecera de la cama elevada de 30 a 45 minutos después de la alimentación.
- Mantener el balón del tubo endotraqueal inflado.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
- Supervisar la comida o ayudar, según corresponda.
- Proporcionar la alimentación en pequeñas cantidades.
- Comprobar la colocación de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.
- 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.* 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). Mosby.

Perry, L., & Love, C. P. (2001). Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: A systematic review. *Dysphagia, 16*(1), 7-18.

P

Precauciones en 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 un 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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar el estado neurológico.
- Notificar al médico el deterioro neurológico.
- Monitorizar el pulso y la presión arterial.
- Mantener los parámetros hemodinámicos dentro de los límites prescritos.
- Monitorizar la presión intracraneal y la presión de perfusión cerebral, si está indicado.
- Monitorizar la eliminación y las 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). 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). 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). Saunders.

Lee, K. (1980). Aneurysm precautions: A physiologic basis for minimizing rebleeding. *Heart & Lung, 9*(2), 336-343.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Precauciones en la hipertermia maligna 3840

Definición: Prevención o disminución de la respuesta hipermetabólica a los agentes farmacológicos utilizados durante la cirugía.

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 maligna en los pacientes con riesgo (p. ej., opioides, benzodiazepinas, anestésicos locales, óxido nitroso y barbitúricos).
- Evitar o interrumpir el uso de agentes desencadenantes (p. ej., suxametonio empleado solo o junto con agentes inhalatorios volátiles, como halotano, enflurano, isoflurano, sevoflurano o desflurano).
- Monitorizar la presencia de signos de hipertermia maligna (p. ej., hipercapnia, hipertermia, taquicardia, taquipnea, acidosis metabólica, arritmias, cianosis, piel moteada, rigidez muscular, 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 laboratorio (p. ej., aumento del nivel de CO_2 teleespiratorio con disminución de la saturación de oxígeno, aumento del calcio sérico, aumento del potasio, acidosis metabólica inexplicada, hematuria y mioglobinuria).
- Monitorizar los resultados electrocardiográficos.
- Intubar o ayudar con la intubación si el paciente no está ya 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 Ignatavicius D.D., & Workman M.L. (Eds.), *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care* (6th ed., pp. 264-284). Saunders Elsevierb.

Hernandez, J. F., Secrest, J. A., Hill, L., & 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.). Saunders Elsevier.

P

Precauciones en la neutropenia 6581

Definición: Minimizar o eliminar el contagio y la transmisión de agentes infecciosos en personas inmunodeprimidas.

Actividades:

- Verificar el historial médico, incluidas las enfermedades preexistentes, los medicamentos y los tratamientos, para determinar el nivel de riesgo.
- Determinar el estado inicial del sistema inmunitario mediante análisis de sangre y exploración física.
- Instituir precauciones de aislamiento protector, según se indique.
- Proporcionar una habitación privada, según esté indicado, o garantizar los metros cuadrados adecuados por persona según lo exigido por las directrices del CDC, cuando no se pueda disponer de una habitación privada.
- Colocar un aviso en la puerta indicando los requisitos para cualquier persona que entre en la habitación (p. ej., lavado de manos, EPI).
- Restringir los microorganismos en el entorno siempre que sea posible, utilizando una sala de aislamiento con presión positiva (es decir, bombeo de aire limpio a la habitación de forma continua creando una presión de aire tal que los microbios no puedan entrar).
- Utilizar salas de aislamiento con sistemas de filtrado de partículas de aire de alta eficiencia (HEPA), siempre que sea posible.
- Asegurarse de que todos los equipos y muebles de la sala están desinfectados.
- Utilizar equipos desechables y específicos, siempre que sea posible.
- Dejar los equipos reutilizables en la habitación y desinfectarlos después de cada uso (p. ej., termómetros, tensiómetros, aparatos de ECG, portasueros).
- Garantizar que los miembros del equipo siguen una técnica aséptica estricta en todo momento.
- Exigir el lavado de manos con agua y jabón o soluciones antimicrobianas antes de entrar, según esté indicado.
- Requerir a todas las personas que entren en la sala que lleven el EPI adecuado, según esté indicado.
- Restringir o denegar las visitas con niños o con personas resfriadas, con gripe u otras enfermedades, según esté indicado.
- Minimizar el tránsito en la habitación permitiendo solo la entrada y salida del personal necesario.
- Asegurarse de que la puerta permanece cerrada en todo momento.
- Monitorizar estrechamente la temperatura corporal, los análisis de laboratorio y los signos vitales para garantizar el conocimiento del estado de inmunodepresión en todo momento.
- Realizar un estudio diagnóstico en caso de fiebre para temperaturas de 38,3 °C una vez, o 38,0 °C dos veces, con 4 horas de diferencia (p. ej., hemocultivos, urocultivos, cultivos de heridas abiertas).
- Garantizar que el tratamiento antimicrobiano empírico se inicie en las 2 horas siguientes al estudio de la fiebre.
- Asegurarse de que la persona sigue una dieta neutropénica (es decir, alimentos bien cocinados; no alimentos que puedan tener bacterias, como fruta sin lavar).
- Administrar agua embotellada o filtrada para la ingesta de líquidos, según la tolerancia.
- Evitar el uso de agua del grifo para la ingesta de líquidos.
- Evitar arañar, cortar o picar la piel de la persona.
- Evitar dispositivos de acceso venoso permanentes o semipermanentes cuando se está funcional o cuantitativamente neutropénico.
- Cambiar las vías intravenosas según el protocolo del centro, a menos que se infunda sangre, lípidos o nutrición parenteral a través de vías intravenosas; en ese caso, cambiar las vías intravenosas a diario.
- Evitar procedimientos médicos rectales (p. ej., enemas, supositorios).
- Asegurarse de que realiza un cuidado oral frecuente que incluya el cepillado de los dientes y un uso suave del hilo dental según la tolerancia.
- Asegurarse de que use enjuagues orales antimicrobianos cuando exista mala higiene oral o gingivitis.
- Asegurarse de que lleve mascarilla siempre que sea necesario salir de la habitación (p. ej., radiografías, tomografía computarizada, intervención quirúrgica).
- Restringir la presencia de flores, plantas en macetas, arreglos florales con agua en jarrones y arreglos de flores secas.
- Asegurarse de que se realiza una limpieza periódica de la habitación, incluido quitar el polvo con un paño húmedo.
- Vigilar el estado emocional para detectar un aumento de la ansiedad y episodios de miedo relacionados con el aislamiento.
- Proporcionar apoyo según esté indicado para las necesidades emocionales.
- Limpiar adecuadamente el entorno tras el alta.
- Determinar el nivel actual de conocimientos relacionados con el contagio y la transmisión de agentes infecciosos.
- Determinar las prácticas actuales de control de infecciones y adaptar la enseñanza a las necesidades de aprendizaje.
- Instruir sobre las enfermedades preexistentes que aumentan el riesgo de infección.
- Instruir sobre la enfermedad y la necesidad de aislamiento, y cómo seguir las precauciones.
- Instruir sobre la aplicación de precauciones de aislamiento en casa si es necesario tras el alta.
- Indicar que se mantenga lo más limpio posible.
- Indicar que debe lavarse las manos con frecuencia, incluso antes y después de comer o ir al baño.
- Indicar que se duche a diario, asegurándose de limpiar las zonas sudorosas como pies, axilas e ingles.
- Animar a pedir a los demás que se laven las manos con frecuencia, en particular a los amigos y familiares que le visiten.
- Indicar que se evite el coito, pero si se mantienen relaciones sexuales, utilizar siempre lubricante hidrosoluble.
- Indicar que se evite a cualquier persona que esté enferma, aunque solo sea un resfriado leve.
- Indicar que evite a las personas vacunadas recientemente, niños o adultos.
- Indicar que se mantenga alejado de las grandes aglomeraciones, incluidos el transporte público, los restaurantes y las tiendas.
- Evitar completamente a los animales si es posible, y sobre todo evitar tocar sus excrementos.
- Instruir para que se tomen medidas para prevenir el estreñimiento, ya que el esfuerzo por estreñimiento puede irritar la zona rectal (es decir, comer suficiente fibra y beber de cinco a seis vasos de agua al día).
- Indicar que evite las plantas vivas, siempre que sea posible.
- Indicar el uso de guantes cuando se esté al aire libre en zonas ajardinadas o con césped.
- Indicar que evite los tampones y que use compresas para disminuir el riesgo de síndrome de shock tóxico.
- Educar para practicar un buen cuidado oral (p. ej., cepillarse los dientes después de las comidas y antes de acostarse, utilizando un cepillo de dientes suave y cepillando con suavidad).
- Instar a llevar siempre crema solar con un factor de protección solar elevado.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Educar para mantener limpias las vías intravenosas (es decir, asegurarse todos los días de que las vías intravenosas estén siempre secas y limpias y sin enrojecimiento ni dolor).
- Indicar que evite cortes y lesiones como arañazos (p. ej., evitar objetos afilados, asegurarse de llevar guantes mientras limpia).
- Indicar que se retrasen o eviten los procedimientos dentales y las vacunas, a menos que se cuente con la aprobación del profesional sanitario.
- Indicar que se practique la higiene en la cocina al preparar las comidas (p. ej., lavarse las manos antes y después de preparar los alimentos y de comer; utilizar cubiertos, vasos y platos limpios y lavarlos después de cada uso; lavar bien las frutas y verduras frescas).
- Indicar que se eviten los alimentos crudos y sin cocinar (p. ej., frutas y verduras crudas o sin lavar; carne cruda o poco cocinada, incluida la de vacuno, cerdo, pollo, pescado; cereales sin cocinar, frutos secos crudos, miel).
- Indicar que se cocine la carne hasta que alcance una temperatura interna segura, utilizando un termómetro de alimentos para comprobarlo.
- Educar para evitar la contaminación cruzada al preparar los alimentos, manteniendo la carne cruda alejada de los alimentos cocinados.
- Indicar que no se compartan alimentos ni bebidas con otras personas, y que se eviten los puestos de autoservicio, como los contenedores de comida a granel, los bufés y las barras de ensaladas.
- Informar de que se busque atención sanitaria inmediatamente ante cualquier signo o síntoma de infección, ya que las infecciones que se producen durante la neutropenia son potencialmente mortales y requieren atención urgente.
- Educar para comprobar la temperatura dos veces al día.
- Instruir sobre los signos y síntomas de infección (p. ej., fiebre, escalofríos o sudores, tos persistente, dolor de garganta, dificultad para respirar, cualquier dolor nuevo, vómitos, diarrea, hematuria, erupción cutánea, enrojecimiento o tumefacción en el lugar de la vía intravenosa).
- Informar para que acuda a todas las citas de seguimiento y al profesional sanitario en caso de exposición a personas infectadas.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Alsharawneh, A. (2021). Effect of under-triage on the outcomes of cancer patients with febrile neutropenia, sepsis, and septic shock. *Clinical Nursing Research*, *30*(8), 1127-1134. https://doi.org/10.1177/1054773821999688.

Blackburn, L. B., Bender, S., & Brown, S. (2019). Acute leukemia: diagnosis and treatment. *Seminars in Oncology Nursing*, *35*(6), 150950. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.150950.

Beaudry, J., & Scotto DiMaso, K. (2020). Central line care: Reducing central line-associated bloodstream infections on a hematologic malignancy and stem cell transplant unit. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *24*(2), 148-152. https://doi.org/10.1188/20.CJON.148-152.

Carrico, R. M., Garrett, H., Balcom, D., & Burton-Glowicz, J. (2019). Infection prevention and control core practices: A roadmap for nursing practice. *The Nurse Practitioner*, *44*(3), 50-55.

Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *Core infection prevention and control practices for safe healthcare delivery in all settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee.* www.cdc.gov/hicpac/pdf/core-practices.pdf.

Patel, P. K., Popovich, K. J., Collier, S., Lassiter, S., Mody, L., Ameling, J. M., & Meddings, J. (2019). Foundational elements of infection prevention in the STRIVE curriculum. *Annals of Internal Medicine*, *171*(7), S10-S19.

Tavakoli, A., & Carannante, A. (2021). Nursing care of oncology patients with sepsis. *Seminars in Oncology Nursing*, *37*(2), 151130. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151130.

P

Precauciones en las convulsiones 2690

Definición: Prevenir o minimizar las lesiones potenciales sufridas por un paciente con un trastorno comicial conocido.

Actividades:

- Proporcionar una cama de baja altura, si procede.
- Acompañar al paciente durante las actividades fuera de la planta, según corresponda.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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 prodrómicos (aura).

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.).

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). Lippincott Williams & Wilkins.

French, J., Kanner, A., Bautista, J., Abou-Kalil, B., Browne, T., Harden, C., Theodore, W. H., Bazil, C., Stern, J., Schachter, S. C., Bergen, D., Hirtz, D., Montouris, D., Nespeca, M., Gidal, B., Marks, W. J., Turk, W. R., Fischer, J. H., Bourgeois, B., Wilner, A., & Glauser, T. A. (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). Lippincott Williams & Wilkins.

Precauciones en pandemias 6592

Definición: Favorecimiento de estrategias para proteger a las personas de la propagación de una enfermedad infecciosa.

Actividades:

- Proporcionar información científica y basada en hechos sobre las precauciones ante una pandemia.
- Evitar la estigmatización y la marginación durante los debates sobre las precauciones ante una pandemia.
- Identificar las razones de la resistencia a las precauciones en pandemias, según sea necesario.
- Discutir las áreas de alto riesgo que pueden aumentar la probabilidad de contraer enfermedades relacionadas con la pandemia (p. ej., instalaciones industriales o de procesamiento de alimentos, centros penitenciarios, centros sanitarios, industrias de servicios).
- Determinar las condiciones de vida para identificar el entorno colectivo, el hogar multigeneracional o la situación de las personas sin hogar que pueden contribuir a la propagación de la enfermedad.
- Identificar conductas específicas que conllevarían una mayor probabilidad de contraer enfermedades relacionadas con la pandemia.
- Educar sobre los síntomas habituales asociados a las enfermedades relacionadas con la pandemia.
- Identificar las formas de controlar la salud a diario.
- Fomentar el lavado de manos frecuente de al menos 20 segundos con agua y jabón después de estar en espacios públicos, tocarse la cara o estar en contacto con superficies muy sensibles al tacto.
- Educar para utilizar desinfectante de manos con al menos un 60% de alcohol si las manos no están visiblemente sucias y no se dispone de agua y jabón.
- Identificar las medidas para descontaminar las superficies que se tocan con frecuencia en el hogar y el lugar de trabajo.
- Demostrar la mecánica adecuada para cubrirse la boca al toser o estornudar.
- Informar sobre los fundamentos científicos y la técnica adecuada para el uso de mascarillas faciales.
- Educar sobre el uso de vacunas, en función de la disponibilidad, para ayudar a reducir la transmisión de enfermedades relacionadas con pandemias.
- Indicar que se mantenga la distancia física con otras personas, ya que el contacto estrecho con individuos en fase presintomática o asintomática puede provocar la infección.
- Discutir los beneficios de las órdenes de permanecer en casa y los mandatos estatales de uso de mascarillas para reducir la transmisión de enfermedades relacionadas con la pandemia.
- Discutir el impacto de los espacios mal ventilados y las zonas abarrotadas en la propagación de enfermedades durante las pandemias.
- Educar a las personas y a los miembros de la familia sobre los procedimientos adecuados de autoaislamiento y cuarentena en caso de que se diagnostique una enfermedad pandémica en el hogar de una persona.
- Identificar posibles contactos con personas a las que se les haya diagnosticado una enfermedad relacionada con la pandemia, incluso antes del diagnóstico, según sea necesario.
- Identificar los recursos locales, estatales, regionales y nacionales disponibles para proporcionar suministros y recursos a las personas.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): How to protect yourself.* https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html.

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Social distancing. Centers for Disease Control and Prevention website.* https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.html.

Lynteris, C., & Poleykett, B. (2018). The anthropology of epidemic control: Technologies and Materialities. *Medical Anthropology, 37*(6), 433-441. https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1484740.

Maragakis, L. L. (2020). *Coronavirus, social and physical distancing and self-quarantine.* John Hopkins Website, Health. https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus/coronavirus-social-distancing-and-self-quarantine.

Mukherji, A., Gupta, T., & Agarwal, J. P. (2020). Time, distance, shielding and ALARA; drawing similarities between measures for radiation protection and Coronavirus disease pandemic response. *Indian Journal of Cancer, 57*(2), 221-223.

Nicola, M., O'Neill, N., Sohrabi, C., Khan, M., Agha, M., & Agha, R. (2020). Evidence based management guideline for the COVID-19 pandemic. *International Journal of Surgery, 77*, 206-216.

Purba, A. K. (2020). How should the role of the nurse change in response to Covid-19? *Nursing Times, 116*(6), 25-28.

Wee, L., Sim, X., Conceicao, E., Aung, M., Tan, K., Ko, K., Wong, H., Wijaya, L., Tan, B., Venkatachalam, I., & Ling, M. (2020). Containing COVID-19 outside the isolation ward: The impact of an infection control bundle on environmental contamination and transmission in a cohorted general ward. *American Journal of Infection Control, 48*(9), 1056-1061.

P

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Precauciones quirúrgicas 2920

Definición: Minimización de las posibilidades de lesiones yatrogénicas en el paciente involucrado en un procedimiento quirúrgico.

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.
- Monitorizar 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 las normas del centro.
- Registrar los resultados del recuento, según las 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 inflamables, o que los agentes inflamables se han evaporado antes de comenzar la cirugía.
- Eliminar los agentes de preparación aséptica inflamables residuales 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 las radiaciones ionizantes o usar equipo de protección en las situaciones que lo requieran.
- Proteger la almohadilla de toma a tierra de las soluciones preparatorias, de la irrigación y contra los daños.
- Aplicar y utilizar una funda para guardar el electrodo activo durante la cirugía.
- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según las órdenes del médico o las normas del centro.
- Observar si hay lesiones en la piel del paciente después de usar la electrocirugía.
- Depositar los materiales de desecho en los recipientes apropiados.
- Ayudar en la transferencia del paciente, verificando la posición adecuada de los tubos, catéteres y drenajes, y adoptando la posición apropiada a la cirugía que se ha realizado.
- Cubrir al paciente para evitar la exposición y pérdida de calor innecesarias.
- Documentar la información pertinente en el registro de operaciones.
- Participar en una sesión informativa postoperatoria, según las normas del centro.

2.ª edición 1996; revisada en 2013

Bibliografía:

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

Emergency Care Research Institute (ECRI). (2007). *Electrosurgery. In Healthcare Risk Control Risk Analysis (Vol. 4).*

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

Gruendemann, B. J., & Mangum, S. S. (2001). *Infection prevention in surgical settings.* W. B. Saunders.

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

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

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

World Alliance for Patient Safety. (2008). *Surgical safety checklist and implementation manual.* World Health Organization.

P

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). Elsevier Saunders.

Grossman, S. (2013). *Mentoring in nursing: A dynamic and collaborative process* (2nd ed.). 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., 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.

P

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 de 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.
- Realizar 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*. https://doi.org/10.1155/2012/248356.

P

Preparación al parto 6760

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 lactante al pecho después del parto.
- Proporcionar la oportunidad a la madre para que esté en estrecho contacto con el lactante 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 lactante, 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 lactante 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). Prentice Hall.

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). (2005). *Health care guideline: Routine prenatal care.*

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.* Delmar. 477-489.

Wong, D. L., Perry, S. E., & Hockenberry, M. J. (2002). *Maternal child nursing care* (2nd ed.). Mosby.

Preparación ante el bioterrorismo 8810

Definición: Preparación para una respuesta eficaz ante una catástrofe o ataques bioterroristas.

Actividades:

- Desarrollar un plan de respuesta para los distintos tipos de agentes químicos y biológicos que son posibles agentes de terrorismo (p. ej., agentes nerviosos, gas mostaza, cianuro, carbunco, viruela, botulismo, peste).
- Identificar las prioridades de notificación para cada tipo de posible agente.
- Garantizar el acceso a los números de contacto necesarios (p. ej., personal de control de infecciones del centro, epidemiólogo, administración del centro sanitario, agencias sanitarias locales, autonómicas y nacionales, policía nacional y local, agencia de control de enfermedades, servicios médicos de urgencias).
- Garantizar que el plan de respuesta incluya detalles para la gestión de los dos tipos de escenarios posibles (p. ej., brote bioterrorista encubierto, episodios o amenazas bioterroristas anunciados).
- Solicitar ayuda a los funcionarios de sanidad del gobierno para determinar el tipo de episodio.
- Seguir las instrucciones en lo referente al cribado de las personas durante un ataque bioterrorista, utilizando criterios prediseñados basados en síndromes para identificar posibles brotes.
- Utilizar los principios epidemiológicos para determinar si se trata de un brote inusual o de una enfermedad endémica (p. ej., grupos de personas procedentes de un único lugar, aumento rápido de la incidencia de la enfermedad, gran número de casos rápidamente mortales).
- 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], Centers for Disease Control and Prevention [CDC], organismos sanitarios públicos locales y estatales).
- Aplicar las estrategias recomendadas en la actualidad por la OMS y los CDC para contener enfermedades y exposiciones a productos químicos naturales o provocadas.
- Asegurarse de que el personal esté familiarizado con los signos y los síntomas, así como con las presentaciones de inicio más comunes, de personas expuestas a agentes de bioterrorismo.
- Modificar la historia y las preguntas de valoración inicial para incluir el riesgo de exposición y los síntomas físicos de la exposición.
- Monitorizar a las personas con síntomas vagos pero posiblemente importantes (p. ej., seudogripales).
- 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.
- Garantizar la formación periódica del personal 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.
- Asegurarse de que todo el personal esté familiarizado y siga todas las políticas, procedimientos y protocolos de descontaminación.
- Ofrecer formación continuada al personal para mantenerse al día.
- Garantizar a todo el personal una formación periódica que incluya simulaciones.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

Centers for Disease Control and Prevention, Epidemic information exchange (Epi-X). *Centers for Disease Control and Prevention.* (2018). https://emergency.cdc.gov/epix/index.asp.

Centers for Disease Control and Prevention, Preparation and planning for bioterrorism emergencies. *National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID).* (2018). https://emergency.cdc.gov/bioterrorism/prep.asp.

Federal Emergency Management Agency (FEMA). (2021). Bioterrorism. *Ready site, official website of United States government.* https://www.ready.gov/Bioterrorism.

Kako, M., Hammad, K., Mitani, S., & Arbon, P. (2018). Existing approaches to chemical, biological, radiological, and nuclear (CBRN) education and training for health professionals: Findings from an integrative literature review. *Prehospital & Disaster Medicine, 33*(2), 182-190. https://doi.org/10.1017/S1049023X18000043.

Rebmann, T., & Carrico, R. (2017). Consistent infection prevention: Vital during routine and emerging infectious diseases care. *Online Journal of Issues in Nursing, 22*(1), 1. https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol22No01Man01.

Sharma, M., Dixon, J. K., Carter, E. J., & McCorkle, R. (2019). Essential evidence-based introductory bioterrorism content for practicing nurses. *Nurse Education in Practice, 34*, 104-110. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.10.006.

Veenema, T. G. (2019). *Disaster nursing and emergency preparedness: For chemical, biological, and radiological terrorism and other hazards* (4th ed.). Springer.

P

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Preparación para una catástrofe 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., industriales, ambientales).
- Identificar todos los recursos médicos y sociales disponibles en la comunidad para responder ante un desastre.
- Trabajar con otras instituciones en la planificación ante un desastre (servicios médicos de urgencia, agencias gubernamentales locales, autonómicas y nacionales).
- Formar un equipo de liderazgo ante un desastre con roles preestablecidos, disponibilidad adecuada y un centro de mando designado.
- Desarrollar programas para tipos específicos de desastres (p. ej., sucesos con múltiples víctimas, bombas, tornados, huracanes, inundaciones, vertidos químicos), según sea conveniente.
- Desarrollar una red de aviso de desastres para alertar al personal.
- Desarrollar procedimientos de triaje.
- Establecer un lugar de agrupación para atender a las víctimas del desastre.
- Disponer de lugares alternativos para la reunión del personal sanitario.
- Garantizar el personal adecuado.
- Establecer un alojamiento para que el personal permanezca en el lugar en caso necesario.
- Tener conocimiento del lugar de almacenamiento del equipo y de las provisiones para un desastre.
- Desarrollar rutas de evacuación internas (p. ej., lugar de trabajo, domicilio) y externas (p. ej., ciudad, condado, estado) para diversos escenarios de catástrofe (p. ej., terremoto, huracán, inundación, ataque terrorista).
- Fomentar la revisión periódica de las rutas de evacuación internas y externas en toda la comunidad.
- Fomentar la publicación de planes de evacuación en todos los edificios.
- Crear refugios para personas desplazadas (p. ej., refugio antibombas, refugio contra inundaciones) y señalización para localizar los refugios.
- Realizar comprobaciones periódicas del equipo.
- Comprobar y reponer con frecuencia los suministros de los refugios.
- Desarrollar preparativos de la comunidad frente a desastres.
- Ayudar a preparar refugios y puestos de socorro de emergencia.
- Instruir a los miembros de la comunidad sobre medidas de seguridad, autoayuda, localización de los refugios, vías de evacuación 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, información de profesionales sanitarios, personas a las que avisar en caso de urgencia, medicación personal).
- Formar de forma rutinaria al personal sanitario sobre los planes de actuación en caso de desastre.
- Dirigir simulacros anualmente o según sea conveniente.
- Evaluar la actuación del personal encargado después de un desastre o de un simulacro.
- Identificar los mecanismos para realizar reuniones informativas con el personal de asistencia sanitaria después de un desastre.
- Sensibilizar al personal sanitario sobre los posibles efectos psicológicos de un desastre (p. ej., depresión, tristeza, miedo, cólera, fobias, culpabilidad, irritabilidad, ansiedad).
- Identificar los recursos para remitir a los pacientes después del desastre (p. ej., rehabilitación, convalecencia, asesoramiento).
- Identificar las necesidades para después del desastre (p. ej., necesidades persistentes de asistencia sanitaria relacionadas con un desastre, recogida de datos epidemiológicos, valoración de la causa del desastre, pasos que hay que llevar a cabo para evitar que se repita).
- Actualizar los programas para desastres, según sea necesario.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Federal Emergency Management Agency (FEMA). (2021). *Developing and maintaining emergency operations plans: Comprehensive preparedness guide (CPG)* 101 (ver. 3). https://www.fema.gov/sites/default/files/documents/fema_cpg-101-v3-developing-maintaining-eops.pdf.

Smith, S. F., Duell, D. J., Martin, B. C., Aebersold, M. L., & Gonzales, L. (2017). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills* (9th ed.). Pearson.

United States Department of Health and Human Services, Center for Disease Control. (2021, January 25). Public health emergency preparedness and response capabilities: National standards for state, local, tribal, and territorial public health. https://www.cdc.gov/cpr/readiness/capabilities.htm.

Veenema, T. G. (2019). *Disaster nursing and emergency preparedness* (4th ed). Springer.

Preparación quirúrgica 2930

Definición: Provisión de cuidados a un paciente inmediatamente antes de la cirugía y verificación de los procedimientos/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 del paciente).
- Comunicar las consideraciones de cuidados especiales (como ceguera, pérdida auditiva o minusvalía) al personal del quirófano, según corresponda.
- Determinar si se conocen los deseos del paciente respecto a la asistencia sanitaria (voluntades médicas avanzadas, tarjetas de donante de órganos).
- Verificar que la pulsera de identificación del paciente, la pulsera de alergias y las pulseras de sangre son legibles y están en su sitio.
- Retirar las joyas y/o anillos, según corresponda.
- Quitar el esmalte de uñas, maquillaje u horquillas del pelo, según corresponda.
- Extraer dentaduras postizas, gafas y lentillas u otras prótesis, según corresponda.
- Verificar que el dinero u objetos valiosos son colocados en un sitio seguro, si es el caso.
- Administrar los medicamentos de preparación intestinal, según corresponda.
- Explicar los medicamentos preoperatorios que se utilizarán, si es preciso.
- Administrar y registrar los medicamentos preoperatorios, según 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.*

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). Prentice Hall.

Potter, P., Perry, A., Stockert, P., & Hall, A. (Eds.). (2013). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). Elsevier Mosby.

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

P

Prescripción: pruebas diagnósticas 8080

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 precisa de la fecha, la hora y la localización de la prueba al paciente o al cuidador.
- Instruir al paciente y a la familia sobre la fecha, la hora y la localización de la prueba, así como del modo en el que se comunicarán los resultados.
- Utilizar un sistema que permita la devolución a tiempo de los resultados de la prueba diagnóstica y que garantice que los resultados perdidos o retrasados se registran y se buscan.
- Monitorizar los efectos adversos de la prueba diagnóstica.
- Mantener un conocimiento actualizado de las pruebas diagnósticas utilizadas en la práctica (p. ej., sensibilidad o especificidad, fundamento, alternativas, estándares de asistencia, práctica basada en la evidencia, efectos secundarios, monitorización y normativas gubernamentales o política del centro).

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Buppert, C. (2008). *Nurse practitioner's business practice and legal guide* (3rd ed.). Jones & Bartlett.

Chase, S. (2004). *Clinical judgment and communication in nurse practitioner practice.* F. A. Davis.

Dains, J. E., Baumann, L. C., & Scheibel, P. (2007). *Advanced health assessment & clinical diagnosis in primary care* (3rd ed.). Mosby Elsevier.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Prescripción: tratamiento no farmacológico 8086

Definición: Prescripción de tratamiento no farmacológico para un problema de salud.

Actividades:

- Determinar los signos y síntomas del problema de salud actual.
- Revisar los antecedentes médicos, los fármacos, las alergias y las 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 a este.
- Remitir al proveedor de servicios apropiado.
- Monitorizar los efectos adversos del tratamiento.
- Garantizar que se realiza un seguimiento para evaluar la respuesta al tratamiento.
- Mantener un conocimiento actualizado de los tratamientos utilizados en la práctica, incluyendo los fundamentos, alternativas, estándares de asistencia, práctica basada en la evidencia, efectos secundarios, monitorización y normativas gubernamentales o política del centro).

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Buppert, C. (2008). *Nurse practitioner's business practice and legal guide* (3rd ed.). Jones and Bartlett.

Chase, S. (2004). *Clinical judgment and communication in nurse practitioner practice*. F. A. Davis.

Dains, J. E., Baumann, L. C., & Scheibel, P. (2007). *Advanced health assessment & clinical diagnosis in primary care* (3rd ed.). Mosby Elsevier.

Dunphy, L. M., Winland-Brown, J. E., Porter, B. O., & Thomas, D. J. (2007). *Primary care: The art and science of advanced practice* (2nd ed.). F. A. Davis.

Prescripción de medicación 2390

Definición: Prescribir medicación para el favorecimiento de la salud.

P

Actividades:

- Evaluar los signos y síntomas del problema de salud actual.
- Determinar el historial de salud y el uso previo de medicamentos.
- Revisar la medicación actual y las indicaciones de uso de cada medicamento.
- Identificar las alergias y reacciones conocidas.
- Determinar la capacidad de administrar la medicación.
- Identificar las medicaciones indicadas para los problemas actuales.
- Comparar los medicamentos nuevos con los actuales para garantizar la compatibilidad, los medicamentos potencialmente inadecuados, las interacciones entre medicamentos y las interacciones entre medicamentos y enfermedades en personas con comorbilidades.
- Recetar medicamentos según la autorización para hacerlo y 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 las comas decimales utilizadas en la dosificación se ven claramente utilizando los ceros delante de la coma decimal (p. ej., 0,2 frente a,2).
- Evitar el uso de ceros detrás de la coma 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).
- Utilizar un control de laboratorio adecuado de los efectos de la medicación, según esté indicado.
- Consultar con el farmacéutico, si procede.
- Recurrir frecuentemente al farmacéutico para reducir las prescripciones inadecuadas.
- Consultar referencias fiables cuando sea necesario.
- Simplificar el régimen de medicación utilizando una dosis diaria y medicamentos genéricos, siempre que sea posible.
- Iniciar los medicamentos de uno en uno a la dosis más baja posible.
- Identificar los riesgos y beneficios de cualquier medicamento nuevo antes de prescribirlo.
- Revisar periódicamente la lista de medicamentos para reducir la prescripción inadecuada y la polifarmacia.
- Dar instrucciones sobre el método de administración del medicamento, según proceda.
- Explicar la justificación del uso, la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.
- Considerar un posible acontecimiento adverso como causa de cualquier síntoma nuevo.
- Evitar la «cascada de prescripción» en la que se inician medicamentos para tratar un acontecimiento adverso.
- Proporcionar alternativas para la pauta temporal y la modalidad de autoadministración de medicamentos con el propósito de minimizar los efectos en el estilo de vida del paciente.
- Instruir sobre cómo reponer la receta, si es necesario.
- Animar a acudir a una farmacia e informar al farmacéutico de cualquier cambio de medicación para reducir el riesgo de error.
- Explicar cuándo se debe solicitar asistencia adicional.
- Verificar sistemáticamente el cumplimiento del régimen de medicación.
- Monitorizar los efectos terapéuticos y adversos de la medicación.

- Revisar la eficacia de la medicación y su uso continuado según sea necesario para cada medicamento.
- Interrumpir la medicación si se notifican efectos secundarios intolerables, falta de efecto terapéutico o incumplimiento del régimen terapéutico.
- 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 las regulaciones de prescripción.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

2.ª edición 1996; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Anderson, R., & Ferguson, R. (2020). A nurse practitioner–led medication reconciliation process to reduce hospital readmissions from a skilled nursing facility. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 32*(2), 160-167.

Fong, J., Buckley, T., Cashin, A., & Pont, L. (2017). Nurse practitioner prescribing in Australia: A comprehensive literature review. *Australian Critical Care, 30*(5), 252-259. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.11.003.

Fong, J., Cashin, A., & Buckley, T. (2020). Models of prescribing, scope of practice, and medicines prescribed, a survey of nurse practitioners. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.), 76*(9), 2311-2322. https://doi.org/10.1111/jan.14444.

Granara, B., & Laurent, J. (2017). Provider attitudes and practice patterns of obesity management with pharmacotherapy. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 29*(9), 543-550.

Hanson, C. M., & Cahill, M. (2019). Understanding regulatory, legal and credentialing requirements. In *Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing: An Integrative approach* (6th ed., pp. 572-575). Elsevier.

Kulsick, C., Votta, J., Wright, W. L., White, P., & Strowman, S. (2021). Enhancing medication adherence in older adults at two nurse practitioner–owned clinics. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 33*(7), 553-562. https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000414.

Nissen, L. (2018). Prescribing in the future. *Lamp, 75*(10), 24-25.

Stitzlein Davies, P. (2017). Opioids for pain management in older adults: Strategies for safe prescribing. *Nurse Practitioner, 42*(2), 20-29. https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000511772.62176.10.

Presencia 5340

Definición: Permanecer con otra persona, tanto física como psicológicamente, durante los momentos de necesidad.

Actividades:

- Establecer la intención de transmitir una consideración positiva incondicional hacia la persona y su situación.
- Cultivar y comunicar oralmente cariño, empatía, compasión y comprensión.
- Ser sensible a las tradiciones, creencias y prácticas culturales.
- Esforzarse por conocer a la persona como ser humano único.
- Transmitir una sensación de conocimiento que permita a la persona sentirse valorada y comprendida.
- Transmitir franqueza, autenticidad y sinceridad.
- Escuchar las preocupaciones de manera intencionada y activa.
- Permanecer en silencio, según corresponda.
- Ofrecer un contacto físico suave para expresar la consideración, si resulta oportuno.
- Estar físicamente disponible para ofrecer ayuda, cuando sea necesario.
- Permanecer físicamente presente sin esperar respuestas de interacción.
- Ofrecer intimidad, según sea necesario.
- Ofrecerse a quedarse con la persona, según sea necesario.
- Informar de la disponibilidad.
- Fomentar la seguridad y disminuir los miedos.
- Tranquilizar y ayudar a los progenitores en su papel de apoyo de sus seres queridos.
- Ofrecerse a entrar en contacto con otras personas de apoyo, según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2000 y 2024

Bibliografía:

Lazenby, M. (2018). *Caring matters most: The ethical significance of nursing.* Oxford University Press.

Martin, N. M. (2021). Practicing presence with authenticity. *Journal of Christian Nursing, 38*(4), 259. https://doi.org/10.1097/CNJ.00000000000008.

Maniago, J. D. (2017). Therapeutic presencing in nursing. *IARS' International Research Journal, 7*(2). https://doi.org/10.51611/iars.irj.v7i2.2017.81.

Newman, M. (2008). *Transforming presence: The difference nursing makes.* F. A. Davis.

Parse, R. (2021). *The human becoming paradigm: An everchanging horizon.* A Discovery International.

Schaffer, M., & Norlander, L. (2009). *Being present: A nurse's resource for end-of-life communication.* Sigma Theta Tau International.

Watson, J. (2021). *Caring science as sacred science* (revised ed). Lotus Library.

P

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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 e intensivo 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). McGraw-Hill.

Jensen, J., & Mishell, D. (2012). Family planning. In G. Lentz, R. Lobo, D. Gershenson, & V. Katz (Eds.), *Comprehensive gynecology* (6th ed., pp. 215-272). Elsevier Mosby.

Leyland, N., Casper, R., Laberge, P., & Singh, S. (2010). & Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. 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: Establecimiento de precauciones en personas con riesgo de caída.

Actividades:

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

- Disponer un asiento de baño elevado para que la trasferencia sea más sencilla, según sea necesario.
- 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.
- Colocar la cama mecánica en la posición más baja.
- Disponer la superficie sobre la que se duerme cerca del suelo, si es necesario.
- Utilizar alarmas de cama y de silla, según proceda.
- Marcar los umbrales de las puertas y los bordes de los escalones, si es necesario.
- Retirar los muebles bajos (bancos y mesas) y evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
- Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Disponer barandillas y pasamanos visibles.
- Disponer superficies antideslizantes en la bañera, la ducha y el suelo.
- Disponer taburetes firmes y antideslizantes para facilitar alcanzar objetos.
- Disponer muebles firmes que no se caigan si se utilizan como apoyo.
- Evitar reorganizaciones innecesarias del ambiente físico.
- Asegurar que los zapatos se ajusten correctamente, estén firmemente atados y tengan suelas antideslizantes.
- Instruir para que lleve las gafas prescritas, según corresponda.
- Informar sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y las formas de reducir dichos riesgos.
- Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad.
- Instruir sobre la importancia de los pasamanos en escaleras, baños y pasillos.
- Ayudar a identificar y modificar los peligros del hogar.
- Instruir para que evite las superficies heladas y otras superficies exteriores deslizantes.
- Desarrollar maneras para participar de forma segura en actividades de ocio.
- Establecer un programa de ejercicios físicos rutinarios que incluya andar.
- Colaborar con el equipo interprofesional para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas (hipotensión ortostática y marcha inestable).
- Disponer una estrecha vigilancia y dispositivos de seguridad.
- Establecer un acuerdo de seguridad frente a las caídas, según proceda.
- Mantener las barandillas de la cuna en posición elevada cuando el cuidador no esté presente, según corresponda.
- Cerrar firmemente los paneles de acceso a las incubadoras cuando se deje al bebé en la incubadora.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Bargmann, A. L., & Brundrett, S. M. (2020). Implementation of a multicomponent fall prevention program: Contracting with patients for fall safety. *Military Medicine, 185*(Suppl. 2), 28-34. https://doi.org/10.1093/milmed/usz411.

Garcia, A., Bjarnadottir, R. I., Keenan, G. M., & Macieira, T. R. (2021). Nurses' perceptions of recommended fall prevention strategies. *Journal of Nursing Care Quality, Publish Ahead of Print*. https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000605.

Gray-Miceli, D., Ratcliffe, S. J., Thomasson, A., Quigley, P., Li, K., & Craelius, W. (2020). Clinical risk factors for orthostatic hypotension: Results among elderly fallers in long-term care. *Journal of Patient Safety, 16*(3), e143-e147. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000274.

Kim, E.-J., Kim, G.-M., & Lim, J.-Y. (2021). A systematic review and meta-analysis of fall prevention programs for pediatric inpatients. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(11). https://doi.org/10.3390/ijerph18115853.

Racey, M., Markle-Reid, M., Fitzpatrick-Lewis, D., Ali, M. U., Gagne, H., Hunter, S., Ploeg, J., Sztramko, R., Harrison, L., Lewis, R., Jovkovic, M., & Sherifali, D. (2021). Fall prevention in community-dwelling adults with mild to moderate cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics, 21*(1). https://doi.org/10.1186/s12877-021-02641-9.

Usmani, S., Saboor, A., Haris, M., Khan, M. A., & Park, H. (2021). Latest research trends in fall detection and prevention using machine learning: A systematic review. *Sensors (Basel, Switzerland), 21*(15). https://doi.org/10.3390/s21155134.

Wisler, H., Prado, G., & Cohn, T. (2021). Reducing unwitnessed falls on a medical-surgical unit. *MEDSURG Nursing, 30*(3), 208-211.

Zubkoff, L., Neily, J., Quigley, P., Delanko, V., Young-Xu, Y., Boar, S., & Mills, P. (2018). Preventing falls and fall-related injuries in state veterans homes. *Journal of Nursing Care Quality, 33*(4), 334-340. https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000309.

P

Prevención de hemorragias 4010

Definición: Disminución de los estímulos que pueden inducir hemorragias en pacientes con riesgo de sufrirlas.

Actividades:

- 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

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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*. 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.). Elsevier Mosby.

Potter, P., Perry, A., Stockert, P., & Hall, A. (Eds.). (2013). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). Elsevier Mosby.

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 las lesiones por presión 3540

Definición: Prevención de daños localizados en la piel por presión o fricción.

Actividades:

- Realizar una inspección completa de la piel.
- Identificar los factores de riesgo (p. ej., diabetes, sistema inmunitario deprimido, enfermedad vascular, deficiencias nutricionales, tabaquismo, inmovilidad).
- Documentar cualquier incidencia previa de lesiones por presión.
- Documentar el estado de la piel al ingreso, diariamente y según el protocolo del centro.
- Utilizar una herramienta de evaluación de riesgos establecida para monitorizar los factores de riesgo (p. ej., escalas de Braden y Norton).
- Utilizar las normas establecidas o el protocolo del centro para actividades preventivas específicas (p. ej., paquetes).
- Utilizar métodos de medición de la temperatura de la piel para determinar el riesgo, según el protocolo del centro.
- Monitorizar las constantes vitales centrándose en la PAM.
- Monitorizar de cerca cualquier área de preocupación.
- Inspeccionar periódicamente la piel situada bajo los dispositivos médicos (p. ej., mascarillas, cánulas nasales, sondas de alimentación, catéteres, collarines, tubos de traqueotomía).
- Eliminar la humedad excesiva de la piel (p. ej., transpiración, drenaje de heridas, heces, orina).
- Aplicar barreras protectoras (p. ej., cremas, compresas que absorben la humedad), según la prescripción facultativa.
- Girar cada 1 o 2 horas o con más frecuencia, según convenga.
- Evitar la fricción al girar para evitar lesiones en la piel frágil.
- Fomentar los cambios frecuentes de peso corporal.
- Colocar el horario de giros en la cabecera de la cama, según proceda.
- Utilizar dispositivos para los cambios de posición y la protección, según proceda.
- Evitar masajear sobre prominencias óseas.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Proporcionar un control adecuado del dolor (p. ej., medicación, musicoterapia, distracción, masaje).
- Utilizar camas y colchones especiales, según proceda.
- Monitorizar la movilidad y la actividad.
- Asegurar una ingesta dietética adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías, utilizando suplementos, según proceda.
- Consultar al nutricionista, según proceda.
- Consultar a la enfermera especializada en heridas, ostomía y continencia, y a los especialistas en problemas de la piel, según proceda.
- Instruir sobre los signos de deterioro de la piel, según proceda.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Agency for Healthcare Research and Quality. (2017, October). Pressure injury prevention in hospitals training program. https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/resource/pressure-injury/index.html.

Alderden, J. G., Shibily, F., & Cowan, L. (2020). Best practice in pressure injury prevention among critical care patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, *32*(4), 489-500. https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.08.001.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed.). Pearson.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

Kottner, J., Cuddigan, J., Carville, K., Balzer, K., Berlowitz, D., Law, S., Litchford, M., Mitchell, P., Moore, Z., Pittman, J., Sigaudo-Roussel, D., Yee, C. Y., & Haesler, E. (2019). Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline 2019. *Journal of Tissue Viability*(2), 51-58. https://doi.org/10.1016/j.jtv.2019.01.001.

Moore, Z., Patton, D., Avsar, P., McEvoy, N. L., Curley, G., Budri, A., Nugent, L., Walsh, S., & O'Connor, T. (2020). Prevention of pressure ulcers among individuals cared for in the prone position: Lessons for the COVID-19 emergency. *Journal of Wound Care*, *29*(6), 312-320. https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.6.312.

Pittman, J., Beeson, T., Dillon, J., Yang, Z., Mravec, M., Malloy, C., & Cuddigan, J. (2021). Hospital-acquired pressure injuries and acute skin failure in critical care: A case-control study, Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of The Wound. *Ostomy and Continence Nurses Society*, *48*(1), 20-30. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000734.

Tayyib, N., Asiri, M. Y., Danic, S., Sahi, S. L., Lasafin, J., Generale, L. F., Malubay, A., Viloria, P., Palmere, M. G., Parbo, A., Aguilar, K. E., Licuanan, P. M., & Reyes, M. (2021). The effectiveness of the SKINCARE bundle in preventing medical-device related pressure injuries in critical care units: A clinical trial. *Advances in Skin & Wound Care*, *34*(2), 75-80.

P

Prevención de las recidivas 5235

Definición: Reducción del riesgo de recurrencia de conductas, signos y síntomas de un trastorno de salud mental durante el período de mantenimiento, estabilización o recuperación.

Actividades:

- Identificar la naturaleza y gravedad de los signos y síntomas, según sea necesario.
- Determinar el nivel actual de conocimientos sobre el tratamiento, la enfermedad, los cuidados personales y los recursos disponibles.
- Establecer la capacidad física, mental y cognitiva para llevar a cabo el proceso de recuperación de forma independiente.
- Determinar la voluntad de participar en el plan de tratamiento.
- Explorar los episodios pasados de recidiva o recaída y los sueños o fantasías de recaída, según sea necesario.
- Explorar la percepción, la conciencia y las actitudes hacia la enfermedad, así como las actitudes y la motivación para cambiar la salud.
- Identificar los antecedentes étnicos y culturales, y el apoyo de la comunidad, el entorno social, el alojamiento, la religión, las creencias espirituales y los factores de estilo de vida.
- Explorar los factores protectores personales (p. ej., mecanismos de afrontamiento, autoeficacia en situaciones de alto riesgo) y los factores protectores y potenciadores ambientales, según sea necesario.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Explorar los factores de vulnerabilidad personal, las conductas de alto riesgo y los factores cognitivos (p. ej., pensamiento negativo, patrones autodestructivos, racionalización, negación, deseo de gratificación inmediata).
- Identificar situaciones, factores estresantes y situaciones de crisis (p. ej., de desarrollo, situacionales, adventicios) que puedan conducir a una recidiva.
- Determinar expectativas poco realistas en situaciones de alto riesgo (p. ej., espera que el consumo de sustancias le ayude a afrontar emociones negativas).
- Explorar los signos de recidiva, según sea necesario.
- Explicar el proceso de recidiva, según sea necesario.
- Examinar el alcance de la red social, la disposición y las capacidades reales para participar en el plan de reconocimiento de síntomas y cualquier característica de la red (p. ej., el nivel de emoción expresada).
- Establecer un plan de prevención de las recidivas con la persona, la familia y la red social (p. ej., información, detección precoz, colaboración, acuerdos, acciones, seguimiento, objetivos realistas a corto, medio y largo plazo), según sea necesario.
- Utilizar estrategias de intervención específicas para mejorar el afrontamiento de situaciones de alto riesgo (p. ej., mejorar la autoeficacia, manejo de las recidivas, reestructuración cognitiva).
- Considerar la posibilidad de recomendar la participación en un programa de automanejo basado en la evidencia con los usuarios del servicio.
- Centrar las intervenciones específicas en la mejora de la autoconciencia cognitiva, emocional y conductual.
- Promover la participación en programas de prevención de enfermedades, promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación, según proceda.
- Realizar psicoeducación a personas, familias o red social (p. ej., evolución de la enfermedad, signos tempranos de las recidivas, comorbilidades, tratamiento, sueño, habilidades de afrontamiento, manejo de las relaciones), según sea necesario.
- Administrar la medicación, según proceda.
- Utilizar un enfoque interdisciplinar, favoreciendo la coordinación entre los distintos niveles de atención.
- Ofrecer equipos de resolución de crisis y tratamiento domiciliario como servicios de primera línea si la gravedad del episodio o el nivel de riesgo para uno mismo o para los demás supera la capacidad de los servicios o de otros equipos comunitarios.
- Proporcionar cuidados y seguimiento a domicilio, según sea necesario.
- Mantener el contacto y el seguimiento, según sea necesario.
- Evitar culpar o realizar juicios de valor.
- Facilitar la esperanza en el futuro, según sea necesario.
- Realizar intervenciones familiares, según sea necesario.
- Fomentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos, según sea necesario.
- Facilitar la expresión de dificultades para la adherencia al tratamiento y al plan terapéutico, según sea necesario.
- Alentar a asumir la responsabilidad de las AVD y el autocuidado.
- Fomentar un estilo de vida saludable (p. ej., práctica de ejercicio físico adaptado a la condición, dieta sana, participación en actividades de ocio, higiene del sueño), según sea necesario.
- Favorecer la concordancia del tratamiento, según sea necesario.
- Discutir los efectos del alcohol, el tabaco, los medicamentos con y sin receta y las drogas y su posible interferencia con el tratamiento.
- Favorecer la abstinencia sostenida del consumo de sustancias a lo largo del tiempo.
- Comentar cualquier terapia no prescrita, incluidas las terapias complementarias (p. ej., seguridad y eficacia de las terapias, posible interferencia con los efectos terapéuticos de la medicación prescrita, intervenciones psicológicas).
- Favorecer el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas en situaciones de alto riesgo (p. ej., estrategias conductuales como abandonar la situación; estrategias cognitivas como la autoconversación positiva o la autoconfianza), según proceda.
- Proporcionar formación en comunicación y resolución de problemas, según sea necesario.
- Instruir para reconocer y controlar las señales de alarma (p. ej., estrés, falta de equilibrio en el estilo de vida, fuertes expectativas positivas).
- Instruir a la familia y a la red social sobre la monitorización de los signos de alerta precoz, según sea necesario.
- Instruir y alentar técnicas para el manejo de la ansiedad y el estrés (p. ej., técnicas basadas en la atención plena, técnicas de relajación, técnicas de control de estímulos), según sea necesario.
- Instruir y alentar técnicas de motivación, según sea necesario.
- Ayudar a identificar y utilizar los puntos fuertes y las capacidades.
- Poner en contacto con los recursos de la comunidad, según sea necesario.
- Poner en contacto con grupos de autocuidado o de apoyo, según sea necesario.
- Monitorizar los signos vitales, según sea necesario.
- Monitorizar los niveles en suero, orina y aire expirado, según sea necesario.
- Realizar seguimiento farmacológico, según sea necesario.
- Vigilar las recaídas ocasionales que puedan precipitar una recidiva, según sea necesario.
- Vigilar regularmente los signos y síntomas de recidiva (p. ej., intensificación de las conductas, modificación o interrupción de la medicación), especialmente cuando ya están presentes los primeros signos de alerta.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Johansen, K. K., Hounsgaard, L., Frandsen, T. F., Fluttert, F. A. J., & Hansen, J. P. (2021). Relapse prevention in ambulant mental health care tailored to patients with schizophrenia or bipolar disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 28*(4), 549-577. https://doi.org/10.1111/jpm.12716.

Menon, J., & Kandasamy, A. (2018). Relapse prevention. *Indian Journal of Psychiatry, 60*(Suppl 4), S473-S478. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_36_18.

Moriarty, A. S., Coventry, P. A., Hudson, J. L., Cook, N., Fenton, O. J., Bower, P., Lovell, K., Archer, J., Clarke, R., Richards, D. A., Dickens, C., Gask, L., Waheed, W., Huijbregts, K. M., van der Feltz-Cornelis, C., Ali, S., Gilbody, S., & McMillan, D. (2020). The role of relapse prevention for depression in collaborative care: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 265*, 618-644. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.105.

Sharpe, L., Jones, E., Ashton-James, C. E., Nicholas, M. K., & Refshauge, K. (2020). Needed components of psychological treatment in pain management programs: A Delphi study. *EuropeanJournal of Pain, 24*(6), 1160-1168. https://doi.org/10.1002/ejp.1561.

P

Prevención del consumo de sustancias nocivas 4500

Definición: Disuasión del abuso de alcohol o drogas.

Actividades:

- Identificar los factores de riesgo del consumo de sustancias (p. ej., conductas desadaptadas, acontecimientos vitales negativos, conflictos familiares, abuso infantil y abandono).
- Explicar las causas y consecuencias del abuso de sustancias.
- Aconsejar sobre cómo hacer frente a niveles crecientes de estrés.
- Ayudar a la persona a utilizar estrategias para reducir la ansiedad.
- Aconsejar cómo prepararse, afrontar o evitar acontecimientos difíciles o emocionalmente dolorosos, o situaciones irritantes o frustrantes.
- Ayudar a reducir el aislamiento social, según proceda.
- Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del estilo de vida.
- Participar en programas de prevención del abuso de sustancias basados en la evidencia (p. ej., formación en habilidades para la vida, formación en habilidades sociales, programa de mejora de la competencia, formación en habilidades de resistencia social).
- Animar a los padres sobre la importancia de un buen modelo de conducta.
- Instruir a los padres y profesores en la identificación de signos y síntomas de adicción.
- Apoyar a los padres con respecto al desarrollo de habilidades parentales, conductas de crianza, establecimiento de límites o reglas claras y supervisión parental.
- Indicar a los padres que apoyen la política escolar que prohíbe el consumo de drogas y alcohol en las actividades extraescolares.
- Animar a los padres a participar en las actividades de los niños desde la etapa preescolar hasta la adolescencia.
- Recomendar cambios responsables en los planes de estudio sobre alcohol y drogas para los cursos de primaria.
- Fomentar programas escolares sobre cómo evitar las drogas y el alcohol como actividades recreativas.
- Apoyar u organizar grupos comunitarios para disminuir lesiones asociadas con el alcohol, como asociaciones contra las decisiones destructivas o los conductores alcohólicos.
- Favorecer las campañas en los medios de comunicación sobre los problemas asociados al consumo de sustancias.
- Realizar un estudio de los estudiantes sobre el uso del alcohol y las conductas relacionadas con el alcohol y las drogas, cuando esté indicado.
- 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.
- Involucrar a las familias en los programas de prevención.
- Apoyar las creencias y prácticas religiosas y la participación en programas espirituales inspirados en la fe.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

American Nurses Association and International Nursing Society on Addictions. (2013). *Addictions nursing: Scope and standards of practice*. American Nurses Association.

Boyd, M. A. (2021). *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (7th ed.). Wolters Kluwer.

Grim, B. J., & Grim, M. E. (2019). Belief, behavior, and belonging: how faith is indispensable in preventing and recovering from substance abuse. *Journal of Religion and Health, 58*(5), 171319. 171 https://doi.org/10.1007/s10943-019-00876-w.

Hines, C. B., Owings, C. R., & Opioids: (2021). Understanding how acute actions impact chronic consequences. *Dimensions of Critical Care Nursing, 40*(5), 268-274. https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000487.

Pfister, A., Koschmieder, N., & Wyss, S. (2020). Limited access to family-based addiction prevention services for socio-economically deprived families in Switzerland: A grounded theory study. *International Journal for Equity in Health, 19*(1), 194. https://doi.org/10.1186/s12939-020-01305-1.

Ryan, S. A., & Kokotailo, P. (2019). Committee on Substance Use and Prevention, Alcohol use by youth. *Pediatrics, 144*(1). e20191357. https://doi.org/10.1542/peds.2019-1357.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). *Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Substance misuse prevention for young adults*. National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory.

Tierney, M., Finnell, D. S., Naegle, M., Mitchell, A. M., & Pace, E. M. (2020). The future of nursing: Accelerating gains made to address the continuum of substance use. *Archives of Psychiatric Nursing, 34*(5), 297-303. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.010.

P

Prevención del reingreso 7470

Definición: Reducción de los ingresos repetidos en centros de cuidados agudos para personas de alto riesgo.

Actividades:

- Identificar a las personas con alto riesgo de reingreso en función de su estado, hospitalizaciones previas, visitas a urgencias y determinantes sociales de la salud (p. ej., criterios LACE [duración de la estancia durante el ingreso índice, agudos [ingresos urgentes], índice de comorbilidad de Charlson, visitas a urgencias]).
- Iniciar un plan continuo y flexible para el alta a lo largo de todo el proceso asistencial.
- Determinar los recursos del hogar, incluida la disponibilidad de la familia o del cuidador, lo antes posible.
- Fomentar la participación temprana en todas las interacciones relacionadas con la atención domiciliaria y las necesidades del alta.
- Establecer objetivos para el alta.
- Asegurarse de que los objetivos del alta del profesional principal y de la persona coinciden.
- Centrar los esfuerzos de planificación del alta en múltiples puntos durante los períodos previos y posteriores al alta, garantizando la participación continua de la familia o el cuidador.
- Evaluar la preparación para el alta como un proceso continuo.
- Elaborar un plan de alta que tenga en cuenta la alfabetización en salud, la atención sanitaria y las necesidades sociales, culturales y económicas.
- Ayudar en la planificación del entorno de apoyo necesario para proporcionar cuidados posthospitalarios.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Describir los posibles signos y síntomas de la afección tras el alta, incluidas las intervenciones útiles.
- Revisar qué hacer si surge un problema en casa.
- Determinar el grado de comprensión del plan general de alta, incluidos los medicamentos, las órdenes dietéticas, los tratamientos y la atención ambulatoria, según se indique.
- Instruir en áreas específicas necesarias para prevenir el reingreso (p. ej., adherencia y manejo de la medicación, necesidades dietéticas, seguimiento e información de los síntomas, mantenerse físicamente activo).
- Proporcionar un calendario de medicación en el que figuren las marcas y los nombres genéricos de los medicamentos y cuándo y cómo tomarlos.
- Incentivar a llevar el calendario de medicación durante el seguimiento por el profesional sanitario.
- Preguntar qué se entiende por urgencia.
- Dar instrucciones sobre qué hacer en casos de urgencia (p. ej., cuándo marcar el 112 y cuándo llamar a un profesional sanitario privado).
- Revisar cualquier área que se haya entendido mal durante las instrucciones.
- Proporcionar copias escritas de toda la información en el idioma preferido.
- Proporcionar los números de contacto apropiados o la información de contacto del profesional sanitario o del centro con las instrucciones para el alta.
- Desarrollar un plan de acción para saber cuándo es necesario alertar al profesional sanitario sobre el deterioro de la salud.
- Informar al profesional sanitario de cualquier aspecto para la enseñanza o planificación del alta, antes del alta.
- Colocar las instrucciones de alta en un portal electrónico para facilitar el acceso, según proceda.
- Asegurar un entorno de atención al alta adecuado para las personas de riesgo.
- Involucrar al equipo de atención sanitaria adecuado para determinadas personas de alto riesgo (es decir, farmacia para personas con más de 15 medicamentos, servicios sociales para personas sin hogar).
- Considerar las visitas posteriores al alta para la conciliación de la medicación y la comprobación de la adherencia en personas de riesgo (p. ej., insuficiencia cardíaca con puntuaciones LACE altas).
- Inscribir a las personas que cumplan los requisitos en un programa de prevención de los reingresos a los 30 días o en un programa de cuidados transitorios.
- Asegurar un flujo de información continuo y adecuado con los profesionales sanitarios de atención primaria y el equipo de atención interdisciplinar.
- Asegurar la designación de un defensor del alta para coordinarse con el equipo interdisciplinar y la persona en riesgo, si está indicado.
- Elaborar un resumen de alta completo y preciso.
- Acelerar la transmisión del resumen de alta a los clínicos que aceptan el cuidado de la persona.
- Planificar el seguimiento de los resultados de las pruebas de laboratorio pendientes al alta.
- Organizar los servicios ambulatorios posteriores al alta y el equipo sanitario.
- Proponer la asistencia sanitaria a domicilio o la preparación sanitaria para personas con problemas.
- Proporcionar refuerzo telefónico del plan de alta en las 48 horas siguientes al alta.
- Proporcionar comentarios positivos por teléfono durante los contactos para reforzar la confianza y la capacidad.
- Coordinarse con las agencias de salud a domicilio para aumentar la información sobre el alta, el seguimiento o los cuidados posthospitalarios, según esté indicado.
- Considerar técnicas de monitorización domiciliaria para personas de riesgo que cumplan los requisitos (p. ej., teletratamiento, sensores inalámbricos, visitas por vídeo, monitorización y auscultación por audio).
- Determinar la necesidad de cuidados paliativos o de derivación a un centro de cuidados terminales, si está indicado.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.
- Documentar el plan de prevención de los reingresos y sus actualizaciones, según las normas del centro.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Agency for Healthcare Research and Quality. (2017). *Preventing avoidable readmissions: Improving the hospital discharge process.* https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/impptdis/index.html.

Bell, J. F., Whitney, R. L., Reed, S. C., Poghosyan, H., Lash, R. S., Kim, K. K., Davis, A., Bold, R. J., & Joseph, J. G. (2017). Systematic review of hospital readmissions among patients with cancer in the United States. *Oncology Nursing Forum, 44*(2), 176-191.

Bradley, D. M. (2019). A day in the life of a readmission prevention nurse. *Home Healthcare Now, 37*(4), 236.

Lodhi, M. K., Ansari, R., Yao, Y., Keenan, G. M., Wilkie, D., & Khokhar, A. A. (2017). Predicting hospital re-admissions from nursing care data of hospitalized patients. *Advances in Data Mining: Applications and Theoretical Aspects, 10357*, 181-193.

Ingles, A. (2020). Heart failure nurse navigator program interventions based on LACE scores reduce inpatient heart failure readmission rates. *Heart & Lung, 49*(2), 219.

Mafouz, E. M. (2019). Prevention of early readmission after acute decompensated heart failure. *International Journal of Cardiology, 255*, 202-203.

Savoy, M., Davis, J., & Bittner-Fagan, H. (2017). Improving patient safety: Prevention of hospital readmission. *Family Practice Essentials, 463*, 21-26.

Teh, R., & Janus, E. (2018). Identifying and targeting patients with predicted 30-day hospital readmissions using the revised LACE index score and early post-discharge intervention. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 16*(3), 174-181.

P

Prevención del shock 4260

Definición: Detección y tratamiento de un paciente con riesgo de shock inminente.

Actividades:

- Monitorizar las respuestas precoces de compensación del shock (p. ej., presión arterial normal, pinzamiento de la tensión diferencial, hipotensión ortostática leve [de 15 a 25 mmHg], relleno capilar ligeramente retrasado, piel pálida/fría o piel enrojecida, ligera taquipnea, náuseas y vómitos, sed aumentada o debilidad).
- Monitorizar los signos precoces de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (p. ej., aumento de la temperatura, taquicardia, taquipnea, hipocapnia, leucocitosis o leucopenia).
- Monitorizar si se producen signos precoces de reacciones alérgicas (p. ej., rinitis, sibilancias, estridor, disnea, prurito, urticaria, habones, angioedema cutáneo, indisposición gastrointestinal, dolor abdominal, diarrea, ansiedad e inquietud).
- Monitorizar los signos precoces de deterioro cardíaco (p. ej., descenso del gasto cardíaco y de la diuresis, aumento de las resistencias vasculares sistémicas y de la presión capilar pulmonar de enclavamiento, crepitantes en los pulmones, ruidos cardíacos S_3 y S_4 y taquicardia).
- Monitorizar las posibles fuentes de pérdida de líquidos (p. ej., tubo de tórax, herida y drenaje nasogástrico; diarrea; vómitos; y aumento del perímetro abdominal y de las extremidades, hematemesis o rectorragia).
- Monitorizar 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.
- Monitorizar si hay signos de oxigenación tisular inadecuada (p. ej., aprensión, aumento de ansiedad, cambios del estado mental, agitación y oliguria, así como extremidades frías y moteadas).
- Monitorizar la pulsioximetría.
- Monitorizar la temperatura y el estado respiratorio.
- Monitorizar el ECG.
- Monitorizar el peso, la ingesta y la diuresis a diario.
- Monitorizar los valores de laboratorio, sobre todo los niveles de Hb y Hto, el perfil de coagulación, la gasometría arterial, los niveles de lactato y electrólitos, los cultivos y el perfil bioquímico.
- Monitorizar los parámetros hemodinámicos invasivos (p. ej., PVC, PAM y saturación central/venosa mixta de oxígeno), según corresponda.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar si hay signos y síntomas de ascitis y dolor abdominal o lumbar.
- Colocar al paciente en decúbito supino con las piernas elevadas (volumen, vasogénico) o en decúbito supino con la cabeza y los 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 antiinflamatorios y/o broncodilatadores, según corresponda.
- Controlar la glucemia y administrar terapia con insulina, según corresponda.
- Administrar epinefrina, 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: A holistic approach* (8th ed., pp. 1152-1178). Lippincott Williams & Wilkins.

Porth, C. M. (2004). *Essentials of pathophysiology: Concepts of altered health states*. Lippincott Williams & Wilkins.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

P

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Prevención del suicidio

6340

Definición: Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida.

Actividades:

- Determinar la existencia de riesgo de suicidio utilizando una escala validada de valoración del suicidio.
- Determinar si tiene un plan de suicidio.
- Determinar si dispone de medios para llevar adelante el plan de suicidio.
- Considerar la hospitalización de cualquier persona con un alto riesgo de conducta suicida.
- Tratar y controlar cualquier enfermedad psiquiátrica o los síntomas que pueden poner a la persona en riesgo de suicidio (alteraciones del estado de ánimo, alucinaciones, ideas delirantes, pánico, abuso de sustancias, 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 de la boca después de administrar la medicación para asegurarse de que la persona no se guarda la medicación 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 en la planificación de su propio tratamiento, según corresponda.
- Enseñar estrategias de afrontamiento (entrenamiento en asertividad, control de los actos impulsivos, relajación muscular progresiva), según corresponda.
- Relacionarse a intervalos regulares para transmitirle atención y franqueza y para dar oportunidad para hablar de sus sentimientos.
- Utilizar una forma de hablar directa y sin prejuicios para hablar sobre el suicidio.
- Animar a buscar a los cuidadores para hablar, cuando se produzca el deseo de autolesión.
- Evitar comentar repetidamente los antecedentes de suicidio manteniendo discusiones orientadas hacia el presente y el futuro.
- Discutir planes para afrontar las ideas suicidas en el futuro (p. ej., factores precipitantes, con quién contactar, dónde buscar ayuda, maneras de aliviar los impulsos de autolesión).
- Ayudar a identificar a las personas y los recursos de apoyo (p. ej., sacerdote, familia, proveedores de cuidados).
- Iniciar las precauciones contra el suicidio (observación y vigilancia continua de la persona, proveerse de un entorno protector) cuando haya un alto riesgo de suicidio.
- Colocar en el entorno menos restrictivo posible que permita el nivel necesario de observación.
- Continuar una valoración regular del riesgo de suicidio (como mínimo a diario) para ajustar adecuadamente las precauciones contra él.
- Consultar con el equipo terapéutico antes de modificar las precauciones contra el suicidio.
- Buscar si en la persona hospitalizada recientemente y entre sus pertenencias personales hay armas/armas potenciales durante el procedimiento de admisión del paciente, según corresponda.
- Examinar de forma rutinaria el entorno y eliminar los peligros para mantenerlo libre de riesgos.
- Limitar el acceso a ventanas, a menos que estén cerradas con llave y sean irrompibles, según corresponda.
- Limitar el uso de armas potenciales (p. ej., objetos afilados y similares a cuerdas).
- Monitorizar durante el uso de armas potenciales (p. ej., maquinilla de afeitar).
- Utilizar intervenciones protectoras (restricciones de zonas, separación, barreras físicas), si carece de control para evitar lesionarse, según sea necesario.
- Comunicar el riesgo y los aspectos relevantes de seguridad a los otros cuidadores.
- Asignar una habitación situada cerca del control de enfermería para facilitar la observación, según corresponda.
- Aumentar la vigilancia en los momentos en los que se sabe que la cantidad de personal es inferior (reuniones de enfermería, cambio de turno, horas de comer del personal, durante la noche, fin de semana, momentos de caos en la unidad de enfermería).
- Considerar estrategias para disminuir el aislamiento y la oportunidad de actuar de acuerdo con los pensamientos dañinos (poner un cuidador).
- Observar, registrar e informar de cualquier cambio del estado de ánimo o de conducta que pueda aumentar significativamente el riesgo de suicidio.
- Documentar los resultados de los controles de vigilancia regulares.
- Explicar las precauciones contra el suicidio y los aspectos relevantes de seguridad (propósito, duración, expectativas conductuales y consecuencias conductuales).
- Facilitar el apoyo por parte de la familia y de los amigos.
- Implicar a la familia en la planificación del alta (enseñanza sobre la enfermedad y la medicación, reconocimiento del aumento del riesgo de suicidio, planes para enfrentarse a los pensamientos de autolesión, recursos comunitarios).
- Remitir 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 comunitarios disponibles y los programas de alcance.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.
- 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, 2004 y 2024

Bibliografía:

American Psychiatric Nurses Association. (2014). *Scope and standards of psychiatric-mental health nursing* (2nd ed.).

Butcher, H. K., & Ingram, T. (2018). Secondary suicide prevention in later life. *Journal of Gerontological Nursing, 44*(11), 20-32.

Chauliac, N., Leaune, E., Gardette, V., Poulet, E., & Duclos, A. (2020). Suicide prevention interventions for older people in nursing homes and long-term care facilities: A systematic review. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology, 33*(6), 307-315. https://doi.org/10.1177/0891988719892343.

Keltner, N. L., & Steele, D. (2019). *Psychiatric nursing* (8th ed.). Elsevier.

Kinsley, K., & Pritchett, W. (2021). Ambulatory Care Nurses: Suicide causes and prevention. *AAACN Viewpoint, 43*(2), 13-15.

P

Lindstrom, A. C., & Earle, M. (2021). Improving suicidal ideation screening and suicide prevention strategies on adult nonbehavioral health units. *Journal of Doctoral Nursing Practice, 14*(2), 122-129.

Manister, N. N., Murray, S., Burke, J. M., Finegan, M., & McKiernan, M. E. (2017). Effectiveness of nursing education to prevent inpatient suicide. *Journal of Continuing Education in Nursing, 48*(9), 413-419. https://doi.org/10.3928/00220124-20170816-07.

Navin, K., Kuppili, P. P., Menon, V., & Kattimani, S. (2019). Suicide prevention strategies for general hospital and psychiatric inpatients: A narrative review. *Indian Journal of Psychological Medicine, 41*(5), 403-412.

Varcarolis, E. M., & Fosbre, C. D. (2021). *Essentials of psychiatric-mental health nursing* (4th ed.). Elsevier.

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). In A. A. Thygerson & B. Gulli (Eds.), *First aid, CPR, and AED* (4th ed.). Jones and Bartlett.

Boy Scouts of America. (2009). *The Boy Scout handbook* (12th ed.).

Pfeiffer, R. P., Thygerson, A., & Palmieri, N. F. (2009). In B. Gulli & E. W. Ossman, Medical (Eds.), *Sports first aid and injury prevention*. Jones and Bartlett.

P

Protección contra las infecciones 6550

Definición: Prevención y detección precoces de la infección en personas de riesgo.

Actividades:

- Verificar el nivel de riesgo mediante preguntas sobre el historial sanitario, incluidos los viajes internacionales y locales.
- Determinar el nivel actual de conocimientos relacionados con la adquisición y transmisión de agentes infecciosos.
- Monitorizar los aspectos de las afecciones preexistentes que aumentan el riesgo de infección de la persona (p. ej., pancitopenia, fármacos inmunosupresores).
- Monitorizar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Monitorizar la vulnerabilidad a las infecciones (p. ej., menor capacidad de autocuidados, heridas abiertas, cirugía reciente).
- 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 sea necesario.
- Evitar el contacto estrecho entre las mascotas y los huéspedes inmunodeprimidos.
- Realizar cribado a todas las visitas por si padecen enfermedades transmisibles.
- Mantener la asepsia para la persona de riesgo.
- Aplicar técnicas de aislamiento adecuadas.
- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.
- Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas.
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión o herida quirúrgica a intervalos regulares.
- Obtener muestras para cultivo, si es necesario.
- Fomentar un reposo, una ingesta nutricional y una ingesta de líquidos suficientes.
- Monitorizar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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 a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.
- Utilizar los antibióticos con sensatez.
- Evitar el tratamiento con antibióticos para las infecciones virales.
- Enseñar las diferencias entre infecciones virales y bacterianas.
- Enseñar los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanitario.
- Enseñar a evitar infecciones.
- Promover las inmunizaciones y vacunaciones, así como medidas preventivas contra las infecciones, según proceda.
- Eliminar las frutas frescas, las verduras y la pimienta de la dieta en personas con neutropenia.
- Retirar las flores y plantas naturales del área de cuidados, según corresponda.
- Proporcionar una habitación privada, según esté indicado.
- Garantizar la seguridad del agua mediante hipercloración e hipercalentamiento.
- Notificar la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones.
- Notificar los resultados de cultivos positivos al personal de control de infecciones.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2013 y 2024

Bibliografía:

Patel, P. K., Popovich, K. J., Collier, S., Lassiter, S., Mody, L., Ameling, J. M., & Meddings, J. (2019). Foundational elements of infection prevention in the STRIVE curriculum. *Annals of Internal Medicine, 171*(7), S10-S19.

Prior, M., Delac, K., Melone, D., & Laux, L. (2020). Determining nursing education needs during a rapidly changing COVID-19 environment. *Critical Care Nursing Quarterly, 43*(4), 428-450.

Wilson, B. J., Zitella, L. J., Erb, C. H., Foster, J., Peterson, M., & Wood, S. K. (2018). Prevention of infection: A systematic review of evidence-based practice interventions for management in patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 22*(2), 157-168.

Protección de los derechos del paciente 7460

Definición: Ofrecer respeto, privacidad, confidencialidad, consentimiento informado y tratamiento sin discriminación, coacción ni abuso.

P

Actividades:

- Proporcionar una declaración escrita de los derechos como receptor de los cuidados en el idioma preferido (p. ej., Carta de Derechos del Paciente de la American Hospital Association).
- Proporcionar un intérprete si no puede entender las explicaciones escritas u orales de los derechos.
- Disponer un ambiente que conduzca a conversaciones privadas.
- Proteger la intimidad durante todas las actividades de cuidados.
- Determinar si se conocen los deseos respecto a la asistencia sanitaria (p. ej., testamento vital y poder notarial para la asistencia sanitaria).
- Determinar quién está facultado legalmente para dar el consentimiento para el tratamiento o prueba.
- Colaborar con el profesional sanitario para respetar los deseos.
- Abstenerse de forzar el tratamiento.
- Garantizar que se respeten las preferencias culturales y religiosas.
- Conocer la situación legal del testamento vital en el estado actual.
- Cumplir los deseos expresados en un testamento vital o en un poder notarial para la asistencia sanitaria, y las órdenes de «no reanimar».
- Documentar en el registro de cuidados de salud la capacidad mental para tomar decisiones, según corresponda.
- Administrar un tratamiento adecuado del dolor agudo, crónico y terminal.
- Intervenir en situaciones que impliquen cuidados inseguros o inadecuados.
- Conocer las normativas legales de notificación obligatoria.
- Mantener la intimidad y la confidencialidad de la información sanitaria.
- Documentar las cuestiones relacionadas con los derechos de las personas, según las normas del centro.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Abbasinia, M., Ahmadi, F., & Kazemnejad, A. (2020). Patient advocacy in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics, 27*(1), 141-151. https://doi.org/10.1177/0969733019832950.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed.). Pearson.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

Khademi, M., Mohammadi, E., & Vanaki, Z. (2019). On the violation of hospitalized patients' rights: A qualitative study. *Nursing Ethics, 26*(2), 576-586. https://doi.org/10.1177/0969733017709334.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Tønnessen, S., Scott, A., & Nortvedt, P. (2020). Safe and competent nursing care: An argument for a minimum standard? *Nursing Ethics, 27*(6), 1396-1407. https://doi.org/10.1177/0969733020919137.

Trueland, J. (2019). Understanding patients' human rights helps you weigh ethical dilemmas: A human rights approach to practice ensures nursing care is person-centered and respects individual autonomy. *Nursing Standard, 34*(11), 56-58. https://doi.org/10.7748/ns.34.11.56.s19.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

Protección de riesgos ambientales 8880

Definición: Prevención y detección de enfermedades y lesiones en poblaciones de riesgo por causa de peligros ambientales.

Actividades:

- Examinar el entorno para detectar riesgos.
- Analizar el nivel de riesgo (p. ej., forma de vida, trabajo, atmósfera, agua, alojamiento, comida, residuos, radiación y violencia).
- Realizar valoraciones periódicas de la exposición para poblaciones o localizaciones de riesgo.
- Informar a las poblaciones de riesgo acerca de los peligros ambientales.
- Monitorizar los incidentes de enfermedades y lesiones relacionadas con peligros ambientales.
- Mantenerse al día de la información asociada con estándares ambientales específicos (p. ej., Agencia de Protección Medioambiental, Administración de Seguridad y Salud Ocupacional).
- Colaborar con 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.
- Fomentar los recursos adecuados para eliminar y reducir el uso o la formación de agentes nocivos.
- Garantizar la evaluación periódica y la aplicación de medidas de control.
- Instruir en la identificación de situaciones de riesgo ambiental.
- Documentar poblaciones, situaciones y lugares de riesgo.
- Informar a los organismos autorizados para proteger el ambiente de los riesgos conocidos.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Caplin, A., Ghandehari, M., Lim, C., Glimcher, P., & Thurston, G. (2019). Advancing environmental exposure assessment science to benefit society. *Nature Communications, 10*(1), 1236.

Holzemer, S., & Klainberg, M. (2021). *Community health nursing: An alliance for health* (2nd ed). McGraw-Hill.

Munnangi, S., & Boktor, S. W. (2021). Epidemiology of study design. In: *StatPearls [Internet]* (1st ed). StatPearls.

Resnik, D. B., MacDougall, D. R., & Smith, E. M. (2018). Ethical dilemmas in protecting susceptible subpopulations from environmental health risks: Liberty, utility, fairness, and accountability for reasonableness. *American Journal of Bioethics, 18*(3), 29-41.

Weaver, C. P., & Miller, C. A. (2019). A framework for climate change-related research to inform environmental protection. *Environmental Management, 64*(3), 245-257.

P

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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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*. 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.). 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 arterial: muestra de sangre arterial 4232

Definición: Obtención de una muestra sanguínea de una arteria para valorar los niveles de oxígeno y dióxido de carbono y el equilibrio ácido-base.

Actividades:

- Determinar si se extrae sangre de una arteria o de una vía arterial.
- Explicar el procedimiento y las expectativas.
- Palpar la arteria radial, braquial o femoral para detectar el pulso.
- Realizar el test de Allen antes de la punción de la arteria radial.
- Obtener una jeringuilla con medicación anticoagulante.
- Limpiar la zona de la piel con una solución adecuada.
- Colocar la extremidad adecuadamente para el acceso (p. ej., mano hiperextendida sobre una tela enrollada; extremidad en hiperabducción y rotación externa).
- Palpar la arteria con la mano no dominante proximal a la entrada de la aguja.
- Fijar la arteria tensando la piel.
- Insertar la aguja en la arteria con un ángulo de 45 a 60 grados con la mano dominante hasta que aparezca un chorro de sangre.
- Dejar que la jeringuilla se llene hasta el nivel adecuado; no tirar del émbolo hacia atrás.
- Tirar ligeramente de la jeringuilla hacia atrás y recolocar la aguja si se pierde el flujo arterial.
- Obtener una muestra de sangre.
- Retirar la aguja y aplicar presión inmediatamente en el lugar de la punción, con una gasa estéril.
- Aplicar presión hasta que se consiga la hemostasia, según las normas del centro.
- Colocar un vendaje compresivo en la zona, según corresponda.
- Expulsar todo el aire de la jeringuilla manteniendo la jeringuilla vertical y golpeándola suavemente.
- Girar lentamente la jeringuilla entre las manos.
- Etiquetar la muestra, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Organizar el transporte inmediato de la muestra al laboratorio.
- Colocar la jeringuilla en hielo si va a haber retrasos en el transporte.
- Registrar la temperatura, porcentaje de oxígeno, método de entrega, sitio de punción y valoración circulatoria después de la punción.

P

2.ª edición 1996; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Brown, J. M. (2021). Arterial puncture. In American Association of Critical Care Nurses & D. L. Weigand (Eds.), *AACN Procedure Manual for High Acuity, Progressive, and Critical Care* (7th ed.). Elsevier.

Markewitz, B. A. (2018). Improved success rate of arterial puncture for blood gas analysis through standardization. *Labmedicine*, *49*(2), 175-178. https://doi.org/10.1093/labmed/lmx082.

Vahedian-Azimi, A., Rahimi-Bashar, F., Pourhoseingholi, M., Salesi, M., Shamsizadeh, M., Jamialahmadi, T., Gohari-Moghadam, K., & Sahebkar, A. (2021). Effect of the specific training course for competency in doing arterial blood gas sampling in the Intensive Care Unit: Developing a standardized learning curve according to the procedure's time and socio-professional predictors. *BioMed Research International*(2), 1-10.

Punción intravenosa (i.v.) 4190

Definición: Inserción de una aguja hueca en una vena periférica para administrar líquidos, sangre o fármacos.

Actividades:

- Verificar la prescripción del tratamiento i.v.
- Instruir acerca del procedimiento.
- Utilizar una técnica aséptica estricta.
- Identificar las alergias a medicamentos, al yodo o al esparadrapo.
- Identificar si hay problemas de coagulación o está tomando algún fármaco que pudiera afectar a la coagulación.
- Proporcionar apoyo emocional, si es preciso.
- Colocar en decúbito supino.
- Solicitar a los progenitores que cojan y consuelen al niño, según el caso.
- Verificar que tenga una postura cómoda.
- Solicitar al paciente que permanezca inmóvil durante la venopunción.
- Quitar la ropa de la extremidad que se va a puncionar.
- Seleccionar una vena apropiada para la venopunción, teniendo en cuenta las preferencias, 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, finalidad del catéter, calibre del catéter, material de la cánula, proximidad de la cánula a las articulaciones, estado de la extremidad, estado, habilidad del profesional).
- Comenzar la punción intravenosa en el brazo contrario al que tenga fístulas o derivaciones arteriovenosas, o afecciones que contraindiquen la canulación (p. ej., linfedema, mastectomía, radioterapia).
- Elegir la aguja en función del propósito y la duración de uso (p. ej., mayor calibre para la administración de sangre).
- Aplicar compresas calientes si es necesario para aumentar el flujo de sangre con el fin de visualizar las venas (p. ej., paños secos calientes).
- Aplicar analgesia tópica, si está indicado, según el protocolo del centro.
- Aplicar lidocaína al 1% o 2% en el punto de inserción, 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 que mantenga la extremidad inferior por debajo del corazón para permitir el máximo flujo sanguíneo al lugar seleccionado.
- Masajear el brazo 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 que abra y cierre el puño varias veces.
- Limpiar la zona con una solución adecuada, según el protocolo del centro.
- Utilizar guía ecográfica para la inserción de catéteres intravenosos periféricos en personas con un acceso intravenoso difícil, 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.
- Obtener una muestra de sangre de la vena canulada, si se ha prescrito.
- Retirar el torniquete lo antes posible.
- Fijar la cánula con esparadrapo en el sitio firmemente.
- Conectar la cánula 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.
- Etiquetar el apósito del sitio con la fecha, el calibre y las iniciales, según el protocolo del centro.

1.ª edición 1992; revisada en 2013 y 2024

Bibliografía:

Coventry, L. L., Jacob, A. M., Davies, H. T., Stoneman, L., Keogh, S., & Jacob, E. R. (2019). Drawing blood from peripheral intravenous cannula compared with venupuncture: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing, 75*(11), 2313-2339. https://doi.org/10.1111/jan.14078.

Davis, E. M., Feinsmith, S., Amick, A. E., Sell, J., McDonald, V., Trinquero, P., Moore, A., Gappmaier, V., Colton, K., Cunningham, A., Ford, W., Feinglass, J., & Barsuk, J. H. (2021). Difficult intravenous access in the emergency department: Performance and impact of ultrasound-guided IV insertion performed by nurses. *American Journal of Emergency Medicine, 46*, 539-544. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.11.013.

Infusion Nursing Society. (2021). *Policies & procedures for infusion therapy: Acute care* (6th ed.).

Infusion Nursing Society. (2021). *Standards of practice* (8th ed.).

Kleidon, T., Schults, J., Rickard, C., & Ullman, A. (2021). Techniques and technologies to improve peripheral intravenous catheter insertion success and outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Infection, Disease & Health, 26*(Sppl. 1), S10. https://doi.org/10.1016/j.idh.2021.09.035.

Morata, L., & Bowers, M. (2020). Ultrasound-Guided peripheral intravenous catheter insertion: The Nurse's Manual. *Critical Care Nurse, 40*(5), 38-46. https://doi.org/10.4037/ccn2020240.

Nickel, B. (2019). Peripheral intravenous access: Applying Infusion Therapy Standards of Practice to improve patient safety. *Critical Care Nurse, 39*(1), 61-71. https://doi.org/10.4037/ccn2019790.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and techniques* (10th ed.). Elsevier.

P

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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 orales, 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*. Saunders Elsevier.

Field, J., Hazinski, M., Sayre, M., Chameides, L., Schexnayder, S., Hemphill, R., Samson, R. A., Kattwinkel, J., Berg, R. A., Bhanji, F., Cave, D. M., Jauch, E. C., Kudenchuk, P. J., Neumar, R. W., Peberdy, M. A., Perlman, J. M., Sinz, E., Travers, A. H., Berg, M. D., Billi, J. E., & Hoek, T. L. V. (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*. American Heart Association.

Urden, L., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2010). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (6th ed.). Mosby Elsevier.

Wiegand, D. (Ed.). (2011). *AACN procedure manual for critical care* (6th ed.). Elsevier Saunders.

Reanimación: feto 6972

Definición: Adopción de medidas de urgencia para mejorar la perfusión placentaria o corregir el estado ácido-base del feto.

Actividades:

- Monitorizar los signos vitales por medio de palpación, auscultación o de un monitor electrónico fetal, según corresponda.
- Observar las alteraciones no tranquilizadoras (anormales) en la frecuencia cardíaca fetal, (p. ej., bradicardia, taquicardia, falta de reactividad, desaceleraciones variables, desaceleraciones tardías, desaceleraciones prolongadas, disminución 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 decúbito lateral izquierdo o apoyada sobre manos y rodillas.
- Volver a evaluar la frecuencia cardíaca fetal.
- Aplicar oxígeno entre 10 y 15 l/min si la posición no resulta eficaz en la corrección del patrón no tranquilizador (anormal) de la frecuencia cardíaca fetal.
- Canalizar una vía i.v., según corresponda.
- Administrar un bolo i.v. de 1 l de suero con cristaloides.

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

- Monitorizar 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 las desaceleraciones variables tranquilizadoras (anormales) en la frecuencia cardíaca fetal o si el líquido amniótico está 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 los pujos si hay signos de frecuencia cardíaca fetal no tranquilizadores (anormales) con el fin de permitir que se restablezca 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*. 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 aspirado esté libre de meconio.
- Utilizar aspiración mecánica para extraer el meconio de las vías aéreas inferiores.
- Secar con una manta precalentada para eliminar 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 aérea extendiendo ligeramente el cuello, colocándolo en una posición de «olfateo».
- Aspirar las secreciones de la nariz y de la boca con una pera de goma.
- Proporcionar estimulación táctil frotando la planta de los pies o acariciando la espalda del lactante.
- 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 en caso de apnea, respiración jadeante 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 ajustar 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 mayor de 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 ruidos respiratorios bilaterales para confirmar la colocación del tubo endotraqueal.
- Observar si se eleva el tórax sin distensión gástrica para comprobar la colocación del tubo.
- 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 narcóticos, epinefrina, 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.

R

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Informar a los padres de las actividades realizadas.
- Ayudar con el traslado o el 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.). American Academy of Pediatrics.

American Heart Association, American Academy of Pediatrics. (2011). *Textbook of neonatal resuscitation* (6th ed.). 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).
- 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*. 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*. Mosby.

Reestructuración cognitiva 4700

Definición: Uso de técnicas terapéuticas dirigidas a ayudar a la persona a modificar los patrones de pensamiento distorsionados y a verse a sí misma y al mundo de forma más realista.

Actividades:
- Presentarse y garantizar el confort, la privacidad y la confidencialidad.
- Transmitir autenticidad, calidez, sinceridad, interés y afecto incondicional.
- Determinar el propósito, los objetivos y el orden del día de la sesión.
- Establecer objetivos compartidos.
- Desarrollar y comprender preocupaciones, problemas y dificultades.
- Determinar cómo los problemas pueden interferir en la vida diaria.
- Identificar qué pensamientos están asociados con el problema.
- Determinar cuánto tiempo ha persistido el problema.
- Identificar cualquier patrón de acontecimientos que pueda estar asociado con el problema.
- Ayudar a aceptar que las afirmaciones personales median en la excitación emocional.
- Ayudar a comprender que las afirmaciones personales irracionales llevan a la imposibilidad de conseguir conductas deseables.
- Ayudar a identificar los estilos de pensamiento disfuncional (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización).
- Fomentar la identificación y la asignación de nombres a las emociones dolorosas (ira, ansiedad y desesperanza).
- Ayudar a identificar los factores estresantes percibidos (situaciones, sucesos e interacciones con otras personas) que contribuyen a su estrés.
- Ayudar a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos.
- Ayudar a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la verdadera realidad.
- Ayudar a transformar las afirmaciones irracionales sobre uno mismo en afirmaciones racionales.
- Ayudar a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad.
- Aplicar técnicas y estrategias terapéuticas para facilitar el cambio de los patrones de pensamiento (p. ej., cuestionamiento socrático, visualización de acontecimientos vitales, sentirse centrado, resumen y reenmarcado, registros del pensamiento, descatastrofización o técnica de «y si», registros de creencias positivas).
- Realizar afirmaciones y hacer preguntas que pongan en duda la percepción y la conducta, según corresponda.
- Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación.
- Ayudar a identificar el sistema de creencias que afecta a su estado de salud.
- Utilizar el sistema de creencias para ver la situación de manera distinta.
- Reforzar el aprendizaje y el uso de nuevos patrones de pensamiento.
- Evaluar el progreso para alcanzar los objetivos deseados.
- Prepararse para el final de las sesiones terapéuticas.

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004 y 2024

Bibliografía:

Chrétien, M., Giroux, I., Goulet, A., Jacques, C., & Bouchard, S. (2017). Cognitive restructuring of gambling-related thoughts: A systematic review. *Addictive Behaviors, 75*, 108-121.

Pardo Cebrián, R., & Calero Elvira, A. (2019). Applying cognitive restructuring in therapy: The clinical reality in Spain. *Psychotherapy Research, 29*(2), 198-212.

van Teffelen, M. W., Voncken, M. J., Peeters, F., Mollema, E. D., & Lobbestael, J. (2021). The efficacy of incorporating mental imagery in cognitive restructuring techniques on reducing hostility: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 73*, 101677. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101677.

R

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Reflexión guiada 4730

Definición: Ayudar a una persona a examinar y explorar reflexivamente una experiencia para lograr una comprensión, un significado y un entendimiento más profundos.

Actividades:

- Determinar la voluntad de participar en procesos de reflexión.
- Determinar si la preocupación o experiencia es apropiada para un proceso de reflexión guiada.
- Seleccionar estrategias para participar en actividades de reflexión (p. ej., en persona, internet, telemedicina, reflexión por escrito).
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Demostrar empatía, calidez y autenticidad.
- Identificar el foco de la reflexión guiada con la persona.
- Determinar un margen de tiempo aceptable.
- Monitorizar los sentimientos y las emociones expresados durante la reflexión
- Ayudar a describir lo ocurrido (p. ej., «¿Qué, dónde y cuándo ocurrió esto?», «¿Qué hizo usted?», «¿En qué orden ocurrieron las cosas?», «¿Cuál fue el resultado?»).
- Pedir que describa lo que pensaba y sentía sobre el suceso (p. ej., «¿Cuál fue su reacción inicial?», «¿Qué pensaba o sentía durante y después de la situación?», «¿Qué piensa ahora al respecto?»).
- Apoyar la expresión de pensamientos y sentimientos mediante el uso del silencio y la escucha activa.
- Animar a pensar en voz alta mientras se examina la experiencia para mejorar la claridad.
- Evitar los obstáculos a la escucha activa (p. ej., minimizar los sentimientos, ofrecer soluciones fáciles, interrumpir, hablar de uno mismo, clausurar prematuramente).
- Ayudar a evaluar la experiencia (p. ej., «¿Qué fue bien?», «¿Cuáles fueron los retos?», «¿Quién o qué no ayudó?», «¿Qué hay que mejorar?»).
- Ayudar a aclarar la información errónea o inexacta, si está indicado.
- Ayudar a buscar la información y los recursos necesarios.
- Ayudar a encontrar sentido a la situación (p. ej., «¿Qué similitudes o diferencias hay entre esta experiencia y otras?», «¿Qué decisiones tomó y qué efecto tuvieron?», «¿Qué hizo bien?», «¿Qué salió mal o no salió como debería haber salido?»).
- Explorar otras acciones u opciones que podrían haberse tomado (p. ej., «¿Qué factores cree que influyeron en el resultado?», «¿Cuáles son algunas acciones o enfoques alternativos?»).
- Explorar diferentes opciones para una misma situación en el futuro (p. ej., «Si se repitiera una situación o experiencia similar, ¿qué haría?», «¿Qué podría hacer para aumentar la probabilidad de resultados positivos y minimizar la probabilidad de resultados indeseables?», «¿Qué aprendió de esta experiencia?»).
- Explorar el progreso hacia la resolución a intervalos apropiados.
- Terminar la sesión fomentando la reflexión sobre el debate y lo aprendido, según proceda.
- Al final de la sesión, si está indicado, remitir al paciente a un consejero, a un grupo de apoyo o a otros profesionales sanitarios.
- Documentar según proceda.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Aaron, L., Hicks, J., McKnight, A., & Andary, J. (2021). Reflection as a tool for personal and professional development. *Radiologic Technology, 93*(2), 130-140.

Engbers, R. A. (2020). Students' perceptions of interventions designed to foster empathy: An integrative review. *Nurse Education Today, 86*, 104325. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104325.

Fearon-Lynch, J. A., Sethares, K. A., Asselin, M. E., Batty, K., & Stover, C. M. (2019). The effects of guided reflection on diabetes self-care: A randomized controlled trial. *The Diabetes Educator, 45*(1), 66-79.

Frauenfelder, F. (2019). Psychiatric adult inpatient nursing described in the NANDA-I and NIC: A systematic evaluation of nursing classifications [Doctoral dissertation. Radbound University] Radbound Repository. https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/203856

Jobes, M. J., & Duncan, K. (2019). A guided reflection activity on sudden death. *Journal of Nursing Education, 58*(5), 313.

Johnson, R., & Richard-Eaglin, A. (2020). Combining SOAP notes with guided reflection to address implicit bias in health care. *Journal of Nursing Education, 59*(1), 59. https://doi.org/10.3928/01484834-20191223-16.

Sethares, K. A., & Asselin, M. E. (2017). The effect of guided reflection on heart failure self-care maintenance and management: A mixed methods study. *Heart Lung, 46*(3), 192-198.

Walsh, J. A., & Sethares, K. A. (2022). The use of guided reflection in simulation-based education with prelicensure nursing students: An integrative review. *Journal of Nursing Education, 61*(2), 73-79. https://doi.org/10.3928/01484834-20211213-01.

R

Registro corporal 6425

Definición: Inspección de la ropa, las pertenencias personales y la parte externa del cuerpo en busca de elementos que se consideren un problema de seguridad.

Actividades:

- Determinar el motivo del registro (p. ej., daño a sí mismo, daño a terceros, posesión de sustancias ilegales).
- Seguir las políticas del centro que permiten realizar registros corporales (p. ej., tener una orden del profesional sanitario, necesidad documentada de registro).
- Crear una lista de artículos inseguros no permitidos en la unidad o área de cuidados y asegurarse de que la lista sea accesible para todas las personas y visitantes que entren en el área de cuidados (p. ej., carteles).
- Dar a conocer los derechos y responsabilidades al ser ingresado, incluida la posibilidad de registro corporal.
- Preguntar a la persona si posee algún objeto no permitido en el área de atención y entregarlo al personal.
- Informar de los derechos legales antes de iniciar el registro.
- Informar del patrón de búsqueda, así como de lo que se examinará durante la búsqueda.
- Obtener el consentimiento de la persona o tutor.
- Proporcionar información sobre la búsqueda en un lenguaje y un formato que permitan una comprensión adecuada.

- Proporcionar un intérprete, si es necesario.
- Determinar cuándo realizar el registro (p. ej., en el momento del ingreso, a la vuelta de un permiso, cuando se considere necesario).
- Utilizar EPI y equipos de seguridad durante el registro, cuando sea necesario.
- Establecer un patrón de registro (es decir, registrar primero la ropa, seguido de los efectos personales y terminando con la parte externa del cuerpo).
- Realizar el registro con personal formado.
- Observar si hay bultos o zonas inapropiadas que la persona se resiste a revelar.
- Evitar conversaciones o actividades que distraigan durante la búsqueda.
- Proporcionar confort e intimidad adecuados durante el registro (es decir, prever que una persona del mismo sexo esté presente o realice el registro).
- Retirar todo el contrabando obtenido durante el registro para su custodia de acuerdo con la política del centro.
- Pedir a los visitantes que entreguen los objetos prohibidos al personal para su custodia.
- Revisar cada situación individualmente, asegurándose de que los registros corporales se realicen solo cuando sea necesario.
- Documentar detalladamente los registros, incluyendo la necesidad del registro y los objetos encontrados.
- Documentar la colocación o el almacenamiento de los objetos recuperados durante el registro.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Abela-Dimech, F., & Johnston, K. (2017). Safe searches. *Journal for Nurses in Professional Development*, *33*(5), 247-254. https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000385.

Abela-Dimech, F., Johnston, K., & Strudwick, G. (2017). Development and pilot implementation of a search protocol to improve patient safety on a psychiatric inpatient unit. *Clinical Nurse Specialist*, *31*(2), 104-114. https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000281.

Frauenfelder, F. (2019). Psychiatric adult inpatient nursing described in the NANDA-I and NIC: A systematic evaluation of nursing classifications [Doctoral dissertation. Radbound University] Radbound Repository. https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/203856.

American Psychiatric Nurses Association. (2014). *Psychiatric-mental health nursing: Scope and standards of practice* (2nd ed.).

Keltner, N. L., & Steele, D. (2019). *Psychiatric nursing* (8th ed.). Elsevier.

Rebar, C. R., Gersch, C., & Heimgartner, N. M. (2020). *Psychiatric nursing made incredibly easy* (3rd ed.). Wolters Kluwer.

University of Iowa Hospitals and Clinics. (2018). Patient search. *Policy and Procedure Manual.*

Varcarolis, E. M., & Fosbre, C. D. (2021). *Essentials of psychiatric-mental health nursing* (4th ed.). Elsevier.

Regulación de la temperatura 3900

Definición: Consecución o mantenimiento de la normotermia.

Actividades:

- Determinar la causa de la alteración de la temperatura (p. ej., exposición excesiva al calor, pérdida de volumen, esfuerzo, inducida por fármacos, radiación, evaporación, conducción, convección, infección).
- Monitorizar los valores de laboratorio de los electrólitos séricos, el análisis de orina, los hemocultivos y el hemograma completo.
- Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.
- Monitorizar la temperatura según las directrices para las lecturas de temperatura corporal (es decir, normotermia mediante monitorización cada 30 minutos dos veces y luego según el protocolo, hipotermia e hipertermia tratadas mediante monitorización continua con dispositivo de monitorización de la temperatura central), según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda.
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
- Informar de los signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Tratar la hipertermia según el protocolo (p. ej., mantas refrigerantes, líquidos intravenosos refrigerados, ventilador, compresas frías, colocación en agua refrigerada).
- Utilizar colchones refrigerantes, mantas con circulación de agua, baños tibios, aplicación de bolsas de hielo o gel y cateterismo para enfriamiento intravascular para reducir la temperatura corporal, según proceda.
- Tratar la hipotermia según el protocolo (p. ej., mantas térmicas, líquidos intravenosos calientes, oxigenoterapia caliente).
- Utilizar un colchón térmico, mantas calientes y un entorno cálido para elevar la temperatura corporal, según proceda.
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades de la persona.
- Administrar medicación adecuada para prevenir o controlar los escalofríos.
- Administrar medicación antipirética, según proceda.
- Administrar antibióticos, según proceda.
- Monitorizar la aparición de complicaciones (p. ej., insuficiencia renal, desequilibrio ácido-base, coagulopatía, edema pulmonar, edema cerebral, síndrome de disfunción multiorgánica).
- Promover una ingesta adecuada de líquidos y nutrientes, si procede.
- Dar instrucciones sobre cómo prevenir el agotamiento por calor y el golpe de calor.
- Discutir la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos de un enfriamiento excesivo, si procede.
- Instruir sobre las acciones para prevenir la hipotermia por exposición al frío.
- Informar sobre los indicios de agotamiento por calor y el tratamiento urgente adecuado, según proceda.
- Informar sobre los indicios de hipotermia y el tratamiento urgente adecuado, según proceda.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2013 y 2024

Bibliografía:

Barwood, M. J., Goodall, S., & Bateman, J. (2018). The effect of hot and cold drinks on thermoregulation, perception, and performance: The role of the gut in thermoreception. *European Journal of Applied Physiology*, *118*(12), 2643-2654. https://doi.org/10.1007/s00421-018-3987-8.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

R

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Hill, B., & Mitchell, A. (2021). Tympanic thermometers support fast and accurate temperature monitoring in acute and alternative care. *British Journal of Nursing, 30*(5), 288-295. https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.5.288.

Kenney, W. L., Wolf, S. T., Dillon, G. A., Berry, C. W., & Alexander, L. M. (2021). Temperature regulation during exercise in the heat: Insights for the aging athlete. *Journal of Science & Medicine in Sport, 24*(8), 739-746. https://doi.org/10.1016/j.jsams.2020.12.007.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and technique* (10th ed.). Mosby.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.

Saqe-Rockoff, A., Schubert, F. D., Ciardiello, A., & Douglas, E. (2018). Improving thermoregulation for trauma patients in the Emergency Department: An evidence-based practice project. *Journal of Trauma Nursing, 25*(1), 14-22. https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000336.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed.). Elsevier.

Regulación de la temperatura: perioperatoria 3902

Definición: Consecución y 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*, 307-320.

Hooper, V. D., Chard, R., Clifford, T., Fetzer, S., Fossum, S., Godden, B., Martinez, E. A., Noble, K., O'Brien, D., Odem-Forren, J., Peterson, C., & 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.*

Sessler, D. I. (2008). Temperature monitoring and perioperative thermoregulation. *Anesthesiology, 109*(2), 318-338.

Regulación de la temperatura: recién nacido 3910

Definición: Consecución o mantenimiento de la normotermia desde el nacimiento hasta la vida extrauterina y el posterior período de estabilización.

Actividades:

- Monitorizar la temperatura al menos cada 30 minutos hasta que se estabilice, según proceda.
- Aplicar un dispositivo de monitorización continua de la temperatura central, según proceda.
- Monitorizar la presión arterial, el pulso y las respiraciones, según corresponda.
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- Envolver al lactante inmediatamente después del nacimiento para evitar la pérdida de calor.
- Envolver a los lactantes de bajo peso al nacer en plástico (p. ej., polietileno, poliuretano) justo después del nacimiento 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 una incubadora o bajo un calefactor, según sea necesario.
- Mantener la humedad al 50% o más en la incubadora para reducir la pérdida de calor por evaporación.
- Precalentar los objetos (p. ej., mantas, cobertores) situados cerca del lactante en la incubadora.
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del lactante.
- Instruir a los padres sobre los métodos para mantener una temperatura corporal adecuada en el lactante.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Dixon, K. L., Carter, B., Harriman, T., Doles, B., Sitton, B., & Thompson, J. (2021). Neonatal thermoregulation: A golden hour protocol update. *Advances in Neonatal Care, 21*(4), 280-288. https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000799.

Donnellan, D., Moore, Z., Patton, D., O'Connor, T., & Nugent, L. (2020). The effect of thermoregulation quality improvement initiatives on the admission temperature of premature/very low birth-weight infants in neonatal intensive care units: A systematic review. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 25*(2), 1-13. https://doi.org/10.1111/jspn.12286.

Gardner, S. L., Cater, B. S., Enzman-Hines, M., & Niermeyer, S. (2021). *Merenstein & Gardner's handbook of neonatal intensive care: An interprofessional approach* (9th ed.). Elsevier.

Gest, C. D. (2021). A web-based nursing education for thermoregulation. *Journal for Nurses in Professional Development, 37*(4), 249-256. https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000755.

Langan, M., Watson, C., O'Connor, T., Moore, Z., & Patton, D. (2020). What is the effectiveness of combining warming mattresses and plastic bags versus plastic bags only for thermoregulation in preterm infants? A systematic review. *Journal of Neonatal Nursing, 26*(1), 30-36. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2019.09.006.

Thakur, S., Kumar, Y., & Chand, S. (2018). Effectiveness of cling wrap in terms of maintenance of body temperature and weight of neonates. *International Journal of Nursing Education, 10*(3), 106-108. https://doi.org/10.5958/0974-9357.2018.00077.6.

R

Regulación hemodinámica 4150

Definición: Optimización de la frecuencia, la precarga, la poscarga y la contractilidad cardíacas.

Actividades:

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

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Saber que los sonidos pulmonares adventicios no son el único indicador de problemas hemodinámicos.
- Auscultar los ruidos cardíacos.
- Monitorizar 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 y el índice cardíaco, y el índice de trabajo sistólico ventricular izquierdo, según corresponda.
- Administrar medicamentos inotrópicos/de contractilidad positivos.
- Administrar medicación antiarrítmica, según corresponda.
- Monitorizar los efectos de la medicación.
- Observar los pulsos periféricos, el relleno capilar y la temperatura y el color de las extremidades.
- Elevar el cabecero de la cama, según corresponda.
- Colocar en posición de Trendelenburg, cuando se precise.
- Monitorizar para detectar si hay edema periférico, distensión de la vena yugular y sonidos cardíacos S_3 y S_4, disnea y ganancia de peso, así como distensión de órganos, sobre todo en los pulmones o el hígado.
- Monitorizar la presión capilar pulmonar y la presión de enclavamiento de la arteria pulmonar, así como la presión venosa central y la presión de aurícula derecha, si corresponde.
- Monitorizar los niveles de electrólitos.
- Mantener el equilibrio hídrico administrando líquidos i.v. o diuréticos, según el caso.
- Administrar fármacos vasodilatadores o vasoconstrictores, si es preciso.
- Monitorizar las entradas y salidas, la diuresis y el peso del paciente, 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 heart failure: Are you asking the right questions? *American Journal of Critical Care, 19*(5), 443-453.

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). In J. G. Alspach (Ed.), *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.). Saunders Elsevier..

Blissitt, P. (2006). Hemodynamic monitoring in the care of the critically ill neuroscience patient. *AACN Advanced Critical Care, 17*(3), 327-340.

Whitlock, A., & MacInnes, J. (2010). Acute heart failure: Patient assessment and management. *British Journal of Cardiac Nursing, 5*(11), 516-525.

Reiki 1520

Definición: Utilización de una secuencia específica de posiciones de manos y de símbolos para canalizar la fuerza vital universal para recargar, realinear y reequilibrar el campo de energía del ser humano.

R

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, como un modo suave de comenzar la sesión, si es posible.
- Seguir una serie de posiciones específicas de las manos: sobre los ojos, sobre las orejas, una mano en la frente y otra en la parte alta de la cabeza, manos bajo la cabeza, sobre el cuello, parte alta del tórax, abdomen superior, abdomen inferior, muslos (de uno en uno), rodillas (de una en una), parte inferior de las piernas, tobillos, pies, plantas de los pies, hacer que el paciente se gire a una posición de decúbito prono, hombros, cintura, zona lumbar, parte posterior de las piernas y parte anterior de las piernas.
- Dibujar o simbolizar los símbolos del reiki (p. ej., potencia, mental o emocional, distancia), guiándose por la propia intuición.
- Permitir que la intuición guíe los movimientos mediante la colocación de las manos en (o a unos centímetros de) la parte del 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.
- Realizar pruebas para detectar si hay lesiones ortopédicas de cuello o espalda a las que la hiperextensión de la columna superior añadiría molestias y complicaciones.
- Realizar pruebas para detectar 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.
- Indicar al paciente 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.
- Monitorizar 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 (Eds.), *Holistic nursing: A handbook for practice* (7th ed., pp. 239-268). Jones & Bartlett.

Freeman, L. (2009). Relaxation therapy. In *Mosby's complementary and alternative medicine: A research-based approach* (3rd ed., pp. 129-157). Mosby Elsevier.

Olpin, M., & Hesson, M. (2013). Progressive relaxation. In *Stress management for life: A research-based experiential approach* (3rd ed., pp. 294-303). Wadsworth.

Seaward, B. L. (2012). Progressive muscular relaxation. In *Managing stress: Principles and strategies for health and well-being* (7ed ed., pp. 477-486). Jones & Bartlett.

R

Reposición de líquidos 4140

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 la prescripción.
- Obtener muestras de sangre para pruebas cruzadas, según corresponda.
- Administrar hemoderivados, según la prescripción.
- Monitorizar la respuesta hemodinámica.
- Monitorizar el estado de oxigenación.
- Monitorizar para detectar 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 totales y albúmina.
- Monitorizar la presencia de edema pulmonar y la formación de 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 nursing: Diagnosis and management* (5th ed.). Mosby Elsevier.

Thompson, J. M., Hirsch, J. E., Tucker, S. M., & McFarland, G. K. (2002). *Mosby's clinical nursing* (5th ed.). Mosby.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Restablecimiento de la salud oral 1730

Definición: Favorecimiento de la curación de una persona que tiene una lesión dental o de la mucosa oral.

Actividades:

- Monitorizar el estado de la boca (p. ej., labios, lengua, mucosas, dientes, encías y aparatos dentales y su ajuste), incluidas las características de las anomalías (p. ej., tamaño, color y localización de las lesiones internas o externas o de la inflamación, signos de infección).
- Controlar los cambios del gusto, la deglución, la calidad de la voz y el confort.
- Obtener la orden del profesional sanitario para realizar la higiene oral rutinaria, si procede.
- Alentar el mantenimiento del régimen identificado de salud oral.
- Indicar que utilice un cepillo de cerdas suaves o una esponja oral desechable.
- Instruir 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 (p. ej., solución anestésica, efervescente, de suero salino, de recubrimiento, antifúngica o antibacteriana).
- Administrar medicamentos (p. ej., analgésicos, anestésicos, antimicrobianos y antiinflamatorios), si es necesario.
- Retirar las prótesis dentales, aconsejando que se usen 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, el vapeo y el consumo de alcohol.
- Instruir sobre la frecuencia y la calidad de los cuidados de salud oral adecuados.
- Indicar que se eviten productos de higiene oral que contengan glicerina, alcohol u otros agentes desecantes.
- Instruir al paciente para que mantenga los cepillos de dientes y otros equipos de limpieza limpios.
- Explicar la importancia de una ingesta nutricional adecuada (es decir, tratar la desnutrición causada por deficiencias de folato, zinc, hierro y vitaminas del complejo B; fomentar el consumo de los alimentos con alto contenido de proteínas y vitamina C).
- Evitar los alimentos picantes, salados, ácidos, secos, ásperos o duros.
- Evitar los alimentos que causen reacciones alérgicas (p. ej., café, queso, frutos secos, cítricos, gluten y patatas), si procede.
- Animar a aumentar la ingesta de agua.
- Indicar que se eviten los alimentos y líquidos calientes.
- Instruir a los pacientes sobre los signos y síntomas de estomatitis, incluyendo cuándo informar al profesional sanitario.
- Derivar, según esté indicado.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2013 y 2024

Bibliografía:

Cromar, K. C., & Rebar, C. R. (2021). Care of patients with oral cavity problems. In D. D. Ignatavicius, M. L. Workman, C. R. Rebar, & N. M. Heimgartner (Eds.), *Medical-surgical nursing: Concepts for interprofessional collaborative care* (10th ed.). Elsevier.

Hazara, R. (2020). Oral health in older adults. *British Journal of Community Nursing, 25*(8), 396-401. https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.8.396.

Jenson, H. (2018). Improving oral care in hospitalized non-ventilated patients: Standardizing products and protocol. *MEDSURG Nursing, 27*(1), 38-45.

Martin, K., Johnston, L., & Archer, N. (2020). Oral conditions in the community patient: part 2—systemic complications of poor oral health. *British Journal of Community Nursing, 25*(11), 532-536. https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.11.532.

Pai, R. R., Ongole, R., & Banerjee, S. (2019). Oral care in cancer nursing: Practice and barriers. *Indian Journal of Dental Research, 30*(2), 226-230. https://doi.org/10.4103/ijdr.IJDR_343_17.

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 conducta.

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.*

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). 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.* 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). Lippincott Williams & Wilkins.

Restricción física 6580

Definición: Aplicación, control y retirada de dispositivos de sujeción mecánica o manual utilizados para limitar la movilidad 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 restricción física.
- Asignar el personal suficiente para ayudar en la aplicación segura de los dispositivos de restricción mecánicos o manuales.
- Designar a un miembro del personal de enfermería para que dirija al personal y se comunique con el paciente durante la aplicación de la restricción física.
- Utilizar una restricción adecuada cuando se sujete manualmente al paciente en situaciones de emergencia o durante el transporte.
- 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.
- Monitorizar la respuesta del paciente al procedimiento.
- Evitar atar las restricciones a las barandillas de la cama.
- Fijar las restricciones fuera del alcance del paciente.
- Proporcionar un nivel adecuado de supervisión para monitorizar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario.
- Proporcionar bienestar psicológico al paciente.
- Ofrecer actividades recreativas (televisión, lecturas al paciente, visitas, teléfonos móviles) para facilitar la cooperación del paciente con la intervención, cuando corresponda.
- Administrar medicamentos a demanda para la ansiedad o agitación.
- Monitorizar el estado de la piel en los sitios de restricción.
- Monitorizar frecuentemente el color, la temperatura y la sensibilidad de las extremidades sujetadas.
- Proporcionar movimiento y ejercicio, de acuerdo con el nivel de autocontrol, estado y capacidad del paciente.
- Colocar al paciente en una posición que facilite la comodidad y que evite la aspiración y erosiones en la piel.
- Permitir el movimiento de las extremidades en pacientes con múltiples restricciones, rotando la retirada y reaplicación de una restricción cada vez (según lo permita la seguridad).
- Ayudar con los cambios periódicos de posición corporal.
- Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador no esté presente.
- Ayudar con las necesidades relacionadas con la nutrición, evacuación, hidratación e higiene personal.
- 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 restricciones (una cada vez si las restricciones son en cuatro puntos), a medida que aumente el autocontrol.
- Monitorizar la respuesta del paciente a la retirada de la restricción.
- Estudiar con el paciente y el personal las circunstancias que condujeron a la aplicación de la intervención cuando cese la

R

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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 restricción, como sentarse en una silla geriátrica o vigilancia estrecha, según corresponda.
- Explicar a la familia los riesgos y beneficios de la restricción y de la disminución de esta.
- Documentar la justificación para usar la intervención de restricción, 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.* 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). Springer.

The Joint Commission. (2010). *The comprehensive accreditation manual for hospitals: The official handbook.* Joint Commission Resources.

Townsend, M. C. (2014). *Essentials of psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (6th ed.). F. A. Davis.

Restricción química 6430

Definición: Administración y monitorización del uso transitorio de sustancias psicotrópicas, hipnóticos o ansiolíticos utilizados para controlar la conducta o los movimientos.

Actividades:
- Identificar las conductas que requieren intervención (p. ej., agitación, violencia).
- Aplicar intervenciones alternativas para intentar eliminar la necesidad de sujeción.
- Antes de utilizar restricciones, proporcionar actividades de distracción (p. ej., televisión, visitas).
- Explicar el procedimiento, el objetivo y la duración de la intervención en términos comprensibles.
- Obtener el consentimiento, según proceda.
- Seguir los seis correctos de la administración de medicación.
- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias.
- Monitorizar la respuesta a la medicación.
- Monitorizar el nivel de consciencia.
- Monitorizar la sedación, la agitación y el estado mental utilizando herramientas validadas, según proceda.
- Monitorizar los signos vitales (p. ej., frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, presión arterial, concentración de CO_2 espiratoria final).
- Proporcionar el nivel de supervisión o vigilancia adecuado para permitir las acciones terapéuticas, según sea necesario.
- Proporcionar confort físico, psicológico y psicosocial, 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.
- Colocar para facilitar el confort y prevenir la aspiración y las lesiones cutáneas.
- Ayudar con las necesidades relacionadas con la nutrición, la excreción, la hidratación y la higiene personal.
- Evaluar, a intervalos regulares, las necesidades para continuar con la intervención restrictiva.
- Implicar a la persona en la toma de decisiones para cambiar a una forma menos restrictiva de intervención, cuando sea adecuado.
- Registrar la respuesta a las medicaciones, según el protocolo del centro.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

Hupé, C., Larue, C., Gazemar, V., Pépin, C., & Contandriopoulos, D. (2020). Quality standards of nursing care for the use of chemical restraints. *Journal of Nursing Care Quality, 35*(3), 270-275. https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000453.

Jessop, T., & Peisah, C. (2021). Human rights and empowerment in aged care: Restraint, consent and dying with dignity. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(15). https://doi.org/10.3390/ijerph18157899.

Muir, C. E., Oster, C., & Grimmer, K. (2020). International research into 22 years of use of chemical restraint: An evidence overview. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 26*(3), 927-956. https://doi.org/10.1111/jep.13232.

Robins, L. M., Lee, D.-C. A., Bell, J. S., Srikanth, V., Möhler, R., Hill, K. D., & Haines, T. P. (2021). Definition and measurement of physical and chemical restraint in long-term care: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(7). https://www.mdpi.com/1660-4601/18/7/3639.

R

Reunión de seguridad 7810

Definición: Intercambio de comunicación interprofesional, breve y centrado, de problemas, peligros, necesidades asistenciales esenciales, información organizativa y reconocimiento del rendimiento.

Actividades:

- Planificar las reuniones con un horario y un lugar coherentes.
- Fomentar la participación interprofesional.
- Utilizar una herramienta de comunicación estructurada para organizar los temas.
- Revisar los problemas de seguridad de seguimiento e identificar proactivamente los problemas de seguridad para el día en curso (p. ej., caídas de alto riesgo, infusiones de medicación de alto riesgo, cuidadores, monitorización por vídeo, días de catéter venoso central o sonda urinaria permanente, personas con nombres similares).
- Dar a cada miembro del equipo la oportunidad de contribuir.
- Fomentar el intercambio de observaciones positivas y preocupaciones (p. ej., lo que funciona y lo que no).
- Incluir la discusión de los problemas con el equipamiento y los problemas de la sala.
- Dirigir las preocupaciones planteadas durante las reuniones a la persona o al grupo adecuados para su resolución.
- Las reuniones de grupo deben ser breves (de 5 a 10 minutos).
- Utilizar el tablero de manejo visual para proporcionar información sobre el orden del día de la reunión, los problemas de seguridad actuales y los indicadores de rendimiento, si están disponibles.
- Garantizar la privacidad de la información compartida (es decir, evitar la discusión en voz alta de nombres o información identificativa, limitar los detalles escritos en el tablero de manejo visual).
- Utilizar a un miembro del equipo designado para anotar los problemas para su seguimiento.
- Proporcionar información actualizada sobre anuncios e iniciativas recientes o futuros en materia de seguridad (p. ej., cambios en los medicamentos de alerta elevada, cumplimiento de las listas de comprobación normalizadas).
- Evaluar periódicamente el proceso y revisarlo, según proceda.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Agency for Healthcare Research and Quality. (2017). *Daily Huddles* (AHRQ Publication No. 16[17]-0019-4-EF).

Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). *TeamSTEPPS 2.0 Fundamentals*. https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/fundamentals/index.html.

Fiveash, J. M., Smith, M. L., Moore, A. K., Jandarov, R., & Sopirala, M. M. (2021). Build upon basics: An intervention utilizing safety huddles to achieve near-zero incidence of catheter associated urinary tract infection at a department of Veterans Affairs long-term care facility. *American Journal of Infection Control, 49*(11), 1419-1422. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.03.017.

Foster, S. (2017). Implementing safety huddles. *British Journal of Nursing, 26*(16), 953. https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.16.953.

Gray, T. (2020). Safety huddle in a community nursing setting. *British Journal of Community Nursing, 25*(9), 446-450. https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.9.446.

Peet, J., Theobald, K. A., & Douglas, C. (2022). Building safety cultures at the frontline: An emancipatory Practice Development approach for strengthening nursing surveillance on an acute care ward. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons Inc.), 31*(5/6), 642-656. https://doi.org/10.1111/jocn.15923.

Stapley, E., Sharples, E., Lachman, P., Lakhanpaul, M., Wolpert, M., & Deighton, J. (2018). Factors to consider in the introduction of huddles on clinical wards: perceptions of staff on the SAFE programme. *International Journal of Quality Health Care, 30*(1), 44-49.

R

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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Analizar las derivaciones, según corresponda.
- Documentar los planes de tratamiento en las notas de progreso interdisciplinares.

2.ª edición 1996; revisada en 2018

Bibliografía:

Berman, A., & Snyder, S. (2012). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (9th ed.). Pearson Education.

Bodenheimer, T. (2008). Coordinating care—a perilous journey through the health care system. *New England Journal of Medicine, 358*(10), 1064-1071.

Ministry of Health. (2012). *Guidance for implementing high-quality multidisciplinary meetings: Achieving best practice cancer care.* New Zealand: Wellington.

Van Houdt, S., De Lepeleire, J., Driessche, K., Thijs, G., & Buntinx, F. (2011). Multidisciplinary team meetings about a patient in primary care: An explorative study. *Journal of Primary Care & Community Health, 2*(2), 72-76.

Revisión del carro de emergencias 7660

Definición: Revisión sistemática y mantenimiento del contenido del carro de emergencias según los intervalos de tiempo 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 procedimientos correctos de comprobación del carro.

2.ª edición 1996; revisada en 2008

Bibliografía:

American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing.* In J. G. Alspach (Ed.), (6th ed.). Saunders Elsevier.

American Heart Association. (2005). 2005 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation, 112*(24 Suppl. 1), IV-1–IV-211.

American Heart Association. (2005). Electric therapies: Automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion, and pacing. *Circulation, 112* (24 Suppl.), IV-35–IV-46.

Bernstein, M. L. (1998). Latex-safe emergency cart products list. *Journal of Emergency Nursing, 24*(1), 58-61.

DeVita, M. A., Schaefer, J., Lutz, J., Dongilli, T., & Wang, H. (2004). Improving medical crisis team performance. *Critical Care Medicine, 32*(2 Suppl.), S61-S65.

McLaughlin, R. C. (2003). Redesigning the crash cart: Usability testing improves one facility's medication drawers. *American Journal of Nursing, 103*(4). Hospital Extra: 64A, 64D, 64G–H.

Misko, L., & Molle, E. (2003). Beyond the classroom: Teaching staff to manage cardiac arrest situations. *Journal for Nurses in Staff Development, 19*(6), 292-296.

Shanaberger, C. J. (1988). Equipment failure is often human failure. *Journal of Emergency Medical Services, 13*(1), 124-125.

Wiegand, D., & Carlson, K. (Eds.). (2005). *AACN procedure manual for critical care* (5th ed.). 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.
- Monitorizar en línea los sitios web de interés (p. ej., portales sanitarios regionales, webs estatales de políticas de salud) para detectar cambios en las políticas que puedan afectar a la atención de los pacientes.
- Comparar los requisitos de las nuevas políticas y normas con la práctica actual.
- Determinar los efectos negativos y positivos de las políticas y de las normas sanitarias sobre la asistencia, el paciente y los resultados de los costes.
- Determinar y resolver las discrepancias que hay entre las políticas y normas sanitarias y la práctica de cuidados actual.
- 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*. The National Academies Press.

Mason, D. J., Leavitt, J. K., & Chaffee, M. W. (2007). *Policy and politics in nursing and health care* (5th ed.). Saunders Elsevier.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2012). *Public health nursing* (8th ed.). Elsevier Mosby.

Seguimiento tras el alta 8190

Definición: Provisión de los resultados de las pruebas, confirmación de la comprensión del plan de cuidados y evaluación de la satisfacción con los cuidados.

Actividades:

- Confirmar que se habla con la persona correcta.
- Obtener permiso para dar información personal si se habla con alguien que no sea la persona.
- Identificarse con nombre, cargo y organización.
- Utilizar los servicios intermediarios para la comunicación, según esté indicado.
- Informar sobre el proceso de llamada y obtener el consentimiento.
- Avisar si se está grabando la llamada (p. ej., para monitorizar la calidad).
- Revisar el estado de salud actual.
- Comunicar los resultados de las pruebas, según esté indicado.
- Ayudar a la reposición de recetas, de acuerdo con las directrices establecidas.
- Asegurarse de que se responde a todas las preguntas
- Determinar la satisfacción con los episodios de cuidados utilizando las directrices del centro.
- Documentar la satisfacción utilizando las directrices del centro.
- Revisar la información de tratamientos, exploraciones o pruebas anteriores para garantizar una comprensión adecuada y que se han obtenido o seguido unos cuidados domiciliarios adecuados.
- Proporcionar información sobre recursos comunitarios, programas educativos, grupos de apoyo y grupos de autoayuda, según esté indicado.
- Establecer fecha y hora para los cuidados de seguimiento o la cita de derivación.
- Proporcionar información sobre el régimen de tratamiento actual y las responsabilidades de autocuidado resultantes de acuerdo con el ámbito de la práctica y las directrices establecidas, según sea necesario.
- Informar sobre cuándo buscar atención adicional.
- Mantener la confidencialidad.
- No dejar mensajes de seguimiento en el buzón de voz.
- Documentar cualquier evaluación, consejo, instrucción u otra información facilitada de acuerdo con las directrices especificadas.
- Determinar cómo se puede localizar a la persona o al familiar para devolverle la llamada telefónica, según proceda.
- Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar a las personas que pueden recibirla.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

American Academy of Ambulatory Care Nursing. (2017). *Scope and standards of practice for professional ambulatory care nursing* (9th ed.).

American Academy of Ambulatory Care Nursing. (2018). *Scope and standards of practice for professional telehealth nursing* (6th ed.).

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Berdal, G., Bø, I., Dager, T. N., Dingsør, A., Eppeland, S. G., Hagfors, J., Hamnes, B., Mowinckel, P., Nielsen, M., Sand, S. A., Slungaard, B., Wigers, S. H., Hagen, K. B., Dagfinrud, H. S., Kjeken, I., & Sand-Svartrud, A.-L. (2018). Structured goal planning and supportive telephone follow-up in rheumatology care: Results from a pragmatic, stepped-wedge, cluster-randomized trial. *Arthritis Care & Research*, *70*(11), 1576-1586.

Jackson, A., Curtin, E., Giddins, E., Read-Allsopp, C., & Joseph, A. (2021). Connecting with trauma patients after discharge: A phone call follow-up study. *Journal of Trauma Nursing*, *28*(3), 179-185.

Nasser, L., & Stratton, T. (2019). BET 1: Follow-up phone calls and compliance with discharge instructions in elderly patients discharged from the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, *36*(2), 126-127.

Rutledge, C. M., Kott, K., Schweickert, P. A., Poston, R., Fowler, C., & Haney, T. S. (2017). Telehealth and eHealth in nurse practitioner training: Current perspectives. *Advances in Medical Education and Practice*, *8*, 399-409.

Woods, C. E., Jones, R., O'Shea, E., Grist, E., Wiggers, J., & Usher, K. (2019). Nurse-led post-discharge telephone follow-up calls: A mixed study systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, *28*, 3386-3399.

Sondaje nasogástrico 1080

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 peristaltismo, según corresponda.
- Colocar algún protector de piel en la nariz y en las zonas del rostro donde se fijará la sonda.
- Pegar la sonda con cinta adhesiva firmemente a la nariz para que 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 sonda en el tracto gastrointestinal.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Baskin, W. N. (2006). Acute complications associated with bedside placement of feeding tubes. *Nutrition in Clinical Practice*, *21*(1), 40-55.

Durai, R., Venkatraman, R., & Ng, P. (2009). Nasogastric tubes: Insertion technique and confirming the correct position. *Nursing Times*, *105*(16), 12-13.

Ecklund, M. (2011). Small-bore feeding tube insertion and care. In D. Wiegand (Ed.), *AACN procedure manual for critical care* (6th ed., pp. 1206-1210). Elsevier Saunders.

Klingman, L. (2013). Bowel elimination. In P. Potter, A. Perry, P. Stockert, & A. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (8th ed., pp. 1087-1126). Elsevier Mosby.

Roberts, S., Echeverria, P., & Gabriel, S. (2007). Devices and techniques for bedside enteral feeding tube placement. *Nutrition in Clinical Practice*, *22*(4), 412-420.

S

Sondaje vesical 0580

Definición: Inserción de una sonda en la vejiga para el drenaje temporal o permanente de la orina.

Actividades:

- Determinar las indicaciones clínicas para el sondaje permanente o intermitente.
- Verificar la identificación y asegurar la ausencia de alergias a los materiales de la sonda.
- Considerar la evaluación de la vejiga mediante ecografía antes del sondaje, si procede.
- Explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje.
- Reunir el equipo adecuado.
- Garantizar la intimidad y la cobertura adecuada con paños para preservar su pudor (es decir, exponer solo los genitales).
- Emplear una iluminación adecuada para la visualización correcta de la anatomía.
- Prellenar (inflar) el balón de la sonda para comprobar su permeabilidad y tamaño, si lo recomienda el fabricante de la sonda.
- Mantener una técnica aséptica estricta.
- Mantener una higiene correcta de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación de la sonda.
- Colocar de forma adecuada (p. ej., mujeres en decúbito supino con las piernas separadas o en decúbito lateral con la extremidad inferior situada en posición alta flexionada a nivel de la cadera y la rodilla; varones en decúbito supino).

- Limpiar el área que rodea el meato uretral con una solución antibacteriana, suero salino estéril o agua estéril, según el protocolo del centro.
- Aplicar un lubricante estéril en la punta del catéter o directamente en la uretra, según proceda.
- Insertar una sonda recta o con balón de retención, según corresponda.
- Utilizar la sonda del calibre más pequeño posible.
- Confirmar que la sonda esté insertada lo suficiente en la vejiga, para evitar el traumatismo de los tejidos uretrales al inflar el balón.
- Confirmar la posición de la punta de la sonda con una ecografía vesical, si es necesario.
- Llenar 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 ml en adultos y 5 ml en niños).
- Obtener una muestra de orina para análisis, si se ha prescrito.
- 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 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 el estado.
- Enseñar los cuidados apropiados de la sonda.

1.ª edición 1992; revisada en 2013 y 2024

Bibliografía:

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Urinary elimination. In *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 1191-1199). Pearson.

Engberg, S., Clapper, J., McNichol, L., Thompson, D., Welch, V. W., & Gray, M. (2020). Current evidence related to intermittent catheterization: A scoping review. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 47*(2), 140-165.

Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (14th ed.). Wolters Kluwer.

Hillery, S. (2020). Intermittent self-catheterization: a person-centered approach. *British Journal of Nursing, 29*(15), 858-860.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Urinary elimination. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 876-892). Mosby.

Royal College of Nursing. (2019). *Catheter care: RCN guidance for health care professionals.*

Sondaje vesical: externo 0581

Definición: Colocación de un dispositivo externo para el drenaje de la orina.

Actividades:

- Determinar las indicaciones clínicas para la colocación de un sistema de drenaje.
- Verificar la identificación y asegurar la ausencia de alergias a los materiales de la sonda.
- Explicar el procedimiento y la justificación del sondaje.
- Reunir el equipo adecuado.
- Ajustar la aspiración a 40 mmHg continuos para el dispositivo femenino.
- Conectar a aspiración todos los tubos, el recipiente de recogida y la sonda externa, y comprobar que la aspiración del dispositivo femenino funciona.
- Asegurar la privacidad y la posición adecuada para mantener el pudor (es decir, exponer solo las piernas y los genitales).
- Asegurar una correcta iluminación para una adecuada visualización de la anatomía.
- Limpiar la zona perineal con agua y jabón, evitando el uso de cremas de barrera.
- Realizar una inspección de la piel para asegurarse de que está intacta antes de aplicar el dispositivo.
- Retirar el prepucio al varón no circuncidado, limpiar el cuerpo del pene por debajo y volver a colocar el prepucio.
- Cortar el vello de la base del pene, si es necesario.
- Aplicar un adhesivo, un esparadrapo o un revestimiento protector al cuerpo del pene siguiendo las instrucciones del fabricante.
- Aplicar la funda del preservativo preenrollado al pene colocando la zona en embudo sobre el glande pero sin frotarlo.
- Adherir la funda del preservativo al pene evitando arrugas o constricción de la funda del preservativo alrededor del cuerpo del pene.
- Conectar al sistema de drenaje o a la bolsa de pierna por debajo del nivel de la vejiga, según esté indicado.
- Evaluar el pene 30 minutos después de la aplicación para detectar efectos adversos (p. ej., edema, cambio de coloración, ausencia de flujo urinario).
- Colocar a la mujer de forma que las piernas, los glúteos y los labios puedan separarse fácilmente para la colocación de la sonda externa.
- Introducir el lado de gasa suave del dispositivo entre los labios separados y los glúteos, asegurándose de que la parte superior de la gasa esté alineada con el hueso púbico.
- Colocar las piernas juntas después de colocar la sonda externa y asegurarse de que la aspiración está activada.
- Alinear la cuña para las deposiciones de forma que la aspiración de la sonda no se vea alterada, según sea necesario.
- Documentar los cuidados, incluyendo el tipo de sonda y la tolerancia del procedimiento.
- Mantener el sistema de drenaje urinario cerrado y sin obstrucciones.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Cambiar la sonda según la política institucional (p. ej., cada 8-12 horas o si se ensucia con heces o sangre).
- Retirar la sonda separando completamente las piernas, dejando la aspiración activada y tirando suavemente de la sonda para alejarla de los labios.
- Cambiar la sonda de tipo preservativo según la política institucional.
- Asegurar la retirada de la sonda tan pronto como lo indique el estado de la persona.
- Instruir sobre el cuidado adecuado de la sonda.

S

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

8.ª edición 2024

Bibliografía

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Urinary elimination. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 1191-1199). Pearson.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

Eckert, L., Mattia, L., Patel, S., Okumura, R., Reynolds, P., & Stuiver, I. (2020). Reducing the risk of indwelling catheter-associated urinary tract infection in female patients by implementing an alternative female external urinary collection device: A quality improvement project. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing, 47*(1), 50-53. https://doi.org/10.1097/won.0000000000000601.

Glover, E., Bleeker, E., Bauermeister, A., Koehlmoos, A., & Van Whye, M. (2018). *External catheters and reducing adverse effects in the female inpatient.* Northwestern College Department of Nursing. https://nwcommons.nwciowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=celebrationofresearch.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2021). Urinary elimination. In *Clinical nursing skills and techniques* (10th ed., pp. 876-892). Mosby.

Root, N., Horigan, A. E., & Lough, M. E. (2021). External female urinary catheter: Implementation in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing, 47*(1), 131-138. https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.09.008.

Warren, C., Fosnacht, J. D., & Tremblay, E. E. (2021). Implementation of an external female urinary catheter as an alternative to an indwelling urinary catheter. *American Journal of Infection Control, 49*(6), 764-768.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed). Elsevier.

Sondaje vesical: intermitente 0582

Definición: Uso periódico con regularidad de una sonda para vaciar la vejiga.

Actividades:

- Revisar la información de una valoración urinaria exhaustiva e individualizada, centrándose en las causas de la incontinencia o la retención (p. ej., diuresis, patrón de eliminación urinaria, función cognitiva y problemas urinarios o uroginecológicos anteriores).
- Verificar la identificación y asegurar la ausencia de alergias a los materiales de la sonda.
- Medir el volumen residual mediante ecografía vesical convencional o portátil, si procede.
- Aplicar el protocolo de sondaje urinario, según proceda.
- Explicar el propósito, los suministros, el método y el fundamento del sondaje intermitente.
- Seleccionar una sonda de un tamaño suficientemente pequeño para reducir el riesgo de traumatismo y suficientemente grande para el drenaje.
- Colocar en una posición adecuada.
- Limpiar el meato y la zona circundante con una solución antiséptica según el protocolo del centro utilizando una técnica estéril.
- Aplicar lubricante en la punta de la sonda o directamente en la uretra, según proceda.
- Utilizar una técnica estéril para el sondaje.
- Monitorizar el color, el olor y la transparencia de la orina.
- Medir el volumen de orina drenada.
- Realizar análisis de orina rutinarios, según sea necesario.
- Llevar un registro detallado del programa de sondaje, la ingesta de líquidos y la diuresis.
- Enseñar los signos y síntomas de infección del tracto urinario.
- Enseñar la técnica del cateterismo intermitente limpio, si procede.
- Explicar la importancia de la higiene adecuada de las manos y demostrarla.
- Determinar la disposición y voluntad de realizar el autosondaje intermitente en casa.
- Demostrar el procedimiento y utilizar la actividad demostrativa para garantizar la comprensión, según proceda.
- Determinar el programa de sondaje basándose en una evaluación urinaria exhaustiva e individualizada.
- Determinar la necesidad de terapia antibacteriana profiláctica.
- Indicar que se realice el sondaje antes de acostarse para reducir la nicturia, si es necesario.
- Ayudar a desarrollar una red de apoyo social (p. ej., familia, amigos, profesionales, instituciones) que pueda ayudar a mantener el estado de salud.
- Enseñar al personal designado cómo monitorizar y apoyar a las personas que realizan el autosondaje en entornos comunitarios (p. ej., guarderías, escuelas, residencias de ancianos), si procede.

1.ª edición 1992; revisada en 1996, 2000 y 2024

Bibliografía:

Beauchemin, L., Newman, D. K., Le Danseur, M., Jackson, A., & Ritmiller, M. (2018). Best practices for clean intermittent catheterization. *Nursing2020, 48*(9), 49-54.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2018). Urinary elimination. In *Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (10th ed., pp. 1191-1199). Pearson.

Collins, L. (2018). Use of intermittent self-catheterization for voiding dysfunction. *British Journal of Nursing, 27*(15), 866-868. https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.15.866.

Engberg, S., Clapper, J., McNichol, L., Thompson, D., Welch, V. W., & Gray, M. (2020). Current evidence related to intermittent catheterization: A scoping review. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 47*(2), 140-165.

Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (14th ed.). Wolters Kluwer.

Leek, H., Mansfeld, K. J., Reus, A., & Moore, K. H. (2019). Clean intermittent self-catheterization: A randomized controlled crossover trial of single-use versus multiple re-use of catheters. *Australian & New Zealand Continence Journal, 25*(3), 64-73.

Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2018). Urinary elimination. In *Clinical nursing skills and techniques* (9th ed., pp. 876-892). Mosby.

S

Succión no nutritiva 6900

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 limpio (p. ej., esterilizar diariamente, utilizar en un solo paciente, sin contacto con superficies contaminadas).
- Utilizar el chupete blando más grande que el lactante pueda tolerar sobre su lengua.
- Colocar al lactante de tal forma que la lengua caiga sobre la base de la boca.
- Colocar el pulgar y el índice bajo la mandíbula del lactante para favorecer el reflejo de succión, si fuera necesario.
- Mover la lengua del lactante rítmicamente con el chupete, si fuera necesario, para fomentar la succión.
- Acariciar suavemente la mejilla del lactante para estimular el reflejo de succión.
- Proporcionar el chupete o un dedo enguantado para fomentar la succión durante la alimentación por sonda y durante 5 minutos después de esta.
- Proporcionar el chupete o un dedo enguantado para fomentar la succión al menos cada 4 horas para los lactantes que reciban hiperalimentación a largo plazo.
- Utilizar el chupete o un dedo enguantado después de la alimentación si el lactante muestra necesidad continua de mamar.
- Mecer y coger al lactante mientras succiona el chupete o el dedo enguantado, cuando sea posible.
- Poner música suave y adecuada.
- Colocar al lactante de manera que se evite que pierda el chupete.
- Informar a los progenitores de la importancia de satisfacer las necesidades de succión.
- Animar a la madre lactante a que permita la succión no nutritiva de la mama después de finalizar la toma.
- Informar de las alternativas a la succión del pezón (pulgar, dedo, chupete).
- Instruir acerca del uso de la succión no nutritiva.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Bakker, L., Jackson, B., & Miles, A. (2021). Oral-feeding guidelines for preterm neonates in the NICU: A scoping review. *Journal of Perinatology, 41*(1), 140-149. https://doi.org/10.1038/s41372-020-00887-6.

Grassi, A., Sgherri, G., Chorna, O., Marchi, V., Gagliardi, L., Cecchi, F., Laschi, C., & Guzzetta, A. (2019). Early intervention to improve sucking in preterm newborns: A systematic review of quantitative studies. *Advances in Neonatal Care, 19*(2), 97-109. https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000543.

Hockenberry, M. J., Rodgers, C. C., & Wilson, D. (2022). *Wong's essentials of pediatric nursing*. Elsevier.

John, H. B., Suraj, C., Padankatti, S. M., Sebastian, T., & Rajapandian, E. (2019). Nonnutritive sucking at the mother's breast facilitates oral feeding skills in premature infants: A pilot study. *Advances in Neonatal Care, 19*(2), 110-117. https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000545.

Matson, S., & Smith, J. E. (2016). *Core curriculum for maternal-newborn nursing*. Elsevier.

Ostadi, M., Jokar, F., Armanian, A. M., Namnabati, M., Kazemi, Y., & Poorjavad, M. (2021). The effects of swallowing exercise and non-nutritive sucking exercise on oral feeding readiness in preterm infants: A randomized controlled trial. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 142*, 110602. https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.110602.

Ziegler, A., Maron, J. L., Barlow, S. M., & Davis, J. M. (2020). Effect of pacifier design on nonnutritive suck maturation and weight gain in preterm infants: A pilot study. *Current Therapies in Research Clinical Experience, 93*, 100617. https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2020.100617.

S

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.
- Monitorizar la calidad de la realización de la tarea.
- Monitorizar 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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.* Harper Collins.

Gillen, P., & Graffin, S. (2010). Nursing delegation in the United Kingdom. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 15*(2). https://doi.org/10.3912/OJI.N.Vol15No02Man06.Manuscript 6.

McCready, V. (2011). Generational issues in supervision and administration. *The ASHA Leader, 16*, 12-15. https://doi.org/10.1044/leader.FTRI.16052011.12.

Yoder-Wise, P. (2011). *Leading and managing in nursing* (5th ed.). Elsevier Mosby.

Supresión de la lactancia 6870

Definición: Facilitación del cese de producción de leche y minimización de 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 fisiológicos (contracciones uterinas y presencia de una escasa cantidad de leche tras la supresión de la lactancia).
- Comentar los sentimientos, preocupaciones o problemas que pueda tener la paciente respecto a la interrupción de la lactancia.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

Moore, D. B., & Catlin, A. (2003). Pediatric ethics, issues, & commentary. Lactation suppression: Forgotten aspect of care for the mother of a dying child. *Pediatric Nursing, 29*(5), 383-384.

Oladapo, O. T., & Fawole, B. (2009). Treatments for suppression of lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005937 Available from: https://doi.org/10.1002/14651858.CD005937pub2.

Pillitteri, A. (2007). Nutritional needs of a newborn. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (5th ed., pp. 722-746). Lippincott Williams & Wilkins.

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

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

Supresión de las contracciones de parto 6860

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., según la orden del médico o el protocolo, si la hidratación no disminuyera la actividad uterina.

- Monitorizar los signos vitales maternos, la frecuencia cardíaca fetal y la actividad uterina cada 15 minutos durante el inicio de la tocólisis i.v.
- Monitorizar si se producen efectos secundarios de la terapia con tocolíticos, incluida la pérdida de reflejos tendinosos profundos y la depresión respiratoria si se administra sulfato de magnesio.
- Enseñar a la paciente y a la familia los efectos secundarios tocolíticos normales (temblores, cefalea, palpitaciones, ansiedad, náuseas, vómitos, rubefacción y calor).
- Disponer intervenciones para disminuir las molestias de los efectos secundarios normales (terapia de relajación, disminución de la ansiedad y tacto terapéutico).
- Enseñar a la paciente y a la familia los efectos secundarios tocolíticos anormales (dolor torácico, disnea, taquicardia o contracciones recurrentes) para que informen al médico.
- Obtener un ECG basal, según corresponda.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Realizar auscultación pulmonar.
- Administrar tratamiento con corticoides, si está indicado y se prescribe para acelerar la madurez de los pulmones fetales.
- Determinar el conocimiento del paciente y de la familia acerca del desarrollo fetal y el nacimiento prematuro, así como la motivación para prolongar el embarazo.
- Implicar a la paciente y a la familia en la planificación de los cuidados en casa.
- 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.). Prentice Hall.

Mattson, S., & Smith, J. (Eds.). (2011). Core curriculum for maternal newborn nursing (4th ed.). Saunders Elsevier.

Simham, H., & Caritas, S. (2014). Inhibition of acute preterm labor. In V. A. Barss (Ed.), *UpToDate*. http://www.uptodate.com/contents/inhibition-of-acute-preterm-labor?source=search_result&search=Inhibition+of+acute+preterm+labor&selectedTitle=1%7E150.

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, Saunders, Elsevier).

Mackay-Wiggan, J., & Elston, D.M. (2014). *Suturing techniques*. http://emedicine.medscape.com/article/1824895-overview#a15

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

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

S

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tacto curativo 1390

Definición: Aplicar una terapia de biocampo no invasiva mediante el tacto y la intencionalidad compasiva para influir en el 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.
- Asentar 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 que se han producido.
- Instruir al paciente para que mueva el cuerpo con suavidad y se estire antes de levantarse.
- Tocar el cuerpo del paciente para ayudarle a tomar contacto con la energía de la Tierra si presenta mareo al levantarse.
- Ofrecer al paciente un vaso de agua para reponer la que haya perdido con el movimiento de energía.
- Proporcionar retroalimentación al paciente sobre el trabajo energético en términos comprensibles para él.
- Pedir al paciente que describa lo que ha experimentado o notado durante y después de la sesión.
- Registrar las características del trabajo energético.
- Registrar las respuestas físicas, mentales y emocionales de la sesión.

6.ª edición 2013

Bibliografía:

Hover-Kramer, D. (2002). *Healing touch: A guidebook for practitioners*. Delmar Thomson Learning.

Hutchison, C. P. (1999). Healing touch: An energetic approach. *American Journal of Nursing, 99*(4), 43-48.

Umbreit, A. (2006). Healing touch. In M. Snyder, & R. Lindquist (Eds.), *Complementary/alternative therapies in nursing* (5th ed., pp. 203-223). Springer.

Wardell, D. W., & Weymouth, K. F. (2004). Review of studies of healing touch. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(2), 147-154.

T

Tacto terapéutico 5465

Definición: Sintonización con el campo de energía universal tratando de actuar como una influencia curativa usando la sensibilidad natural de las manos y pasándolas sobre el cuerpo para concentrar, dirigir y modular el campo de energía del ser humano.

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 cm 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 través del campo de energía del paciente, pensando en él como en un todo unitario y facilitando un flujo de energía abierto y equilibrado.
- Tomar nota del patrón global del flujo de energía, en especial en las áreas alteradas por congestión o desigualdad, que pueden percibirse a través de indicios muy sutiles en las manos (p. ej., cambio de temperatura, hormigueo u otras sensaciones sutiles de movimiento).
- Centrar la atención en facilitar la simetría y la curación en las zonas alteradas.
- Continuar el tratamiento facilitando muy lentamente el flujo de energía curativa en las áreas alteradas.
- Terminar cuando se considere que se ha logrado el grado apropiado de cambio (para un niño, de 1 a 2 minutos; para un adulto, de 5 a 10 minutos), manteniendo siempre presente la importancia de la suavidad.
- 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

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

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.* Bear & Company.

Krieger, D. (2002). *Therapeutic touch: As transpersonal healing.* 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). Elsevier.

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 lactante o niño.
- Mecer al lactante, según corresponda.
- Hablar suavemente o cantar al lactante o niño.
- Ofrecer un chupete al lactante, según corresponda.
- Instruir sobre técnicas que han de utilizarse para calmar al lactante que llora (hablar al lactante, poner la mano en la tripita, sujetar los brazos, levantarlo, sostenerlo y mecerlo).
- Proporcionar tiempo y espacio para estar a solas, según corresponda.
- Sentarse y hablar con el paciente.
- Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva.
- Acariciar la frente, según corresponda.
- Ofrecer líquidos o leche calientes.
- 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.* 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, practice of psychiatric nursing* (9th ed., pp. 218-240). Mosby Elsevier.

Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2009). *Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, & families.* F. A. Davis.

T

Terapia asistida con animales 4320

Definición: Utilización intencionada de animales para conseguir confort y apoyo emocional, y para el control de la ansiedad y mejorar el estado de ánimo.

Actividades:

- Determinar la aceptación de los animales como agentes terapéuticos por parte de la persona.
- Determinar si existe alguna alergia a los animales.
- Explicar el objeto y el fundamento de la presencia de animales en un ambiente de cuidados.
- Hacer cumplir los estándares de cribado, entrenamiento, mantenimiento de la salud y cuidados de los animales en el programa de terapia.
- Cumplir con las normas de los departamentos de salud respecto a la presencia de animales en una institución.
- Desarrollar políticas o protocolos que expresen la respuesta adecuada ante un accidente o una lesión como resultado del contacto con los animales.
- Proporcionar animales para terapia, según sea necesario.
- Lavarse las manos antes y después de tocar a las mascotas.
- Evitar las visitas con animales en personas impredecibles o violentas.
- Observar las visitas con animales en personas con condiciones especiales (heridas abiertas, piel delicada, múltiples vías i.v. u otros equipos).
- Facilitar que la persona pueda sujetar y acariciar a los animales de la terapia.
- Animar las interacciones con los animales de la terapia (p. ej., acariciar, dar de comer, asear).
- Observar las respuestas a las interacciones con los animales de la terapia.
- Dar la oportunidad de recordar y compartir las experiencias anteriores con animales domésticos/otros animales.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Aarskog, N., Hunskår, I., & Bruvik, F. (2019). Animal-Assisted interventions with dogs and robotic animals for residents with dementia in nursing homes: A systematic review. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 37*(2), 77-93. https://doi.org/10.1080/02703181.2019.1613466.

Cooley, L. F., & Barker, S. B. (2018). Canine-assisted therapy as an adjunct tool in the care of the surgical patient: A literature review and opportunity for research. *Alternative Therapies in Health and Medicine, 24*(3), 48-51.

Lobato Rincón, L. L., Rivera Martín, B., Medina Sánchez, M. Á., Villafaina, S., Merellano-Navarro, E., & Collado-Mateo, D. (2021). Effects of dog-assisted education on physical and communicative skills in children with severe and multiple disabilities: A pilot study. *Animals: An Open Access Journal from MDPI, 11*(6). https://doi.org/10.3390/ani11061741.

Miller, J. (2020). Animal-assisted interventions: Impact on patient outcomes and satisfaction. *Nursing Management, 51*(4), 16-23. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000657240.17744.1b.

Uglow, L. S. (2019). The benefits of an animal-assisted intervention service to patients and staff at a children's hospital. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing), 28*(8), 509-515. https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.8.509.

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.
- Mejorar 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.
- Actuar como modelo de 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.
- Monitorizar 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.
- 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.

T

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). 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). 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 sanguijuelas 3460

Definición: Aplicación de sanguijuelas medicinales para mejorar el flujo de la sangre venosa.

Actividades:

- Tranquilizar al paciente aclarando que la terapia con sanguijuelas es un tratamiento sanitario aceptado.
- Obtener el consentimiento informado.
- Obtener un hemograma completo y otras pruebas de laboratorio, según el protocolo del centro.
- Administrar antibiótico profiláctico, según la prescripción.
- Limpiar el lugar de tratamiento con agua y jabón, y enjuagar.
- Dirigir la cabeza de la sanguijuela hacia el lugar de tratamiento y dejar que se adhiera.
- Utilizar vaselina o un apósito adhesivo transparente para cubrir la zona de tratamiento, según la prescripción.
- Rodear la zona con toallas o gasas para evitar que la sanguijuela se desplace.
- Poner una gota de sangre en el lugar del tratamiento si tarda en adherirse.
- Mantener en el lugar durante 30-90 minutos o según la prescripción.
- Desechar con residuos biológicos peligrosos de acuerdo con las normas del centro.
- Monitorizar las reacciones adversas (p. ej., hemorragia excesiva, reacción de hipersensibilidad, infección).
- No tocar ni retirar las sanguijuelas una vez aplicadas.
- 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 corriente o destilada) cubierto con una malla.
- Manipular a las sanguijuelas con cuidado después de alimentarse para evitar la regurgitación del contenido estomacal.
- Colocar las sanguijuelas en un contenedor pequeño con alcohol para su incineración.
- Limpiar la zona tratada cada 1-2 horas con una solución al 50% de agua oxigenada y agua estéril para impedir que el drenaje de sangre forme una costra que obstruya el flujo sanguíneo.
- Monitorizar la hemoglobina y el hematocrito como mínimo una vez al día, según corresponda.
- Documentar la respuesta al tratamiento.

2.ª edición 1996; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

del Rosario, C., & Barkley, J. T. (2017). Postoperative graft and flap care: What clinical nurses need to know. *MEDSURG Nursing, 26*(3), 180-192.

Labarite, A., & Parsh, B. (2020). How to manage leech therapy. *Nursing, 50*(11), 11-12. https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000718916.16465.aa.

Spiers, E. (2018). Managing vascular compromise of hand and digit replantation following traumatic amputation. *British Journal of Nursing, 27*(20), S50-S56. https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.Sup20.S50.

Şenel, E., Caylan, A., & Özkan, K. Y. (2020). Mumcuoglu, Scientometric analysis of medicinal leech therapy. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine, 11*(4), 534-538. https://doi.org/10.1016/j.jaim.2018.11.006.

Terapia de actividad 4310

Definición: Prescripción de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, 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 deseada o prescrita.
- Coordinar la selección del paciente de las actividades adecuadas para su edad.
- Ayudar al paciente y a la familia a adaptar el entorno para acomodarlo a las actividades deseadas.
- Proporcionar actividades que aumenten el período de atención consultándolo con un terapeuta ocupacional.
- Facilitar la sustitución de actividades cuando el paciente tenga limitaciones de tiempo, energía o movimiento, consultando con un terapeuta ocupacional, recreativo o fisioterapeuta.
- Fomentar la participación en actividades o terapias de grupo, según corresponda.

T

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Remitir a centros comunitarios o programas de actividad, según corresponda.
- Ayudar en las actividades físicas habituales (p. ej., deambulación, transferencias, giros y cuidado personal), si es necesario.
- Proporcionar actividades de motricidad gruesa para los pacientes hiperactivos.
- Fomentar un estilo de vida físicamente activo para evitar una ganancia de peso innecesaria, según corresponda.
- Sugerir métodos para incrementar la actividad física diaria, según corresponda.
- Disponer un ambiente seguro para el movimiento continuo de músculos grandes, si está indicado.
- Proporcionar una actividad motora que alivie la tensión muscular.
- Proporcionar actividades con componentes de memoria implícita y emocional (p. ej., actividades religiosas especialmente seleccionadas) para los pacientes con demencia, según corresponda.
- Proporcionar juegos de grupo no competitivos, estructurados y activos.
- 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*, 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

T

Definición: 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). https://doi.org/10.1002/14651858.CD007103.pub2.

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.). Routledge.

Picard, C. (1994). The healing expression of dance. In D. Gaut, & A. Boykin (Eds.), *Caring as healing: Renewal through hope* (pp. 146-149). 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.

Terapia de deglución 1860

Definición: Facilitación de la deglución y prevención de las complicaciones de las alteraciones deglutorias.

Actividades:

- Determinar el tipo de dificultad con la deglución (p. ej., inflamación, constricción, disfunción neurológica).
- Colaborar con los miembros del equipo de cuidados interprofesional (p. ej., terapeuta ocupacional, logopeda y nutricionista) para dar continuidad al plan de rehabilitación.
- Determinar la capacidad de centrar su atención en el aprendizaje y la realización de las tareas de ingesta y deglución.
- Retirar los factores de distracción del ambiente antes de comenzar los ejercicios.
- Disponer intimidad, según se desee o esté indicado.
- Colocarse de forma que la persona pueda ver y oír las instrucciones.
- Explicar el fundamento del régimen de deglución.
- Colaborar con el logopeda para enseñar el régimen de ejercicios de deglución.
- Proporcionar y usar dispositivos de ayuda, si se precisa.
- Evitar el uso de pajitas para beber.
- Ayudar a sentarse en una posición erguida (lo más cerca posible de los 90 grados) para la alimentación/ejercicio.
- Ayudar a colocar la cabeza flexionada hacia delante, en preparación para la deglución («barbilla metida»).
- Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer.
- Indicar que abra y cierre la boca en preparación para la manipulación de la comida.
- Indicar que no hable mientras come, según corresponda.
- Guiar en la fonación de sonidos en *stacatto* para favorecer la elevación del paladar blando, si corresponde.
- Utilizar ejercicios de mandíbula, lengua y deglución para fortalecerlos, según esté indicado.
- Proporcionar un chupa-chups para que succione y así aumentar la fuerza de la lengua, si procede.
- Ayudar a la persona hemipléjica a sentarse con el brazo afectado hacia delante sobre la mesa.
- Ayudar a colocar la comida en la parte posterior de la boca y en el lado no afectado.
- Monitorizar los signos y síntomas de aspiración.
- Monitorizar los movimientos de la lengua mientras come.
- Monitorizar el sellado de los labios al comer, beber y deglutir.
- Monitorizar 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.
- Indicar que busque partículas de comida en los labios o la barbilla con la lengua.
- Ayudar a quitarse las partículas de comida de los labios y de la barbilla cuando no se puedan alcanzar con la lengua extendida.
- Monitorizar la consistencia de los alimentos y líquidos en función de los resultados del estudio de deglución.
- Consultar con el terapeuta y el profesional sanitario para aumentar gradualmente la consistencia de los alimentos.
- Ayudar a mantener una ingesta calórica y de líquidos adecuada.
- Monitorizar el peso corporal.
- Monitorizar la hidratación corporal (p. ej., entradas, salidas, turgencia de la piel, membranas mucosas).
- Proporcionar cuidados bucales, según sea necesario.
- Enseñar a los cuidadores a cambiar de posición, alimentar y monitorizar.
- Enseñar las necesidades nutricionales y las modificaciones dietéticas, en colaboración con el dietista.
- Enseñar las medidas de emergencia para los atragantamientos.
- Enseñar a comprobar si han quedado restos de comida retenidos en la boca después de comer.
- Proporcionar instrucciones escritas, según corresponda.
- Proporcionar un esquema de las sesiones de práctica a la familia o al cuidador, según sea necesario.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). Self-care and higiene. In *Fundamentals of nursing: Concepts and competencies for practice* (9th ed.). Wolters-Kluwer.

Kondwani, J. B., Chu, H., Kao, C. C., Voss, J., Chiu, H. J., Chang, P. C., Chen, R., & Chou, K. R. (2021). Swallowing exercises for head and neck cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *International Journal of Nursing Studies, 114*, 103827. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103827.

Malhi, H. (2018). Diagnosing and managing dysphagia in the acute setting. *British Journal of Nursing, 27*(22), 1294-1297.

Perlow, H. K., Ramey, S. J., Farnia, B., Silver, B., Kwon, D., Chinea, F. M., Sotnick, S. C., Klein, L. B., Elsayyad, N., Samuels, M. A., Freedman, L., Yechieli, R., & Samuels, S. E. (2018). Nutrition and swallowing therapy in head and neck cancer: Utilization of care and preventative efficacy. *Nutrition & Cancer, 70*(8), 12. 129018).

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and technique* (10th ed.). Mosby.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Williams, P. (2020). *Basic geriatric nursing* (7th ed). Elsevier.

T

Terapia de diálisis peritoneal 2150

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 del flujo de entrada/salida.
- Llevar un registro de los volúmenes de flujo de entrada/salida y del equilibrio de líquido individual/acumulado.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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).
- Monitorizar 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.
- Monitorizar si hay signos de infección (peritonitis e inflamación/drenaje del sitio de salida).
- Monitorizar si hay signos de dificultad respiratoria.
- Monitorizar 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). W. B. Saunders.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Management of patients with upper or lower urinary tract dysfunction (10th ed.). *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (Vol. 2, pp. 1271-1308). 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:

- Obtener la aprobación del profesional sanitario para poner en marcha el plan de ejercicios, según sea necesario.
- Vestir con prendas cómodas.
- Aconsejar que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.
- Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno.
- Monitorizar el perfil de la marcha y las condiciones clínicas antes de iniciar la terapia de deambulación.
- Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según la tolerancia.
- Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación, si es preciso.
- Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde.
- Enseñar a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado.
- Utilizar cinturón de marcha con el fin de ayudar en el traslado y la deambulación, si resulta apropiado.
- Ayudar en el traslado, cuando sea necesario.
- Eliminar las barreras del entorno a lo largo del recorrido.
- Colocar tarjetas con instrucciones en la cabecera de la cama para facilitar el aprendizaje acerca de los traslados.
- Aplicar y proporcionar un dispositivo de ayuda (p. ej., bastón, muletas, silla de ruedas) para la deambulación si tiene inestabilidad.
- Ayudar con la deambulación inicial, si es necesario.
- Instruir acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras.
- Vigilar la utilización de muletas, bastones u otros dispositivos de ayuda para andar.
- Ayudar a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal.
- Ayudar a establecer aumentos de distancia realistas para la deambulación.
- Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Arrieta, H., Rezola-Pardo, C., Gil, S. M., Irazusta, J., & Rodriguez, L. (2018). Physical training maintains or improves gait ability in long-term nursing home residents: A systematic review of randomized controlled trials. *Maturitas*, *109*, 45-52.

Chen, C. H., Lin, C. J., Chen, C. H., & Hu, F. W. (2020). Factors influencing the recovery of walking ability in older adults after hospital discharge. *Hu Li Za Zhi*, *67*(2), 65-74. https://doi.org/10.6224/JN.202004_67(2).09.Chinese.

Dunleavy, K., & Slowik, A. K. (2018). *Therapeutic exercise prescription*. Elsevier.

Kisner, C., Colby, L. A., & Bortner, J. (2018). *Therapeutic exercise: Foundations and techniques* (7th ed.). F. A. Davis.

T

Terapia de ejercicios: control muscular 0226

Definición: Utilización de protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar o restablecer el control muscular.

Actividades:

- Determinar la disposición para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.
- Obtener la aprobación del profesional sanitario para poner en marcha el plan de ejercicios, según sea necesario.
- 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 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.
- Disponer de privacidad durante el ejercicio, si lo desea.
- Ajustar la iluminación, la temperatura ambiente y el nivel de ruido para mejorar la concentración 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 o actividad.
- Vestir con prendas cómodas.
- Ayudar a mantener la estabilidad del tronco y las articulaciones proximales durante la actividad motora.
- Aplicar férulas para conseguir la estabilidad de las articulaciones proximales implicadas en las habilidades motoras finas, según la prescripción.
- Reevaluar la necesidad de dispositivos de ayuda a intervalos regulares en colaboración con el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional o recreacional.
- Ayudar a colocarse en sedestación o bipedestación para el protocolo de ejercicios, según corresponda.
- Reforzar las instrucciones respecto a la realización correcta de los ejercicios para minimizar la aparición de lesiones y maximizar su eficacia.
- Identificar los errores de percepción de la imagen corporal.
- Reorientar en cuanto a la conciencia del cuerpo y las funciones de movimiento del cuerpo.
- Animar 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 a «recitar» cada movimiento mientras lo realiza.
- Utilizar dispositivos de ayuda visual para facilitar los métodos de enseñanza de los movimientos del ejercicio o de la actividad de la vida diaria, según corresponda.
- Proporcionar un ambiente relajado después de cada período de ejercicios.
- Ayudar a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad.
- Ayudar a formular objetivos realistas y mensurables.
- Practicar actividades motoras que requieran atención y utilizar los dos lados del cuerpo.
- Incorporar las actividades de la vida diaria en el protocolo de ejercicios, si corresponde.
- Animar a practicar ejercicios de forma independiente, si está indicado.
- Animar a realizar actividades de precalentamiento y relajación antes y después del protocolo de ejercicios.
- Utilizar estímulos táctiles (p. ej., percusión) para minimizar el espasmo muscular.
- Ayudar a preparar y registrar un gráfico o tabla con los progresos conseguidos para motivar la adherencia al protocolo de ejercicios.
- Monitorizar la respuesta emocional, cardiovascular y funcional al protocolo de ejercicios.
- Monitorizar los ejercicios realizados por la persona para su correcta ejecución.
- Evaluar el progreso en la mejora y el restablecimiento del movimiento y la función corporal.
- Proporcionar un refuerzo positivo a los esfuerzos de la actividad física y los ejercicios.
- Colaborar con los cuidadores a domicilio respecto al protocolo de ejercicios y las actividades de la vida diaria.
- Ayudar a realizar las revisiones prescritas en el plan de ejercicios en casa, si está indicado.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Cruz, A. G., de Oliveira Parola, V., Leiria Neves, H., Batista Cardoso, D. F., Alves Bernardes, R., & Diniz Parreira, P. (2021). Exercise programs for work-related musculoskeletal pain: A scoping review protocol. *Revista de Enfermagem Referência*(6), 1-7.

Dunleavy, K., & Slowik, A. K. (2018). *Therapeutic exercise prescription*. Elsevier.

Dzubur, E. K., & Poronsky, C. B. (2018). Exercise therapy benefits for Heart Failure. *The Journal for Nurse Practitioners*, *14*(5), 396-401. https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.01.019.

Kerr, L., Jewell, V. D., & Jensen, L. (2020). Stretching and splinting interventions for poststroke spasticity, hand function, and functional tasks: A systematic review. *AJOT: American Journal of Occupational Therapy*, *74*(5), 7405205050p1-7405205050p15.

Kisner, C., Colby, L. A., & Bortner, J. (2018). *Therapeutic exercise: Foundations and techniques* (7th ed.). F. A. Davis.

T

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Terapia de ejercicios: equilibrio 0222

Definición: Utilización de actividades, posturas y movimientos específicos para mantener, potenciar o restablecer el equilibrio.

Actividades:

- Determinar la capacidad de participar en actividades que requieran equilibrio.
- Obtener la aprobación del profesional sanitario para poner en marcha el plan de ejercicios, según sea necesario.
- 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, propiocepción).
- Monitorizar las funciones motoras mediante el uso de instrumentos estandarizados, según sea necesario.
- Monitorizar las situaciones que favorecen la pérdida de equilibrio.
- 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 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 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 al realizar los ejercicios.
- Ayudar 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 a realizar los ejercicios de estiramientos mientras está en posición de decúbito supino, sedestación o bipedestación.
- Ayudar 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 a mantener una base de apoyo amplia, si fuera necesario.
- Ayudar en la práctica de estar de pie con los ojos cerrados durante cortos períodos de tiempo a intervalos regulares para estimular la propiocepción.
- Monitorizar la respuesta 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.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2008 y 2024

Bibliografía:

Azkia, Z., Setiyani, R., & Kusumawardani, L. H. (2021). Balance strategy exercise versus Lower Limb-ROM exercise for reducing the risk of falls among older people. *Nurse Media Journal of Nursing, 11*(1), 114-123.

Bushatsky, A., Alves, L. C., Duarte, Y. A. O., & Lebrão, M. L. (2019). Factors associated with balance disorders of elderly living in the city of São Paulo in 2006: evidence of the Health, Well-being and Aging (SABE) Study. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 21*(02), 1-14.

Dunleavy, K., & Slowik, A. K. (2018). *Therapeutic exercise prescription*. Elsevier.

Kisner, C., Colby, L. A., & Bortner, J. (2018). *Therapeutic exercise: Foundations and techniques* (7th ed.). F. A. Davis.

While, A. E. (2020). Falls and older people: Preventative interventions. *British Journal of Community Nursing, 25*(6), 288-292.

T

Terapia de ejercicios: movilidad articular 0224

Definición: Realización de 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.
- Obtener la aprobación del profesional sanitario para poner en marcha el plan de ejercicios, según sea necesario.
- Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.
- Determinar el nivel de motivación para mantener o restablecer el movimiento articular.
- Explicar el objeto y el plan de ejercicios articulares.
- Monitorizar la localización y naturaleza de la molestia o el dolor durante el movimiento o la actividad.
- Monitorizar el patrón respiratorio mientras se realiza el ejercicio.
- Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.
- Vestir con prendas cómodas.
- Proteger de traumatismos durante el ejercicio.
- Ayudar a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo y 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 a realizar de forma sistemática los ejercicios pasivos o activos o de amplitud de movimientos.
- Proporcionar instrucciones escritas sobre los ejercicios.
- Ayudar 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 la tolerancia.

- Fomentar la deambulación, si resulta oportuno.
- Determinar el progreso hacia la meta fijada.
- Proporcionar un refuerzo positivo al realizar los ejercicios articulares.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Cruz-Díaz, D., Hita-Contreras, F., Martínez-Amat, A., Aibar-Almazán, A., & Kim, K. M. (2020). Ankle-joint self-mobilization and crossfit training in patients with chronic ankle instability: a randomized controlled trial. *Journal of Athletic Training, 55*(2), 159-168.

Dunleavy, K., & Slowik, A. K. (2018). *Therapeutic exercise prescription*. Elsevier.

Ersoy, U., Kocak, U. Z., Unuvar, E., & Unver, B. (2019). The acute effect of talocrural joint mobilization on dorsiflexor muscle strength in healthy individuals: a randomized controlled single blind study. *Journal of Sport Rehabilitation, 28*(6), 601-605.

Kisner, C., Colby, L. A., & Bortner, J. (2018). *Therapeutic exercise: Foundations and technique* (7th ed.). F. A. Davis.

Racinais, S., Cocking, S., & Périard, J. D. (2017). Sports and environmental temperature: from warming-up to heating-up. *Temperature (Austin), 4*(3), 227-257.

Terapia de entretenimiento 5360

Definición: Utilización intencionada de actividades recreativas para mejorar la independencia funcional y las habilidades 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.
- Monitorizar 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 actividades.
- Monitorizar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreativa.

1.ª edición 1992; revisada en 1996 y 2018

Bibliografía:

Bauer, C., Victorson, D., Rosenbloom, S., Borocas, J., & Silver, R. (2010). Alleviating distress during antepartum hospitalization: A randomized controlled trial of music and recreation therapy. *Journal of Women's Health, 19*(3), 523-531.

Caldwell, L. (2005). Leisure and health: Why is leisure therapeutic? *British Journal of Guidance & Counselling, 33*(1), 7-26.

Pressman, S. D., Matthews, K. A., Cohen, S., Martire, L. M., Scheier, M., Baum, A., & Schulz, R. (2009). Association of enjoyable leisure activities with psychological and physical well-being. *Psychosomatic Medicine, 71*(7), 725-732.

Yang, H., & An, D. (2011). Health people 2020: Implications for recreation therapy. *American Journal of Recreation Therapy, 10*(4), 17-23.

Zanca, J. M., & Dijkers, M. P. (2014). Describing what we do: A qualitative study of clinicians' perspectives on classifying rehabilitation interventions. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 95*(Suppl. 1), S55-S65. e2.

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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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). 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). Mosby.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). Basic Books.

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.
- Monitorizar la presión arterial, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la diálisis.
- Administrar heparina, según el protocolo.
- Monitorizar 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 esta.
- 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 que indiquen una necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, fístula coagulada, tromboflebitis y pulso irregular).
- Colaborar con el paciente para aliviar las molestias de los efectos secundarios derivados de la enfermedad y del tratamiento (calambres, fatiga, cefalea, prurito, anemia, desmineralización ósea, cambios de la imagen corporal y alteración de roles).
- Colaborar con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades acerca del dolor y las distracciones para conseguir resultados óptimos en el tratamiento.

1.ª edición; 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). W. B. Saunders.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Management of patients with upper or lower urinary tract dysfunction (10th ed.) Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing (Vol. 2, pp. 1271-1308). Lippincott Williams & Wilkins.

Thompson, J. M., McFarland, G. K., Hirsch, J. E., & Tucker, S. M. (1998). *Mosby's clinical nursing* (4th ed.). Mosby.

Terapia de hemofiltración 2110

Definición: Limpiar la sangre de un paciente gravemente enfermo a través de un hemofiltro controlado por la presión 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 el protocolo.
- Fijar las conexiones y los tubos de forma segura.
- Aplicar restricciones, según proceda.
- Monitorizar la velocidad de ultrafiltración, ajustando dicha velocidad según el protocolo o siguiendo las órdenes del médico.
- Monitorizar si en el sistema de hemofiltración hay fugas en las conexiones y coágulos en el filtro o en los tubos.
- Monitorizar los parámetros multisistémicos del paciente, según el protocolo.
- Monitorizar y atender los puntos de acceso y las líneas, de acuerdo con el protocolo.
- Monitorizar si hay signos y síntomas de infección.
- Enseñar al paciente/familia las precauciones que se deben tomar después del tratamiento.

3.ª edición 2000

Bibliografía:

Gutch, C., Stoner, M., & Corea, A. (1993). *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel* (5th ed.). Mosby.

Holloway, N. (1988). *Nursing the critically ill adult* (3rd ed.). Addison-Wesley.

Kinney, M., Packa, D., & Dunbar, S. (1998). *AACN's reference for critical-care nursing* (4th ed.). Mosby.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Management of patients with upper or lower urinary tract dysfunction (10th ed.). *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (Vol. 2, pp. 1271-1308). Lippincott Williams & Wilkins.

T

Terapia de inducción de hipotermia 3790

Definición: Consecución y mantenimiento de 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.
- Monitorizar la temperatura del paciente, con un monitor continuo de 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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar y tratar las arritmias, según corresponda.
- Monitorizar el desequilibrio electrolítico.
- Monitorizar el desequilibrio ácido-base.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Monitorizar el estado respiratorio.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar estrechamente al paciente en busca de signos y síntomas de hemorragia persistente.
- Monitorizar el recuento de leucocitos, según corresponda.
- Monitorizar el estado hemodinámico (p. ej., PECP, GC, RVS), mediante monitorización hemodinámica invasiva, según corresponda.
- Fomentar la ingesta adecuada de líquidos y nutrientes.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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 jardinería 4368

Definición: Utilizar la jardinería para favorecer la salud y el bienestar físico, psicológico, social o espiritual.

Actividades:

- Determinar el cambio deseado en la dinámica social, física, conductual, espiritual o de grupo (p. ej., relajación, estimulación, concentración, reducción del estrés, actividad física).
- Describir el propósito de la jardinería y las habilidades necesarias para el éxito en la experiencia, incluyendo el ritmo de la actividad física, las habilidades de observación y las tareas necesarias para el crecimiento óptimo de las plantas, y el tiempo de las actividades.
- Identificar las preferencias de jardinería (p. ej., interior, exterior, estacional, ubicación, compromiso de tiempo).
- Elegir las plantas (hortalizas, flores, hierbas aromáticas, etc.) y la ubicación del huerto (interior, exterior, parterres elevados, etc.) que prefiera.
- Limitar la exposición a tensiones físicas extrañas (p. ej., calor excesivo, frío, lluvia, rayos).
- Adaptar las actividades de jardinería a los niveles y capacidades de resistencia.
- Disponer de material de jardinería, abono y agua.
- Proporcionar asesoramiento continuo sobre jardinería.
- Proporcionar material didáctico a un nivel de aprendizaje adecuado.
- Dar tiempo para la autorreflexión, el intercambio en grupo y la evaluación terapéutica.
- Fomentar activamente la participación de los demás para promover la interacción social.
- Monitorizar la calidad, la transformación y la cantidad de plantas y productos.
- Supervisar la respuesta física, social y terapéutica.
- Informar periódicamente sobre los retos y beneficios de la jardinería.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Bassi, M., Rassiga, C., Fumagalli, N., & Senes, G. (2018). Quality of experience during horticultural activities: an experience sampling pilot study among older adults living in a nursing home. *Geriatric Nursing*, *39*(4), 457-464. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.01.002.

Brown, B., Dybdal, L., Noonan, C., Pedersen, M. G., Parker, M., & Corcoran, M. (2020). Group gardening in a Native American Community: A collaborative approach. *Health Promotion Practice*, *21*(4), 611-623. https://doi.org/10.1177/1524839919830930.

Chalmin-Pui, L. S., Griffiths, A., Roe, J., Heaton, T., & Cameron, R. (2021). Why garden? – Attitudes and the perceived health benefits of home gardening. *Cities*, *112*, 103118. https://doi.org/10.1016/j.cities.2021.103118.

Chu, H.-Y., Chen, M.-F., Tsai, C.-C., Chan, H.-S., & Wu, T.-L. (2019). Efficacy of a horticultural activity program for reducing depression and loneliness in older residents of nursing homes in Taiwan. *Geriatric Nursing*, *40*(4), 386-391. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.12.012.

Dahlkvist, E., Engström, M., & Nilsson, A. (2020). Residents' use and perceptions of residential care facility gardens: A behaviour mapping and conversation study. *International Journal of Older People Nursing*, *15*(1), e12283. https://doi.org/10.1111/opn.12283.

Hardin-Fanning, F., Adegboyega, A. O., & Rayens, M. K. (2018). Adolescents' perceptions of a gardening activity at a juvenile justice center. *Journal of Holistic Nursing*, *36*(2), 170-178. https://doi.org/10.1177/0898010117707865.

Lohr, A. M., Henry, N., Roe, D., Rodriguez, C., Romero, R., & Ingram, M. (2020). Evaluation of the impact of school garden exposure on youth outlook and behaviors toward vegetables in Southern Arizona. *Journal of School Health*, *90*(7), 572-581. https://doi.org/10.1111/josh.12905.

Stowell, D. R., Owens, G. P., & Burnett, A. (2018). A pilot horticultural therapy program serving veterans with mental health issues: Feasibility and outcomes. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *32*, 74-78. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.05.007.

Thompson, R. (2018). Gardening for health: a regular dose of gardening. *Clinical Medicine (London, England)*, *18*(3), 201-205.

White, P. C. L., Wyatt, J., Chalfont, G., Bland, J. M., Neale, C., Trepel, D., & Graham, H. (2018). Exposure to nature gardens has time-dependent associations with mood improvements for people with mid- and late-stage dementia: Innovative practice. *Dementia*, *17*(5), 627-634. https://doi.org/10.1177/1471301217723772.

Terapia de la adicción a la religión 5422

Definición: Favorecimiento de un estilo de vida religioso saludable.

Actividades:

- Identificar la excesiva dependencia de los líderes religiosos y de la práctica religiosa.
- Reconocer las influencias culturales y de fondo en la dependencia de la religión.
- Solicitar orientación a los conocedores de la cultura o la religión.
- Examinar las prácticas religiosas en términos de relaciones y creencias equilibradas.
- Fomentar conductas que contribuyan al crecimiento y al desarrollo de la fe, en consonancia con la cultura o el sistema de creencias.
- Explorar diversos elementos de la adicción a la religión.

- Explorar la libertad de las formaciones religiosas benéficas.
- Instruir sobre métodos para defenderse de procesos religiosos u otros procesos adictivos.
- Ofrecerse a rezar por unas relaciones sanas y vivificantes con uno mismo, con Dios o el Poder Superior y con los demás, según proceda.
- Explorar el proceso de desarrollo continuo de la fe con el individuo.
- Educar sobre los peligros de utilizar la religión para controlar a otras personas.
- Promover la formación de grupos de autoayuda o grupos de apoyo que sean relevantes para el individuo, para desarrollar el equilibrio religioso.
- Identificar y compartir recursos de grupos y servicios de asesoramiento profesional dentro de la comunidad.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

American Psychiatric Nurses Association. (2014). *Psychiatric-mental health Nursing: Scope and Standards of Practice.* (2nd ed.).

Holtzhausen, L. (2017). Addiction – a brain disorder or a spiritual disorder. *Mental Health and Addiction Research, 2*(1). https://doi.org/10.15761/MHAR.1000128.

Jones, C. L. C. (2020). Spiritual well-being in older adults: A Concept Analysis. *Journal of Christian Nursing, 37*(4), E31-E38. https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000770.

Keltner, N. L., & Steele, D. (2019). *Psychiatric nursing* (8th ed.). Elsevier.

Rebar, C. R., Gersch, C., & Heimgartner, N. M. (2020). *Psychiatric nursing made incredibly easy.* Wolters Kluwer.

Rousselet, M., Duretete, O., Hardouin, J. B., & Grall-Bronnec, M. (2017). Cult membership: What factors contribute to joining or leaving? *Psychiatry Research, 257*, 27-33. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.018.

Timmins, F., & Caldeira, S. (2017). Understanding spirituality and spiritual care in nursing. *Nursing Standard, 31*(22), 50-57.

Varcarolis, E. M., & Fosbre, C. D. (2021). *Essentials of psychiatric-mental health nursing.* (4th ed.). Elsevier.

Weinandy, J. T. G., & Grubbs, J. B. (2021). Religious and spiritual beliefs and attitudes towards addiction and addiction treatment: A scoping review. *Addictive Behaviors Reports, 14*, 100393. https://doi.org/10.1016/j.abrep.2021.100393.

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

Bibliografía:

Benson, H., & Klipper, M. Z. (2000). *The relaxation response.* 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). 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). Mosby.

Snyder, M. (1998). Progressive muscle relaxation. In M. Snyder, & R. Lindquist (Eds.), *Complementary/alternative therapies in nursing* (3rd ed., pp. 1-13). Springer.

T

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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). 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). W. B. Saunders.

Puentes, W. J. (2000). Using social reminiscence to teach therapeutic communication skills. *Geriatric Nursing, 21*(6), 315-318.

T

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.
- Monitorizar el efecto terapéutico y los efectos adversos.
- Revisar el conocimiento de los efectos beneficiosos y adversos de los diferentes componentes hormonales (p. ej., estrógenos, progesterona, andrógenos).
- Revisar el conocimiento de los efectos de interacción de terapias adyuvantes (p. ej., suplementos de calcio y vitamina D, ejercicio, uso de tiazidas).
- Revisar el conocimiento de los distintos modos y vías de administración (p. ej., combinada oral continua, secuencial oral, dérmica, vaginal).
- Revisar la dieta y sugerir limitar la cafeína, las grasas saturadas y el azúcar.
- Facilitar la decisión de continuar/interrumpir el tratamiento.
- Facilitar los cambios en la terapia de sustitución hormonal con el profesional de atención primaria, según corresponda.
- Garantizar la individualización de la dosis y el régimen terapéutico, eligiendo la menor dosis adecuada en relación con la gravedad de los síntomas y la edad de inicio de la menopausia.
- Recomendar la toma de decisiones anuales a corto plazo sobre la continuación del tratamiento.
- Ajustar las medicaciones o la dosis de la medicación, según corresponda.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

4.ª edición 2004; revisada en 2024

Bibliografía:

Dilks, A., & Soos, E. (2019). Bioidentical hormone replacement therapy: Implications for practice. *Journal of Aesthetic Nursing, 8*(4), 166-171. https://doi.org/10.12968/joan.2019.8.4.166.

Lobo, R. A. (2017). Hormone-replacement therapy: Current thinking. *Nature Reviews. Endocrinology, 13*(4), 220-231. https://doi.org/10.1038/nrendo.2016.164.

Perry, M. (2019). Menopausal symptoms and hormone replacement therapy. *Journal of Community Nursing, 33*(3), 61-66.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2021). Assessment and management of female physiologic processes (15th ed.). *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (Vol. 2, pp. 1389-1412). Lippincott Williams & Wilkins.

Speroff, L., Glass, R., & Kase, N. (2019). *Clinical gynecologic endocrinology and infertility* (9th ed., pp. 834-879). Lippincott Williams & Wilkins.

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, el hombro, el brazo o la mano).
- Hablar el lenguaje del cliente escuchando atentamente los verbos que emplea 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.). Health Professions Press.

Taft, L. B. (1998). Validation therapy. In M. Synder, & R. Lindquist (Eds.), *Complementary/alternative therapies in nursing* (3rd ed., pp. 231-242). 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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). 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.). Prentice Hall.

Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2004). *Family therapy: An overview* (6th ed.). 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*. 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.

T

Terapia hormonal para personas transgénero 2430

Definición: Prestación de cuidados a una persona que desea cambiar físicamente su cuerpo para adaptarlo a su identidad de género.

Actividades:

- Asesorar sobre los riesgos y beneficios conocidos de la terapia hormonal exógena.
- Confirmar el consentimiento informado para la terapia hormonal.
- Explorar las dolencias mentales agudas y activas que pueden verse afectadas negativamente por la terapia hormonal.
- Hablar con la familia sobre los adolescentes que reciben terapia hormonal.
- Determinar el nivel de apoyo y comprensión de la familia respecto al tratamiento hormonal y la aceptación del género.
- Explorar y proporcionar apoyo psicosocial y derivaciones, según esté indicado.
- Comunicar la evaluación y los resultados al profesional sanitario que vaya a prescribir la terapia hormonal.
- Examinar los objetivos de la persona y su comprensión de la terapia hormonal para asegurar la concordancia con la naturaleza general y el propósito de la terapia hormonal.
- Examinar la comprensión de los beneficios y riesgos físicos, mentales y sociales de la terapia hormonal.
- Discutir alternativas a la terapia hormonal, cuando proceda.
- Discutir derivaciones quirúrgicas alternativas, si la persona tiene intención de continuar con la reasignación sexual.
- Asesorar a la persona sobre los efectos psicoactivos de las hormonas (es decir, algunos problemas del estado de ánimo y de salud mental como la depresión y la ansiedad).
- Recopilar información sobre el estado de ánimo y la salud mental con el fin de prever los síntomas que pueden intensificarse con la terapia hormonal.
- Orientar para comentar estos síntomas con el profesional sanitario que vaya a prescribir la terapia hormonal.
- Explorar las necesidades de transición social (p. ej., apoyo de iguales, psicoterapia, cambios en la documentación, coordinación de los cuidados, defensa legal).
- Confirmar el uso de los medicamentos según la prescripción.
- Animar a hablar sobre las dudas, los miedos y la aceptación de la terapia hormonal.
- Monitorizar los cambios corporales y los efectos adversos cada 3 meses durante el primer año, después cada 6 a 12 meses.
- Solicitar para los hombres transexuales la cuantificación de la testosterona sérica en las visitas de seguimiento con un objetivo práctico en el rango masculino (300-1.000 ng/dl).
- Solicitar para las mujeres transexuales la cuantificación de la testosterona y el estradiol séricos en las visitas de seguimiento con un objetivo práctico en el rango femenino (testosterona, 30-100 ng/dl; estradiol, <200 ng/ml).
- Monitorizar los niveles hormonales, el hematocrito y el perfil lipídico de los hombres transexuales antes de empezar a tomar hormonas y en las visitas de seguimiento.
- Monitorizar los niveles hormonales, la prolactina y los triglicéridos de las mujeres transexuales antes de empezar a tomar hormonas y en las visitas de seguimiento.
- Realizar, según la prescripción, una densitometría ósea antes de iniciar el tratamiento hormonal en personas con riesgo de osteoporosis.
- Informar sobre los riesgos de cáncer (p. ej., de cuello uterino o de mamas en los hombres transexuales, de mamas y próstata en las mujeres transexuales).
- Informar sobre los riesgos de los niveles hormonales (p. ej., un nivel demasiado alto es peligroso, un nivel bajo invierte el sexo).
- Asegurar el asesoramiento de seguimiento relacionado con el efecto social del cambio transgénero.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. *Journal of the Endocrine Society, 5*(4), bvab011. https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011.

Clark, B. A., Marshall, S. K., & Saewyc, E. M. (2020). Hormone therapy decision-making processes: Transgender youth and parents. *Journal of Adolescence, 79*, 136-147. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.016.

Joseph, A., Cliffe, C., Hillyard, M., & Majeed, A. (2017). Gender identity and the management of the transgender patient: A guide for non-specialists. *Journal of the Royal Society of Medicine, 110*(4), 144-152. https://doi.org/10.1177/0141076817696054.

Klein, D. A., Paradise, S. L., & Goodwin, E. T. (2018). Caring for transgender and gender-diverse persons: What clinicians should know. *American Family Physician, 98*(11), 645-653.

Radix, A. (2019). Hormone therapy for transgender adults. *The Urologic Clinics of North America, 46*(4), 467-473. https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.001.

Souza Santos, R., Frank, A. P., Nelson, M. D., Garcia, M. M., Palmer, B. F., & Clegg, D. J. (2017). Sex, gender, and transgender: Metabolic impact of cross hormone therapy. *Advances in Experimental Medicine and Biology, 1043*, 611-627. https://doi.org/10.1007/978-3-319-70178-3_27.

T

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Terapia intravenosa (i.v.) 4200

Definición: Administración y monitorización de líquidos y fármacos por vía intravenosa.

Actividades:

- Comprobar la exactitud e integridad de todos los registros de administración de medicación antes de administrar cualquier medicamento.
- Seguir los seis correctos de administración de medicamentos.
- Identificar utilizando al menos dos identificadores (p. ej., nombre, fecha de nacimiento).
- Anotar el historial médico y los antecedentes de alergias,
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración.
- Realizar las evaluaciones necesarias previas a la medicación (p. ej., presión arterial, pulso).
- Seguir las directrices del centro en relación con los requisitos para la monitorización especial de la persona mientras se administra la medicación (p. ej., telemetría con medicamentos para el corazón).
- Utilizar concentraciones y dosis estandarizadas de líquidos y medicamentos i.v., preferiblemente preparados y dispensados desde la farmacia o preparados comercialmente, cuando sea posible.
- Instruir acerca del procedimiento.
- Identificar si actualmente está tomando medicación incompatible con la medicación prescrita.
- Revisar la información relativa a cómo administrar la solución de forma segura, según sea necesario.
- Calcular el ritmo de la infusión.
- Verificar los cálculos y los ritmos con otra enfermera, si está indicado.
- Seleccionar y preparar la bomba de infusión i.v., según esté indicado.
- Mantener una técnica aséptica estricta con los suministros que puedan entrar en contacto con el torrente circulatorio (p. ej., catéter i.v., lugar de inserción i.v., conexiones de tubos i.v., puertos de acceso de tubos i.v., líquidos i.v.).
- Examinar el tipo, la cantidad, la fecha de caducidad y las características de la solución, y la integridad del envase.
- Insertar en el envase el equipo de administración correspondiente.
- Apretar la cámara de goteo una o dos veces.
- Abrir lentamente la pinza del tubo para cebarlo.
- Comprobar la permeabilidad de la vía antes de administrar la medicación i.v.
- Administrar los medicamentos i.v. según la prescripción, monitorizar durante la infusión y monitorizar los resultados.
- Rastrear todos los catéteres o equipos de administración o dispositivos complementarios entre la persona y el envase con líquido antes de conectar o volver a conectar cualquier dispositivo de infusión.
- Etiquetar los equipos de administración con la solución de infusión o la medicación, tanto cerca de la conexión con la persona como cerca del contenedor de la solución.
- Indicar a la persona, a los cuidadores y al personal auxiliar que soliciten ayuda a las enfermeras siempre que exista o se perciba la necesidad de conectar o desconectar dispositivos o infusiones, a menos que la persona o el cuidador administren de forma independiente los medicamentos de infusión (p. ej., en el entorno de atención domiciliaria).
- Documentar qué soluciones y medicamentos se están infundiendo a través de qué dispositivo o luz, cuando se utilicen varios dispositivos de acceso vascular (DAV) o luces de catéter.
- Dirigir los tubos que tienen diferentes propósitos en diferentes direcciones (p. ej., catéteres i.v. dirigidos hacia la cabeza, tubos de alimentación dirigidos hacia los pies).
- Utilizar la tecnología de acuerdo con las políticas y los procedimientos de la organización (p. ej., código de barras, bomba inteligente con *software* de reducción de errores de dosis, equipo de administración con control de volumen, equipo de administración de miniinfusiones), cuando esté disponible.
- Monitorizar el flujo intravenoso y el sitio de punción intravenoso durante la infusión.
- Monitorizar las posibles complicaciones del tratamiento i.v. (p. ej., sobrecarga de líquidos, reacción alérgica, molestia en el sitio de inserción, flebitis por la infusión, infección local).
- Monitorizar las constantes vitales, según esté indicado.
- Mantener un apósito oclusivo estéril en el sitio de punción i.v.
- Realizar comprobaciones del sitio de punción i.v. y realizar cuidados, según el protocolo del centro.
- Realizar el cambio del sitio de punción i.v., el cambio de tubuladura y los cuidados con cambio del apósito del sitio de inserción, según el protocolo del centro.
- Seguir directrices estrictas cuando se administren medicamentos i.v. de alto nivel de alerta (p. ej., heparina, dobutamina, nitroglicerina, potasio, antibióticos, magnesio).
- Lavar las vías intravenosas entre la administración de soluciones incompatibles.
- Detener los fluidos i.v. y pinzar la vía i.v. si se detecta que la medicación i.v. es incompatible con los líquidos i.v. durante su administración (es decir, si el líquido i.v. se enturbia en el tubo).
- Reanudar los líquidos i.v. con un tubo nuevo si hay medicación incompatible en el tubo actual.
- Registrar las entradas y salidas del modo adecuado.
- Documentar la terapia prescrita, según el protocolo del centro.
- Documentar la condición del sitio de inserción i.v. antes, durante y después de la terapia de infusión i.v.
- Mantener las precauciones universales al prestar cuidados o terapia en el punto de infusión.
- Educar a la persona y al cuidador sobre la administración de la infusión y los signos y síntomas que se deben notificar, incluidos los que se pueden producir después de que la persona abandone el centro sanitario.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Infusion Nursing Society. (2021). *Policies and procedures for infusion therapy: Acute care* (6th ed.).

Infusion Nursing Society. (2021). *Standards of practice* (8th ed.).

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2020). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and techniques* (10th ed). Elsevier.

Terapia mediante oxigenación con membrana extracorpórea 4115

Definición: Proporcionar oxigenación y eliminar el dióxido de carbono de la sangre mediante una máquina de pulmón artificial.

Actividades:

- Determinar el estado hemodinámico utilizando múltiples parámetros para evaluar el estado clínico y la idoneidad de la terapia mediante oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) (p. ej., presión arterial, frecuencia cardíaca, pulsos, presión venosa yugular, presión venosa central, presiones auriculares y ventriculares derecha e izquierda, presión arterial pulmonar), según proceda.
- Extraer una muestra de sangre antes del tratamiento y revisar la bioquímica sanguínea (p. ej., nitrógeno ureico en sangre, creatinina sérica, concentraciones séricas de Na, K y PO_4).
- Registrar las constantes vitales basales (p. ej., temperatura, pulso, respiraciones, presión arterial, peso).
- Explicar el procedimiento de la ECMO y obtener el consentimiento informado.
- Determinar el tipo de ECMO necesario (es decir, utilizar una vena y una arteria [ECMO VA] para problemas tanto en el corazón como en los pulmones, o utilizar una o más venas cerca del corazón [ECMO VV] para problemas solo en los pulmones).
- Comprobar los equipos y las soluciones, según el protocolo.
- Ayudar según sea necesario con el inicio de la canulación para la ECMO, asegurando el tiempo de espera para el procedimiento y la presencia de personal debidamente capacitado (p. ej., terapeuta respiratorio, equipo quirúrgico, enfermeras).
- Asegurar la sedación, la parálisis, la anticoagulación y la ventilación adecuadas, según la prescripción.
- Obtener estudios radiológicos posteriores a la canulación (p. ej., radiografía anteroposterior de tórax o abdomen, o ambas).
- Iniciar la ECMO, según el protocolo, aumentando el flujo sanguíneo hasta alcanzar los objetivos respiratorios y hemodinámicos.
- Mantener el flujo sanguíneo al caudal establecido determinado por el logro de los objetivos respiratorios y hemodinámicos, mientras se mide la oximetría venosa continua.
- Mantener la anticoagulación con una infusión i.v. continua de heparina no fraccionada o un inhibidor directo de la trombina para conseguir un tiempo de coagulación activado (ACT) de 180 a 210 segundos.
- Reducir el objetivo de ACT si se produce hemorragia, según la prescripción.
- Monitorizar el recuento de plaquetas y mantenerlo por encima de 50.000/ml, según el protocolo.
- Monitorizar la hemoglobina y mantener la concentración dentro del rango normal.
- Ajustar la configuración del respirador para evitar barotraumatismos, lesiones pulmonares inducidas por el respirador y toxicidad del oxígeno, según la prescripción.
- Monitorizar la diuresis y los valores de laboratorio para determinar la adecuación de la función renal.
- Monitorizar los signos de infección y mala perfusión, como aumento del nivel de ácido láctico, acidosis metabólica, disminución de la diuresis e incremento de las enzimas hepáticas.
- Monitorizar las extremidades inferiores en busca de signos de isquemia, frialdad o moteado de los pies.
- Realizar exploraciones diarias al despertar y valoraciones horarias de las pupilas para monitorizar el estado neurológico.
- Practicar un cambio de postura diligente para evitar la rotura de la piel.
- Proporcionar cuidados con un equipo de dos miembros (p. ej., especialista en ECMO, enfermera).
- Asegurarse de que el equipo incluya una enfermera especialista en ECMO que preste cuidados de ECMO las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y que cuente con el apoyo de un perfusionista para los aspectos técnicos del manejo del circuito.
- Asegurarse de que las órdenes de la ECMO incluyen el cebado de la máquina, los parámetros diarios, los ajustes del circuito, los parámetros para transfusiones de sangre y las órdenes para radiología (p. ej., ecocardiograma si se producen síntomas).
- Garantizar la disponibilidad de instrucciones para todos los perfusionistas o enfermeras a cargo de la máquina de ECMO.
- Medir los valores de laboratorio diarios y rutinarios según el protocolo.
- Monitorizar el estado de la anticoagulación y ajustar los parámetros según el protocolo y las órdenes.
- Asegurarse de que haya instrucciones para alertar a los profesionales sanitarios de ECMO, según sea necesario.
- Mantener seguras las conexiones de anclaje y las tubuladuras.
- Comprobar las interacciones persona-circuito según los protocolos y las órdenes (p. ej., caudal, presión, temperatura, nivel de pH, conductividad, coágulos, detector de aire, presión negativa para ultrafiltración, sensor de sangre) para garantizar la seguridad.
- Gestionar las necesidades clínicas mediante la monitorización continua y la resolución de problemas para prevenir y manejar las emergencias de los circuitos.
- Monitorizar continuamente la presión arterial, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta durante la terapia con ECMO.
- Asegurarse de que el equipo interprofesional participa en el plan de cuidados (p. ej., fisioterapia, terapia ocupacional, nutricionista, gestión de casos).
- Suspender la ECMO, según el protocolo.
- Comparar las constantes vitales y la bioquímica sanguínea después de la ECMO con los valores de antes de la ECMO.
- Documentar la tolerancia del procedimiento y la consecución de resultados, según proceda.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Calhoun, A. (2018). ECMO: Nursing care of adult patients on ECMO. *Critical Care Nursing Quarterly, 41*(4), 394-398. https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000226.

McCallister, D., Pilon, L., Forrester, J., Alsaleem, S., Kotaru, C., Hanna, J., Hickey, G., Roberts, R., Douglass, E., Libby, M., & Firstenberg, M. S. (2019). Clinical and administrative steps to the ECMO program development. *Advances in Extracorporeal Membrane Oxygenation, vol. 3*. https://doi.org/10.5772/intechopen.84838.

Naddour, M., Kalani, M., Ashraf, O., Patel, K., Bajwa, O., & Cheema, T. (2019). Extracorporeal membrane oxygenation in ARDS. *Critical Care Nursing Quarterly, 42*(4), 400-410. https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000280.

O'Connor, N., & Smith, J. (2018). An innovative ECMO staffing model to reduce harm. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 32*(3), 204-205. https://doi.org/10.1097/jpn.0000000000000355.

T

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Terapia nutricional

1120

Definición: Administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en una persona con una enfermedad crónica.

Actividades:

- Revisar la información sobre el estado nutricional.
- Identificar los riesgos nutricionales.
- Medir el peso y la talla, y la longitud, según esté indicado en los niños.
- Medir el perímetro cefálico en niños menores de 36 meses.
- Examinar la ingesta de líquidos para detectar deshidratación.
- Iniciar el apoyo nutricional lo antes posible, según proceda.
- Monitorizar los alimentos/líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda.
- Monitorizar la adecuación de la dieta prescrita para satisfacer las necesidades nutricionales diarias, si procede.
- Eliminar las posibles causas de desnutrición y deshidratación, tan pronto como sea posible.
- Evaluar la necesidad de líquidos intravenosos.
- Iniciar el número de calorías prescrito y el tipo de nutrientes requerido para satisfacer las necesidades.
- Determinar las preferencias de alimentos.
- Tener en consideración las preferencias culturales y religiosas.
- Considerar la terapia nutricional para las personas que tienen una ingesta de alimentos y líquidos escasa.
- Ofrecer suplementos nutricionales, según corresponda.
- Evaluar sistemáticamente la concordancia con el consumo de suplementos nutricionales.
- Animar a que seleccione alimentos semiblandos si la falta de saliva dificulta la deglución.
- Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento, según corresponda.
- Ofrecer ayuda a la hora de comer para apoyar una ingesta alimentaria adecuada, según proceda.
- Determinar la necesidad de alimentación enteral por sonda o parenteral.
- Manejar la alimentación enteral o la nutrición parenteral, según sea necesario.
- Evaluar sistemáticamente los beneficios y los posibles riesgos de la nutrición enteral.
- Suspender la alimentación por sonda a medida que se tolere la ingesta oral.
- Administrar hiperalimentación con líquidos, cuando proceda.
- Fomentar que se traigan comidas hechas en casa al centro, si es posible.
- Ofrecer hierbas y especias como alternativa a la sal.
- Estructurar el entorno para crear una atmósfera agradable y relajante.
- Animar a compartir las comidas con otras personas, según proceda.
- Presentar los alimentos de una manera atractiva, agradable, teniendo en cuenta el color, textura y variedad.
- Modificar la consistencia de los alimentos, como los alimentos blandos que requieren poca masticación, según sea necesario.
- Fomentar un cuidado dental y oral adecuado.
- Ayudar a sentarse antes de la comida o la toma.
- Medir la glucemia inicialmente tras el inicio de la nutrición artificial y al menos cada 4 horas, durante los 2 primeros días, según proceda.
- Monitorizar los valores de laboratorio, como los electrólitos, según corresponda.
- Instruir sobre la información nutricional y la dieta prescrita.
- Remitir al paciente para recibir educación y planificación de la dieta, si es necesario.
- Entregar ejemplos escritos de la dieta prescrita.
- Controlar la medicación y modificarla cuando sea posible para minimizar los efectos adversos.
- Ofrecer asesoramiento nutricional a través de sesiones individuales, sesiones de grupo, contactos telefónicos y consejos por escrito, según proceda.
- Fomentar la actividad física para mantener o mejorar la masa y la función musculares.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

1.ª edición 1992; revisada en 2004 y 2024

Bibliografía:

Dudek, S. G. (2021). *Nutrition essentials for nursing practice* (8th ed.). Wolters Kluwer.

Koontalay, A., Sangsaikaew, A., & Khamrassame, A. (2020). Effect of a clinical nursing practice guideline of enteral nutrition care on the duration of mechanical ventilator for critically ill patients. *Asian Nursing Research*, *14*(1), 17-23. https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.12.001.

Mehta, N. M., Skillman, H. E., Irving, S. Y., Coss-Bu, J. A., Vermilyea, S., Farrington, E. A., McKeever, L., Hall, A. M., Goday, P. S., & Braunschweig, C. (2017). Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the pediatric critically ill patient: Society of Critical Care Medicine and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. *JPEN. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, *41*(5), 706-742. https://doi.org/10.1177/0148607117711387.

Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., Hiesmayr, M., Mayer, K., Montejo, J. C., Pichard, C., Preiser, J. C., van Zanten, A., Oczkowski, S., Szczeklik, W., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, *38*(1), 48-79. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037.

Tume, L. N., Valla, F. V., Joosten, K., Jotterand Chaparro, C., Latten, L., Marino, L. V., Macleod, I., Moullet, C., Pathan, N., Rooze, S., van Rosmalen, J., & Verbruggen, S. (2020). Nutritional support for children during critical illness: European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC) metabolism, endocrine and nutrition section position statement and clinical recommendations. *Intensive Care Medicine*, *46*(3), 411-425. https://doi.org/10.1007/s00134-019-05922-5.

Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C. C., & Sobotka, L. (2019). D. van Asselt, R. Wirth, S.C. Bischoff, ESPEN Guideline on Clinical Nutrition and Hydration in Geriatrics. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, *38*(1), 10-47. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024.

T

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 el 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 las 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.* 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.). 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.

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 se 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.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

5.ª edición 2008

Bibliografía:

Craven, R., & Hirnle, C. (2007). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2004). *Fundamentals of nursing* (6th ed.). Mosby.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). 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: Intercambio de 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 informe 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, Valoración, 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.
- 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*. 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.

T

Transporte: dentro del centro 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.). Mosby.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). 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., 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 centros 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 Ley de Tratamiento Médico de Urgencia y Trabajo de Parto Activo (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*. 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). 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., 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.

T

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tratamiento del consumo de sustancias nocivas 4510

Definición: Cuidados 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.* Academic Press.

Jacobson, S. A., Pies, R. W., & Katz, I. R. (2007). Treatment of substance-related disorders. Clinical manual of geriatric psychopharmacology. *American Psychiatric*, 403-475.

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). 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). Pearson Prentice Hall.

World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence.*

T

Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: abstinencia 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). 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). Prentice Hall, Pearson.

World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence.*

Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: abstinencia del alcohol 4512

Definición: Cuidado de una persona que experimenta una interrupción brusca del consumo de alcohol.

Actividades:

- Determinar el nivel de consumo de alcohol y el estado mental y físico.
- Monitorizar la concentración de alcohol en sangre y marcadores útiles como el hemograma, la urea, los electrólitos y las pruebas de función hepática.
- Monitorizar la gravedad del síndrome de abstinencia con escalas validadas (p. ej., Escala de evaluación del síndrome de abstinencia alcohólica del Instituto Clínico revisada [CIWA-Ar]).
- Fomentar la ingesta de líquidos (p. ej., agua, bebidas con electrólitos).
- Crear un ambiente de baja estimulación para la desintoxicación.
- Monitorizar los signos vitales durante el proceso de desintoxicación.
- Monitorizar la aparición de *delirium tremens*.
- Proporcionar orientación sobre la realidad, según proceda.
- Administrar medicamentos para el manejo de la dependencia del alcohol o la prevención de las recaídas, según proceda.
- Medicar para aliviar las molestias físicas, si es necesario.
- Enfocar la conducta abusiva 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 de la persona y la familia acerca de la retirada del alcohol.
- Informar sobre los signos y síntomas que pueden aparecer durante la abstinencia (p. ej., fatiga, depresión).
- Realizar intervenciones psicosociales como la entrevista motivacional y el asesoramiento breve, según proceda.
- Proporcionar apoyo emocional a la persona y a la familia, según se precise.
- Recomendar el seguimiento con un asesoramiento adecuado.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

American Nurses Association and International Nursing Society on Addictions. (2013). *Addictions nursing: Scope and standards of practice.* American Nurses Association.

Boyd, M. A. (2021). *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (7th ed.). Wolters Kluwer.

Duong, T., Vytialingam, R., & O'Regan, R. (2018). *A brief guide to the management of alcohol and other drug withdrawal.* Perth, Western Australia: Mental Health Commission.

Manning, V., Arunogiri, S., Frei, M., Ridley, K., Mroz, K., Campbell, S., & Lubman, D. (2018). *Alcohol and other drug withdrawal: Practice guidelines* (3rd ed.). Turning Point.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration and National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2015). *Medication for the treatment of alcohol use disorder: A brief guide.* Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

T

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: sobredosis 4516

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 infusiones según la prescripción.
- Monitorizar los síntomas específicos de la droga consumida (p. ej., miosis, hipotensión y bradicardia por sobredosis de opiáceos; náuseas, vómitos, diaforesis y dolor en el hipocondrio derecho 48-72 horas después de la sobredosis de paracetamol; y midriasis, taquicardia, crisis comiciales y dolor torácico en la sobredosis de cocaína).
- Administrar agentes específicos de la sustancia consumida y de los síntomas del paciente (p. ej., antieméticos, naloxona, tiamina, glucosa, flumazenil, calcio, vasopresores, antiarrítmicos, inotrópicos).
- Administrar agentes o realizar procedimientos para impedir la absorción del fármaco y aumentar la excreción de drogas (p. ej., ipecacuana, carbón activado, lavado gástrico, hemodiálisis, catárticos, exanguinotransfusión, modificación del pH de la orina y sérico, así como lavado intestinal completo).
- Comunicarse con el paciente, proporcionando tranquilidad, abordando las alucinaciones o delirios y transmitiendo la comprensión de los miedos u otros sentimientos.
- 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). 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). Elsevier Mosby.

T

Triaje: catástrofe en la comunidad 6362

Definición: Establecimiento de prioridades de atención para el tratamiento urgente en el lugar del suceso, asignando al mismo tiempo recursos escasos.

Actividades:

- Obtener información actualizada sobre la naturaleza del suceso (p. ej., número de víctimas, gravedad de las lesiones, zona afectada).
- Comunicarse con la autoridad central (es decir, el Centro de Mando).
- Asegurarse de que se avisa al personal adecuado (p. ej., dirección de enfermería, dirección de urgencias, dirección de administración).
- Considerar los recursos disponibles.
- Contactar con personal sanitario complementario (p. ej., cirujanos, dentistas, veterinarios, enfermeras de cuidados paliativos, clínicos jubilados, voluntarios), según esté indicado.
- Establecer zonas de recepción y triaje con recursos de descontaminación cerca del lugar del suceso, según se indique.
- Notificar a los centros de cuidados agudos de la zona que se esperan traslados.
- Utilizar pasillos, zonas de aparcamiento, vestíbulos, césped o azoteas para la asistencia sanitaria, según sea necesario.
- Aumentar el personal de seguridad para mantener el orden y proteger las instalaciones físicas.
- Determinar el riesgo por contacto con las víctimas (p. ej., gas venenoso, radiación, riesgo biológico).
- Conseguir EPI y asegurarse de que todos los compañeros de trabajo están protegidos, si está indicado.
- Alertar a todo el personal de la posibilidad de que las víctimas accedan al sistema sanitario sin contacto sanitario previo (p. ej., heridos de a pie).
- Asegurar el triaje adecuado y las medidas de contaminación utilizadas con los heridos ambulantes.
- Iniciar gestiones para obtener recursos adicionales (p. ej., EPI, equipos sanitarios).
- Obtener personal adicional para la atención de las víctimas una vez completado el triaje.
- Asignar personal para ayudar en el lugar del suceso, si está indicado.

- Participar en la priorización de personas para tratamiento.
- Evaluar primero a las personas graves sobre el terreno.
- Identificar la queja principal de la persona.
- Obtener información sobre el historial médico.
- Comprobar si hay etiquetas de alerta médica, según proceda.
- Realizar un reconocimiento primario de todos los sistemas corporales, según proceda.
- Vigilar y tratar las lesiones potencialmente mortales o las necesidades agudas.
- Utilizar señalización codificada por colores para facilitar la comunicación, asegurando la rápida categorización de todas las personas.
- Utilizar el sistema de prioridad de etiquetas de triaje según indique el estado de la persona (p. ej., rojo para atención inmediata, amarillo para demora, verde para leve, negro para improbable supervivencia).
- Considerar la reubicación de las personas con heridas leves.
- Considerar las medidas de cuidados paliativos para personas con pocas probabilidades de sobrevivir (p. ej., avisar al clero).
- Establecer un depósito de cadáveres.
- Evacuar o transportar a los heridos que requieran cuidados de nivel superior.
- Iniciar las medidas urgentes apropiadas para cada persona una vez finalizado el triaje para todos, según esté indicado.
- Realizar una exploración secundaria de los sistemas corporales una vez finalizado el triaje para todos, según proceda.
- Garantizar que todo el personal pueda reunirse con sus compañeros o asesores tras el suceso.
- Evaluar la respuesta al suceso, incluida la aportación del personal clave implicado (p. ej., informe posterior a la acción).
- Realizar simulacros anuales de catástrofe para el personal de urgencias.
- Realizar periódicamente simulacros comunitarios de catástrofes para formar al personal de asistencia.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Emergency Nurses Association. (2019). *Trauma nursing core course* (8th ed.).

Ghanbari, V., Ardalan, A., Zareiyan, A., Nejati, A., Hanfling, D., Bagheri, A., & Rostamnia, L. (2021). Perceptions on principle of priority setting in disaster triage: A Q-method study. *International Emergency Nursing, 59*. N.PAG. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101064.

Ram-Titkin, E. (2017). Ethical considerations of triage following natural disasters: The IDF experience in Haiti as a case study. *Bioethics, 31*(6), 467-475.

Sharma, S. K., & Sharma, N. (2020). Hospital preparedness and resilience in public health emergencies at district hospitals and community health centers. *Journal of Health Management, 22*(2), 146-156. https://doi.org/10.1177/0972063420935539.

Sheek-Hussein, M., Abu-Zidan, F. M., & Stip, E. (2021). Disaster management of the psychological impact of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Emergency Medicine, 14*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12245-021-00342-z.

Sweet, V., & Foley, A. (2020). *Sheehy's emergency nursing: Principles and practice*. Elsevier.

Sweet, V. (2018). *Emergency nursing core curriculum*. Elsevier.

Whiteside, T., Kane, E., Aljohani, B., Alsamman, M., & Pourmand, A. (2020). Redesigning emergency department operations amidst a viral pandemic. *American Journal of Emergency Medicine, 38*(7), 1448-1453.

Triaje: centro de urgencias 6364

Definición: Establecimiento de prioridades e inicio del tratamiento en pacientes en un centro de urgencias.

Actividades:

- Garantizar el uso de equipos de protección individual (EPI), si está indicado.
- Utilizar la evaluación de pre-triaje durante los brotes de enfermedades infecciosas.
- Aislar a las personas en fase de pre-triaje, si está indicado.
- Realizar una evaluación breve, rápida y precisa de todas las personas que lleguen, utilizando las directrices y normas de atención institucionales.
- Examinar simultáneamente signos y síntomas durante la evaluación inicial rápida.
- Formular preguntas concretas sobre los síntomas, los antecedentes de viajes y los contactos en los puestos de pre-triaje.
- Determinar la temperatura utilizando tecnología sin contacto.
- Obtener datos adicionales sobre las personas para determinar el nivel de gravedad (p. ej., signos vitales, intensidad del dolor, exploración física, antecedentes médicos pertinentes, medicación actual).
- Asignar una puntuación de gravedad de urgencia utilizando normas sistemáticas (p. ej., sistema de clasificación de la gravedad en cinco niveles, clasificaciones ABCD).
- Trasladar a la persona a la zona determinada por el nivel de gravedad y el estado de la infección.
- Garantizar que se prestan los cuidados indicados por el grado de gravedad y el estado de la infección.
- Proporcionar información al profesional sanitario receptor.
- Evaluar y trasladar a las parturientas.
- Explicar el proceso de triaje a las personas que acuden al servicio.
- Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales (p. ej., la Ley de Tratamiento Médico de Urgencia y Trabajo de Parto Activo [EMTALA]).
- Realizar una exploración física de cribado (EFC) a todas las personas por parte de un profesional autorizado independiente (es decir, el triaje no se considera EFC).
- Realizar intervenciones de crisis, según proceda.
- Disminuir la escalada de violencia, según proceda.
- Remitir a las personas no urgentes a clínicas, a otros profesionales de atención primaria o a departamentos sanitarios.
- Monitorizar a las personas que esperan a ser atendidas.
- Servir de enlace entre el equipo de asistencia sanitaria y las personas de la sala de espera.
- Contestar las preguntas y tranquilizar a las personas y a las familias.
- Garantizar el apoyo psicológico a la persona y a los profesionales.
- Controlar el flujo de personas, incluyendo los visitantes.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Awad, M. E., Rumley, J. C. L., Vazquez, J. A., & Devine, J. G. (2020). Perioperative considerations in urgent surgical care of suspected and confirmed covid-19 orthopaedic patients: Operating room protocols and recommendations in the current covid-19 pandemic. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 28*(11), 451-463. https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-20-00227.

T

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Benabbas, R., Shah, R., Zonnoor, B., Mehta, N., & Sinert, R. (2020). Impact of triage liaison provider on emergency department throughput: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Emergency Medicine, 38*(8), 1662-1670.

Briggs, J., & Grossman, V. (2019). *Emergency nursing 5-tier triage protocols.* Springer Publishing, Inc.

Burgess, L., Kynoch, K., & Hines, S. (2019). Implementing best practice into the emergency department triage process. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 17*(1), 27-35. https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000144.

Mathew, R., Sinha, T. P., Sahu, A. K., Bhoi, S., & Galwankar, S. (2020). Coronavirus-19 pandemic: A two-step triage protocol for emergency department. *Journal of Emergency Trauma & Shock, 13*, 169-171.

Mendonça, A., de Carvalho Queluci, G., Rodrigues de Souza, V., Couto Dias, S., & da Silveira Jasmim, J. (2018). Nursing skills in emergency services: A systematic review. *Journal of Nursing, 12*(10), 2816-2824.

Moura, B. R. S., Oliveira, G. N., Medeiros, G., Vieira, A., de, S., Nogueira, L., & de, S. (2022). Rapid triage performed by nurses: Signs and symptoms associated with identifying critically ill patients in the emergency department. *International Journal of Nursing Practice, 28*(1), 1-10. https://doi.org/10.1111/ijn.13001.

Sweet, V., & Foley, A. (2020). *Sheehy's emergency nursing: Principles and practice.* Elsevier.

Whiteside, T., Kane, E., Aljohani, B., Alsamman, M., & Pourmand, A. (2020). Redesigning emergency department operations amidst a viral pandemic. *American Journal of Emergency Medicine, 38*(7), 1448-1453.

Triaje: telecomunicación 6366

Definición: Utilización de las telecomunicaciones para identificar la naturaleza y la urgencia de los problemas de salud.

Actividades:

- Identificarse con nombre, credenciales y organización.
- Informar de que la llamada puede ser grabada (p. ej., para controlar la calidad).
- Mostrar disposición a ayudar (p. ej., «¿En qué puedo ayudarle?»).
- Obtener información sobre el motivo de la llamada (p. ej., naturaleza de la crisis, síntomas, diagnóstico médico, historial de salud, régimen de tratamiento actual).
- Identificar las preocupaciones sobre el estado de salud.
- Hablar directamente con la persona, siempre que sea posible.
- Prestar atención a los síntomas no verbales (p. ej., dificultad para respirar, respiración sibilante, pausas largas, dificultad para hablar).
- Utilizar un intérprete, en caso necesario.
- Evaluar las barreras culturales y socioeconómicas que dificultan la respuesta de la persona (p. ej., barreras lingüísticas, falta de seguro médico, falta de comprensión de los términos sanitarios).
- Acceder a la historia clínica electrónica de la persona para obtener historial médico adicional, si está disponible.
- Dirigir, facilitar y calmar a la persona que llama dándole instrucciones sencillas para actuar, según sea necesario.
- Utilizar guías estandarizadas basadas en síntomas o protocolos de enfermería basados en la evidencia para identificar y evaluar datos significativos y clasificar la urgencia de los síntomas.
- Priorizar los síntomas notificados, determinando el mayor riesgo posible mediante directrices.
- Obtener datos relacionados con la eficacia de los tratamientos actuales, en su caso.
- Determinar si los problemas requieren una evaluación adicional, aplicando las directrices estándar.
- Proporcionar instrucciones de primeros auxilios o indicaciones de urgencia en caso de crisis (p. ej., instrucciones de reanimación cardiopulmonar, instrucciones para el parto), utilizando directrices estándar.
- Mantenerse conectado mientras se contacta con los servicios de urgencia, según el protocolo del centro.
- Proporcionar instrucciones claras para el transporte al hospital, según sea necesario.
- Asesorar sobre las opciones de derivación e intervención.
- Proporcionar información sobre el régimen de tratamiento y las responsabilidades de autocuidado resultantes, según sea necesario, de acuerdo con el ámbito de la práctica y las directrices establecidas.
- Confirmar la comprensión de los consejos o instrucciones mediante la verbalización (p. ej., pedir que se repita lo que se ha dicho).
- Preguntar si hay algo que les impida seguir los consejos o indicaciones que se les han dado.
- Determinar la necesidad y establecer intervalos de tiempo para nuevas evaluaciones intermitentes.
- Documentar cualquier evaluación, consejo, instrucción u otra información dada a la persona, de acuerdo con las directrices especificadas.
- Determinar cómo se puede localizar a la persona o al familiar para devolver las llamadas telefónicas, según proceda.
- Documentar el permiso de devolución de llamada e identificar a las personas que pueden recibir información sobre la llamada.
- Organizar el seguimiento para determinar la disposición y documentar la disposición y la acción prevista de la persona, según sea necesario.
- Mantener la confidencialidad, según las directrices estatales y legales (p. ej., la mayoría de edad varía según el estado).
- Seguir las directrices legales (p. ej., las personas que viajan pueden estar fuera del estado en el que la enfermera tiene la licencia).
- Discutir y resolver llamadas problemáticas con ayuda de supervisores o colegas.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

American Academy of Ambulatory Care Nursing. (2018). *Scope and standards of practice for professional telehealth nursing* (6th ed.). Anthony J. Jannetti.

Erkelens, D. C., Rutten, F. H., Wouters, L. T., Dolmans, L. S., de Groot, E., Damoiseaux, R. A., & Zwart, D. L. (2020). Accuracy of telephone triage in patients suspected of transient ischemic attack or stroke: A cross-sectional study. *BMC Family Practice, 21*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12875-020-01334-3.

Montandon, D., Souza-Junior, V., Almeida, R., Marchi-Alves, L., Mendes, I., & Godoy, S. (2019). How to perform prehospital emergency telephone triage: A systematic review. *Journal of Trauma Nursing, 26*(2), 104-110.

Owens, S. J. (2017). Telephone triage in ophthalmology settings. *Insight: The Journal of the American Society of Ophthalmic Registered Nurses, 42*(3), 26-29.

Pirschel, C. (2018). How oncology nurses provide quality care through telephone triage. *Oncology Nursing Society VOICE, 33*(11), 24-28.

Wouters, L. T., Zwart, D. L., Erkelens, D. C., Huijsmans, M., Hoes, A. W., Damoiseaux, R. A., Rutten, F. H., & Groot, E. (2020). Tinkering and overruling the computer decision support system: Working strategies of telephone triage nurses who assess the urgency of callers suspected of having an acute cardiac event. *Journal of Clinical Nursing, 29*(7/8), 1175-1186. https://doi.org/10.1111/jocn.15168.

Vestir 1630

Definición: Ayudar a elegir, poner y quitar las ropas a una persona que no puede vestirse por sí misma.

Actividades:

- Tener en cuenta la cultura y la edad a la hora de favorecer actividades para vestirse.
- Programar el momento de vestirse o desvestirse cuando no esté fatigado, a menudo con el baño.
- Administrar analgesia, si es necesario.
- Dejar tiempo suficiente para prestar los cuidados.
- Preservar el pudor de la persona no desvistiéndola innecesariamente.
- Cerrar la puerta o correr las cortinas cuando se desvista a la persona.
- Mantener la habitación caliente para mayor comodidad.
- Identificar las áreas en las que la persona puede vestirse de forma independiente.
- Animar a hacer todo lo posible para aumentar la independencia y levantar la moral, según proceda.
- Hablar con la persona durante el proceso para disipar ansiedades y vergüenzas.
- Utilizar instrucciones claras y sencillas para las personas con déficit cognitivo.
- No precipitarse durante el procedimiento.
- Informar de la ropa disponible para la selección, proporcionando ropa personal según proceda.
- Favorecer la participación en la selección de la ropa.
- Proporcionar ropa en una zona accesible (p. ej., junto a la cama).
- Disponer la ropa en orden y colocarla al alcance de la mano.
- Estar disponible para ayudar a vestirse cuando sea necesario.
- Identificar las áreas en las que necesita ayuda para vestirse.
- Supervisar la capacidad de vestirse por sí mismo.
- Vestir una vez finalizada la higiene personal.
- Fomentar el uso de dispositivos y ayudas sencillas para vestirse (p. ej., bastón para vestirse, calzador de mango largo, aparato de mango largo para alcanzar objetos), según proceda.
- Vestir primero la extremidad más discapacitada, según proceda.
- Colocar la manga de la camisa lo más alta posible sobre el hombro del brazo afectado para facilitar el vestirse o desvestirse.
- Vestir con ropa no restrictiva, cómoda y holgada, según proceda.
- Ser suave en los movimientos y tirar de la ropa, no de la persona.
- Animar a llevar el tipo de ropa que se usa normalmente (p. ej., pijama en la cama, ropa interior y exterior cuando se está levantado), según corresponda.
- Elegir zapatos o zapatillas que favorezcan la marcha y la deambulación segura.
- Evitar los cierres en la espalda y las prendas ajustadas si limitan el movimiento de los brazos.
- Proporcionar ropa con bolsillo delantero por ser más accesible al sentarse.
- Utilizar sujetadores con cierre delantero para mujeres con manos artríticas o que se estén recuperando de un accidente cerebrovascular.
- Utilizar ropa de algodón siempre que sea posible para absorber mejor la transpiración.
- Ayudar con cordones, botones y cremalleras, según sea necesario.
- Utilizar equipo de extensión para tirar de la ropa, si procede.
- Colocar la ropa usada en el montón de la ropa sucia.
- Ofrecerse para colgar la ropa o colocarla en el vestidor.
- Ofrecerse para lavar las prendas especiales, como las medias de nailon.
- Reforzar los esfuerzos para vestirse solo.
- Prestar ayuda hasta que sea totalmente capaz de asumir la responsabilidad de vestirse solo.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2024

Bibliografía:

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Henshaw, C. J. (2021). Self-care and higiene. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (8th ed.). Wolters-Kluwer.

Esmail, A., Poncet, F., Auger, C., Rochette, A., Dahan-Oliel, N., Labbé, D., Kehayia, E., Billebaud, C., de Guise, É., Lessard, I., Ducharme, I., Vermeersch, O., & Swaine, B. (2020). The role of clothing on participation of persons with a physical disability: A scoping review. *Applied Ergonomics*, *85*, 103058.

Hawkins, B., Ventresco, C., Cummings, M., McCaffrey, K., Willwerth, A. J., Blume, E. D., & VanderPluym, C. (2022). Design and pilot testing of therapeutic clothing for hospitalized children. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 27(2), 1–8.

Hou, Y.-J., Zeng, S.-Y., Lin, C.-C., Yang, C.-T., Huang, H.-L., Chen, M.-C., Tsai, H.-H., Liang, J., & Shyu, Y.-I. L. (2022). Smart clothes-assisted home-nursing care program for family caregivers of older persons with dementia and hip fracture: a mixed-methods study. *BMC Geriatrics*, *22*(1), 1-10.

Keane, J. M., Franklin, N. F., & Vaughan, B. (2020). Simulation to educate healthcare providers working within residential age care settings: A scoping review. *Nurse Education Today*, *85*, 104228.

Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & LaPlante, N. (2021). *Clinical nursing skills and technique* (10th ed.). Mosby.

V

Vigilancia 6650

Definición: Monitorización, recopilación, interpretación y síntesis intencionada y continuada de información de forma presencial.

Actividades:

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

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

- Facilitar la realización y la interpretación de pruebas diagnósticas, incluidos los datos de laboratorio, según proceda.
- Monitorizar el equipo para mejorar la obtención de datos fiables.
- Notificar al profesional sanitario los cambios significativos.
- Iniciar o modificar el tratamiento de cuidados de salud para mantener los parámetros dentro de los límites prescritos por el profesional sanitario, utilizando protocolos establecidos o permanentes.
- Priorizar las acciones en función del estado.
- Consultar con el profesional sanitario cuando los datos indiquen que es necesario un cambio en el tratamiento.
- Analizar las órdenes del profesional sanitario junto con la afección para garantizar la seguridad.
- Obtener una consulta con el correspondiente profesional sanitario para iniciar un nuevo tratamiento o cambiar los tratamientos existentes.
- Proporcionar un entorno adecuado para obtener resultados deseables (p. ej., adecuar la competencia de la enfermera a las necesidades de cuidados, disponer de la proporción requerida de personas por enfermera, disponer de personal auxiliar adecuado, garantizar la continuidad de los cuidados).
- Explicar los resultados de las pruebas diagnósticas a la persona y a sus familiares.
- Implicar a la persona y a la familia en las actividades de seguimiento, según proceda.
- Facilitar la obtención de servicios interdisciplinares, según proceda.

1.ª edición 1992; revisada en 2004, 2013 y 2024

Bibliografía:

Jahrsdoerfer, M. (2019). Clinical Surveillance, a concept analysis: Leveraging real-time data and advanced analytics to anticipate patient deterioration. Bringing theory in practice. *Online Journal of Nursing Informatics (OJNI) HIMSS, 23*(1). https://www.himss.org/resources/clinical-surveillance-concept-analysis-leveraging-real-time-data-and-advanced-analytics-anticipate.

Milhomme, D., Gagnon, J., & Lechasseur, K. (2018). The clinical surveillance process as carried out by expert nurses in a critical care context: A theoretical explanation. *Intensive & Critical Care Nursing, 44*, 24-30. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.07.010.

Moreira, A. P. A., Escudeiro, C. L., Christovam, B., Silvino, Z. R., de Carvalho, M. F., Carlos, R., & da Silva, Lyra. (2017). Use of technologies in intravenous therapy: Contributions to a safer practice. *Revista Brasileira De Enfermagem, 70*(3), 595-601. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0216.623-629.

Peet, J., Theobald, K. A., & Douglas, C. (2022). Building safety cultures at the frontline: An emancipatory Practice Development approach for strengthening nursing surveillance on an acute care ward. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.), 31*(5/6), 642-656. https://doi.org/10.1111/jocn.15923.

Stotts, J. R., Lyndon, A., Chan, G. K., Bekmezian, A., & Rehm, R. S. (2020). Nursing surveillance for deterioration in pediatric patients: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing, 50*, 59-74. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.10.008.

Sun, C., & Cato, K. (2020). How much time do nurses spend using electronic devices at work. *Nursing Management (Springhouse), 51*(3), 22-29. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000651184.19361.4e.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2018). *Critical care nursing* (8th ed.). Elsevier. ISBN: 9780323447522.

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.
- Monitorizar los signos vitales maternos y fetales.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar 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.
- Monitorizar si hay signos de hipertensión inducida por el embarazo (hipertensión, cefalea, visión borrosa, náuseas, vómitos, alteraciones visuales, hiperreflexia, edema y proteinuria).
- Monitorizar los patrones de eliminación, según corresponda.
- Monitorizar 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 las órdenes.
- Proporcionar comodidad, si es necesario.
- Monitorizar el estado nutricional, según corresponda.
- Monitorizar 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*. http://www.midwife.org/ACNM/files/ACNMLibraryData/UPLOADFILENAME/000000000050/Core%20Comptencies%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.). Pearson.

Vigilancia: comunidad 6652

Definición: Monitorización, recopilación, interpretación, notificación y síntesis intencionada y continuada 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.
- Centrar la vigilancia en las necesidades de la comunidad identificadas por los organismos locales y los profesionales sanitarios (es decir, valoración de las necesidades sanitarias de la comunidad).
- Recoger datos que se deban notificar relacionados con situaciones sanitarias como, por ejemplo, enfermedades y lesiones.
- Implicar a los miembros de la comunidad en la recopilación de información sanitaria para las personas que tienen un acceso limitado o barreras a los servicios sanitarios.
- Establecer la frecuencia de la recogida y el análisis de los datos.
- Notificar los datos a la agencia correspondiente utilizando mecanismos de notificación estándar.
- Hacer seguimiento de los informes para asegurar la exactitud y la utilidad de la información.
- Utilizar los informes para reconocer la necesidad de recopilar, analizar e interpretar datos adicionales.
- Adaptar las herramientas y los métodos de recopilación de datos, elaboración de informes y comunicación.
- Enseñar la importancia del seguimiento del tratamiento de enfermedades contagiosas.
- Participar en el desarrollo de programas (p. ej., enseñanza, elaboración de políticas, grupos de presión), según estén asociados con la recogida y la notificación de datos de la comunidad.
- Proporcionar formación periódica, supervisión e incentivos para promover la sostenibilidad.
- Reforzar la vigilancia comunitaria para la sostenibilidad.
- Establecer mecanismos de retroalimentación y comunicación con la comunidad.
- Proporcionar informes periódicos sobre los beneficios observables para la comunidad.

3.ª edición 2000; revisada en 2024

Bibliografía:

Pusey-Reid, E., Quinn, L., & Foley, C. A. (2021). Review of COVID-19 for nurses. *MEDSURG. Nursing, 30*(5), 297-333.

Rector, C., & Stanley, M. J. (2022). *Community and public health nursing: Promoting the public's health* (10th ed.). Wolter Kluwer.

Smolinski, M., Crawley, A., Olsen, J., Jayaraman, T., & Libel, M. (2017). Participatory disease surveillance: Engaging communities directly in reporting, monitoring, and responding to health threats. *Journal of Medical Internet Research: Public Health Surveillance, 3*(4), e62. https://doi.org/10.2196/publichealth.7540.

St. John, J., Mayfield-Johnson, S. L., & Hernandex-Gordon, W. D. (2021). *Promoting the health of the community: Community health workers describing their roles, competencies and practice*. Springer.

Taylor, M. (2021). Advancing disease surveillance: Public Health Nursing and infectious disease epidemiology. *DNA Reporter, 46*(3), 14.

Technical Contributors to the June 2018 WHO meeting. (2019). A definition for community-based surveillance and a way forward: Results of the WHO global technical meeting, France, 26 to 28 June 2018. Euro Surveillance, 24(2). https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800681.

Tehrani, N., & Anderson-Cole, L. (2021). Screening and surveillance. *Occupational Health & Wellbeing, 73*(4), 18-21.

V

Vigilancia: monitorización con vídeo 6660

Definición: Monitorización continua de la actividad entre diferentes lugares para mejorar la seguridad.

Actividades:

- Determinar los motivos de la vigilancia con los profesionales sanitarios.
- Instruir sobre la finalidad, el proceso y los riesgos de la vigilancia por vídeo.
- Obtener el consentimiento por escrito.
- Limitar el acceso a los equipos de vigilancia y a los datos a personas formadas y autorizadas.
- Asegurarse de que los equipos tecnológicos son montados y conectados por personal autorizado y formado.
- Asegurarse de que todos los técnicos de vídeo y cuidadores tengan formación sobre los equipos y las respuestas a las actividades observadas.
- Proporcionar un informe a los técnicos de vídeo antes del comienzo de cada turno.
- Asegurarse de que el técnico de vídeo comprende el propósito de la monitorización (p. ej., riesgo de caídas, deterioro cognitivo, riesgo de fuga, posibilidad de convulsiones, abstinencia de sustancias, problemas de conducta).
- Responder a los informes del técnico de vídeo sobre actividades inseguras.
- Notificar a los técnicos de vídeo que no se comuniquen con la persona a través del micrófono de vídeo, sino que contacten primero con la enfermera, cuando las personas tengan dificultades de comunicación, confusión o delirium.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Instruir a los técnicos de vídeo para que avisen a la enfermera siempre que observen una actividad de riesgo.
- Proteger la intimidad (p. ej., desactivar la vigilancia cuando se presten cuidados, solicitar monitorización no grabada cuando sea posible, limitar el número de técnicos de vídeo).
- Documentar el uso de monitorización con vídeo, según las normas del centro.
- Determinar la necesidad de monitorización continua en cada turno y suspenderla cuando ya no sea necesaria.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Abbe, J. R., & O'Keeffe, C. (2021). Continuous video monitoring: Implementation strategies for safe patient care and identified best practices. *Journal of Nursing Care Quality, 36*(2), 137-142. https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000502.

Canfield, C., & Galvin, S. (2018). Bedside nurse acceptance of intensive care unit telemedicine presence. *Critical Care Nurse, 8*(6), e1-e4.

Kroll, D., Stanghellini, E., DesRoches, S., Lydon, C., Webster, A., O'Reilly, M., Hurwitz, S., Aylward, P., Cartright, J., McGrath, E., Delaporta, L., Meyer, A., Kristan, M., Falaro, L., Murphy, C., Karno, J., Pallin, D., Schaffer, A., Shah, S., & Lakatos, B. (2020). Virtual monitoring of suicide risk in the general hospital and emergency department. *General Hospital Psychiatry, 63*, 33-38.

Lambe, C. (2020). Providing safe virtual health care: Nurses must be fully aware of how to maintain patient safety and confidentiality when providing health care via a virtual platform. *Kai Tiaki Nursing New Zealand, 26*(9), 37.

Silven, A. V., Petrus, A., Villalobos-Quesada, M., Dirikgil, E., Oerlemans, C. R., Landstra, C. P., Boosman, H., van Os, H., Blanker, M. H., Treskes, R. W., Bonten, T. N., Chavannes, N. H., Atsma, D. E., & Teng, Y. (2020). Telemonitoring for patients with COVID-19: Recommendations for design and implementation. *Journal of Medical Internet Research, 22*(9), e20953. https://doi.org/10.2196/20953.

Vigilancia: monitorización remota 6658

Definición: Recogida, transmisión y evaluación de los datos sanitarios de un individuo mediante el uso de la tecnología.

Actividades:

- Determinar con el profesional sanitario los motivos del seguimiento.
- Asegurarse de que se obtienen los permisos y autorizaciones necesarios para la recopilación de datos.
- Avisar a la persona de cualquier riesgo derivado del método de vigilancia remota utilizado.
- Limitar el acceso a los equipos de vigilancia y a los datos de las personas al personal formado y autorizado.
- Asegurarse de que los equipos tecnológicos son montados y conectados por personal autorizado y formado.
- Asegurar el nivel de confort con el uso de la tecnología.
- Instruir sobre el uso de los equipos si está indicado (p. ej., dispositivos portátiles, dispositivos móviles, aplicaciones para teléfonos inteligentes).
- Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de los datos, según esté indicado.
- Instruir a la persona o al cuidador sobre su papel en la recogida de datos (p. ej., colocar el equipo, responder a las preguntas, registrar los datos a la misma hora todos los días).
- Asegurar la comprensión de la importancia de la transmisión de datos.
- Asegurarse de que los datos se obtienen de la persona siempre que sea posible (es decir, evitar que el cuidador hable por la persona o informe de los datos, si procede).
- Monitorizar la validez y fiabilidad de los datos recibidos.
- Determinar los riesgos para la salud a partir de la interpretación de los datos (p. ej., signos vitales, lecturas de glucosa, ECG), según proceda.
- Obtener información sobre la conducta y las rutinas habituales.
- Monitorizar el estado para detectar mejoras o deterioros.
- Colaborar y consultar con el cuidador principal, cuando sea necesario.
- Iniciar o cambiar el tratamiento prescrito por el profesional sanitario principal.
- Analizar las órdenes del cuidador principal junto con el estado actual de la persona para garantizar la seguridad.
- Explicar los resultados de las pruebas y las intervenciones.
- Solucionar los problemas de todos los equipos y sistemas para mejorar la obtención de datos fiables.
- Coordinar la colocación, sustitución o puesta a punto de equipos y suministros.
- Obtener la consulta del personal sanitario adecuado para iniciar un nuevo tratamiento o cambiar los tratamientos existentes, según esté indicado.
- Mantener la confidencialidad y la seguridad de los datos.
- Proporcionar a la persona acceso a sus propios datos, según proceda.
- Documentar las evaluaciones, los consejos, las instrucciones u otra información facilitada a la persona de acuerdo con las directrices especificadas.
- Determinar cómo se puede contactar con la persona o el familiar para una futura vigilancia, según proceda.
- Identificar o agregar datos que tengan implicaciones programáticas o poblacionales.

3.ª edición 2000; revisión en 2024

Bibliografía:

Jahrsdoerfer, M. (2019). Clinical surveillance, a concept analysis: Leveraging real-time data and advanced analytics to anticipate patient deterioration. Bringing theory in practice. *Online Journal of Nursing Informatics (OJNI) HIMSS, 23*(1). https://www.himss.org/resources/clinical-surveillance-concept-analysis-leveraging-real-time-data-and-advanced-analytics-anticipate.

Kay, R., Rosen, M., & Ron, R. (2020). Digitally-enabled remote care for cancer patients: Here to stay. *Seminars in Oncology Nursing, 36*, 1-6.

Lambe, C. (2020). Providing safe virtual health care: Nurses must be fully aware of how to maintain patient safety and confidentiality when providing health care via a virtual platform. *Kai Tiaki Nursing New Zealand, 26*(9), 37.

Nieman, C. L., & Oh, E. S. (2020). Connecting with older adults via telemedicine. *Annals of Internal Medicine, 173*(10), 831-832. https://doi.org/10.7326/M20-1322.

Speyer, R., Denman, D., Wilkes-Gillan, S., Chen, Y., Bogaardt, H., Kim, J., Heckathorn, D., & Cordier, R. (2018). Effects of telehealth by allied health professionals and nurses in rural and remote areas: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitative Medicine, 50*, 225-235.

Vigilancia de la piel 3590

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).
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
- Monitorizar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.
- Monitorizar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Monitorizar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Monitorizar si hay zonas de presión y fricción.
- Monitorizar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Observar si la ropa queda ajustada.
- Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales).
- Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de 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 for disease in adults and children* (5th ed.). Mosby.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.). Elsevier Mosby.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Fundamentals of nursing* (6th ed.). Mosby.

Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P., & Lynn, P. (2008). *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care* (6th ed.). Lippincott Williams and Wilkins.

Titler, M., Pettit, D., Bulechek, G., McCloskey, J., Craft, M., Cohen, M., Crossley, J. D., Denehy, J. A., Glick, O. J., Kruckeberg, T. W., Maas, M. L., Prophet, C. M., & Tripp-Reimer, T. (1991). Classification of nursing interventions for care of the integument. *Nursing Diagnosis, 2*(2), 45-56..

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan, critical care nursing: Diagnosis and management* (5th ed.). Mosby Elsevier.

Visitas domiciliarias de apoyo 5328

Definición: Escucha 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. https://doi.org/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). 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.

V

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Visualización guiada 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. (1999). Fitzpatrick (Ed.), *Annual review of nursing research* (Vol. 17, pp. 57-84). 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). 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). Mosby.

Post-White, J. (1998). Imagery. In M. Snyder, & R. Lindquist (Eds.), *Complementary/Alternative therapies in nursing* (3rd ed., pp. 103-122). 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.

V

Yoga 6050

Definición: Orientación de un individuo o grupo para realizar movimientos físicos repetitivos, posturas, meditación, respiración y técnicas de relajación.

Actividades:

- Evaluar la disposición y la capacidad funcional para practicar yoga.
- Explorar para detectar contraindicaciones que limiten o prohíban la participación (p. ej., trombosis venosa profunda, cirugía de la columna vertebral, inflamación, zonas con lesiones abiertas).
- Describir los tipos de yoga, incluidos los beneficios y los límites de cada tipo (p. ej., yin, caliente, aéreo, prenatal, barre, ashtanga).
- Identificar el propósito u objetivo personal y mutuo (p. ej., aumentar la conciencia, la flexibilidad, la empatía, la relajación, la reducción del estrés).
- Seleccionar la rutina y el estilo de yoga para alcanzar los objetivos.
- Seleccionar las zonas específicas del cuerpo a las que se dirigirán los movimientos.
- Crear un espacio tranquilo, cómodo y privado.
- Proporcionar una esterilla de yoga y música adecuada.
- Limitar las distracciones innecesarias (p. ej., luz, ruido, visitas).
- Recomendar que se lleve ropa cómoda sin elementos restrictivos (p. ej., cinturón, zapatos).
- Evitar comer 2 horas antes del entrenamiento.
- Evitar beber agua durante la práctica.
- Explicar qué alimentos pueden ingerirse antes de la práctica en caso necesario (p. ej., alimentos de fácil digestión, hidratos de carbono integrales, alimentos ricos en proteínas).
- Permitir la modificación de las posturas y el uso de accesorios (p. ej., mantas, sillas) para aquellos que se beneficiarían de las modificaciones (p. ej., embarazadas, adultos mayores).
- Ayudar a alcanzar una posición inicial cómoda centrándose en el equilibrio.
- Alentar a centrarse en uno mismo (p. ej., concentrarse con pocas respiraciones profundas, enfocar la conciencia del yo interior, relajar la mente y el cuerpo, sintonizar con la energía de la tierra).
- Discutir los componentes básicos del yoga (p. ej., ejercicios iniciales de respiración, diversas posturas para el fortalecimiento, la flexibilidad y el equilibrio, período meditativo final).
- Instruir sobre ejercicios iniciales de respiración (p. ej., conciencia del patrón actual, postura y relación con la respiración, cambios estructurales en la inhalación, contracción de los músculos durante la exhalación, patrón suave, centrarse en la respiración cuando la atención se desvía).
- Aconsejar mirar fijamente a un punto fijo o cerrar los ojos.
- Fomentar la concentración y el enfoque del patrón respiratorio a cualquier región con dolor o malestar.
- Instruir sobre técnicas de posturas (p. ej., garantizar 15 minutos de posturas, mezclar posturas [de pie, sentado, de rodillas, supino, prono], alternar con un período de relajación).
- Reconocer algunos dolores y molestias que a menudo son inevitables durante las posturas.
- Fomentar las flexiones hacia delante, hacia atrás y laterales, las torsiones, las inversiones y los equilibrios durante las transiciones de posturas.
- Terminar la sesión con la postura Savasana (es decir, tumbarse boca arriba, colocar los pies sobre la esterilla en posición abierta y relajada, relajar los brazos a unos centímetros del cuerpo con las palmas hacia arriba, meter la barbilla hasta la mitad hacia el pecho para alargar la nuca, cerrar los ojos, respirar profundamente centrándose en soltar la energía gastada).
- Determinar la capacidad para aumentar la frecuencia y duración de la práctica e integrarla en las rutinas diarias.
- Fomentar el aumento del tiempo de meditación mediante un breve intervalo cada vez que se practique y la integración en sesiones regulares.
- Identificar las condiciones que causan malestar antes y después (p. ej., fatiga, estado de alerta, estrés, presencia de otras personas).
- Monitorizar las respuestas físicas, sociales, mentales, emocionales y espirituales durante la sesión.
- Proporcionar retroalimentación relacionada con el trabajo energético en términos comprensibles.
- Alentar a centrarse en lo que se puede hacer, no en las deficiencias.
- Utilizar la actividad demostrativa para asegurar la comprensión.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Bukar, N. K., Eberhardt, L. M., & Davidson, J. (2019). East meets west in psychiatry: Yoga as an adjunct therapy for management of anxiety. *Archives of Psychiatric Nursing*, *33*(4), 371-376.

Kupershmidt, S., & Barnable, T. (2019). Definition of a yoga breathing (Pranayama) protocol that improves lung function. *Holistic Nursing Practice*, *33*(4), 197-203.

Malarvizhi, M., Maheshkumar, K., Bhavani, M., & Hariprasad, B. (2019). Effect of 6 months of yoga practice on quality of life among patients with asthma: A randomized control trial. *Advances in Integrative Medicine*, *6*(4), 163-166. https://doi.org/10.1016/j.aimed.2018.12.001.

Mascaro, J. S., Waller, A. V., Wright, L., Leonard, T., Haack, C., & Waller, E. K. (2019). Individualized, single session yoga therapy to reduce physical and emotional symptoms in hospitalized hematological cancer patients. *Integrative Cancer Therapies*, *18*, 1-8. https://doi.org/10.1177/1534735419861692.

Stephens, M. (2017). *Yoga therapy: Foundations, methods, and practices for common ailments*. North Atlantic Books.

Wiles, A. K., Van Puymbroeck, M., Crowe, B. M., & Schmid, A. A. (2021). An investigation into the use of yoga in recreational therapy practice. *Therapeutic Recreation Journal*, *55*(1), 78-96. https://doi.org/10.18666/TRJ--2021-V55-I1-10145.

Y

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Yoga de la risa

5930

Definición: Uso de la risa voluntaria y prolongada asistida por cánticos y ejercicios como batir palmas, meditación, movimientos corporales y estiramientos.

Actividades:

- Evaluar la preparación y la voluntad del individuo o del grupo.
- Identificar objetivos conjuntos y cambios específicos deseados en la conducta o la fisiología con el individuo (p. ej., reducción del estrés, aumento de la sensación de bienestar, disminución del dolor, mejora de la calidad del sueño).
- Proporcionar un entorno tranquilo, cómodo y privado para garantizar el confort personal.
- Determinar la frecuencia y duración de las sesiones (p. ej., normalmente 25-30 minutos).
- Obtener el consentimiento, según esté indicado.
- Empezar con 10 minutos de ejercicios de calentamiento (p. ej., respiración abdominal profunda, estiramientos corporales, estiramientos suaves de cuello y hombros, sonreír para aflojar los músculos de la cara).
- Variar el calentamiento con estiramientos, sonidos y movimientos adicionales (p. ej., rugido de león con risa abdominal, palmadas rítmicas con palabras cantadas, respiración profunda utilizando el abdomen para llenar los pulmones).
- Seguir el calentamiento con 15 minutos de actividad física (p. ej., utilizar la mano izquierda para dar cinco golpecitos desde el hombro hasta la muñeca en el lado derecho y repetir en el lado izquierdo; a continuación dar cinco golpecitos en ambas piernas) mientras se canta repetidamente.
- Asegurar la repetición del canto con actividad física, y aumentar progresivamente el golpeteo y el canto.
- Incrementar la actividad lentamente para incluir ejercicios lúdicos (p. ej., cantar una canción sin sentido y reírse después de cada verso, bailar por la habitación mientras se ríe, simular una situación y reírse durante o al final).
- Animar a la persona a realizar ejercicios de respiración profunda durante toda la sesión.
- Incorporar varias risas exuberantes y divertidas con movimientos.
- Demostrar movimientos y risas si es necesario para facilitar la comprensión.
- Fomentar sentimientos alegres y un estado de ánimo optimista utilizando actividades alegres (p. ej., pedir deseos y alegrarse como si los deseos se hubieran hecho realidad).
- Interrumpir la sesión inmediatamente si alguien se siente incómodo o tiene dolor.
- Utilizar la relajación corporal, la sonrisa y la respiración profunda en los últimos 5 minutos.
- Monitorizar las respuestas físicas, sociales, mentales, emocionales y espirituales.

8.ª edición 2024

Bibliografía:

Bressington, D., Yu, C., Wong, W., Ng, T. C., & Chien, W. T. (2018). The effects of group-based laughter yoga interventions on mental health in adults: A systematic review. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, 25*(8), 517-527. https://doi.org/10.1111/jpm.12491.

Kuru Alici, N., & Arikan Dönmez, A. (2020). A systematic review of the effect of laughter yoga on physical function and psychosocial outcomes in older adults. *Complementary Therapeutic Clinical Practices, 41*, 101252. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101252.

Memarian, A., Sanatkaran, A., & Bahari, S. M. (2017). The effect of laughter yoga exercises on anxiety and sleep quality in patients suffering from Parkinson's disease. *Biomedical Research and Therapy, 4*(7), 1463-1479. https://doi.org/10.15419/bmrat.v4i07.200.

Rezaei, S., Mahfeli, M., Mousavi, S. V., & Poorabolghasem Hosseini, S. (2019). The effect of laughter yoga on the quality of life of elderly nursing home residents. *Caspian Journal of Neurological Science, 5*(1), 7019. http://cjns.gums.ac.ir/article-1-254-en.html.

Shattla, S. I., Mabrouk, S. M., & Abed, G. A. (2019). Effectiveness of laughter yoga therapy on job burnout syndromes among psychiatric nurses. *International Journal of Nursing, 6*(1), 33-47.

Tanaka, A., Tokuda, N., & Ichihara, K. (2018). Psychological and physiological effects of laughter yoga sessions in Japan: A pilot study. *Nursing in Health Sciences, 20*(3), 304-312. https://doi.org/10.1111/nhs.12562.

van der Wal, N., & Kok, R. N. (2019). Laughter-inducing therapies: Systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine, 232*, 473-488. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.018.

CUARTA PARTE

Intervenciones centrales según especialidades de enfermería

Intervenciones centrales según especialidades de enfermería

En este apartado se enumeran alfabéticamente las intervenciones centrales para 57 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 enfermeras pertenecientes a organizaciones especializadas a las que se pidió que validaran si era adecuada para usarla. 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 desastres, Enfermería de salud para viajes, Enfermería informática y Enfermería legal. La lista completa de las 57 especialidades para las que se han identificado las intervenciones centrales es la siguiente:

1. Anestesiología enfermera/enfermería de cuidados postanestésicos
2. Enfermería de adicciones
3. Enfermería de campamentos recreativos
4. Enfermería de cirugía plástica
5. Enfermería de comunidad de fe
6. Enfermería de control de infecciones y epidemiología
7. Enfermería de cuidados ambulatorios
8. Enfermería de cuidados de pacientes con VIH/SIDA
9. Enfermería de cuidados intensivos
10. Enfermería de cuidados paliativos y terminales
11. Enfermería de cuidados penitenciarios
12. Enfermería de dermatología
13. Enfermería de desastres
14. Enfermería de diabetes
15. Enfermería de discapacidad del desarrollo
16. Enfermería de heridas, ostomías y continencia
17. Enfermería de infusión intravenosa
18. Enfermería de lesiones de la médula espinal
19. Enfermería de manejo del dolor
20. Enfermería de nefrología
21. Enfermería de neurociencias
22. Enfermería de otorrinolaringología y cabeza/cuello
23. Enfermería de quemaduras
24. Enfermería de rehabilitación
25. Enfermería de salud de la mujer
26. Enfermería de salud domiciliaria
27. Enfermería de salud laboral
28. Enfermería de salud para viajes
29. Enfermería de salud pública/comunitaria
30. Enfermería de salud universitaria
31. Enfermería de trasplantes
32. Enfermería de urgencias
33. Enfermería de violencia doméstica
34. Enfermería de vuelo
35. Enfermería escolar
36. Enfermería forense
37. Enfermería gastroenterológica
38. Enfermería genética
39. Enfermería gerontológica
40. Enfermería hematológica/oncológica pediátrica
41. Enfermería holística
42. Enfermería informática
43. Enfermería legal
44. Enfermería matrona
45. Enfermería médico-quirúrgica
46. Enfermería neonatal
47. Enfermería obstétrica
48. Enfermería oftalmológica
49. Enfermería oncológica
50. Enfermería pediátrica
51. Enfermería perioperatoria
52. Enfermería psiquiátrica/salud mental
53. Enfermería psiquiátrica de niños y adolescentes
54. Enfermería radiológica
55. Enfermería traumatológica
56. Enfermería urológica
57. Enfermería vascular

La identificación de las intervenciones centrales por especialidad ayuda para comunicar la naturaleza de la enfermería en distintas áreas prácticas. El listado de intervenciones centrales por áreas especializadas de práctica es muy útil para el desarrollo de sistemas de información, programas de educación del personal, evaluación de competencia del personal, redes de

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

derivación, exámenes de certificación o concesión de licencia, currículos educativos, investigación y 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, así como el envío de nuevas organizaciones de especialidades a medida que surjan.

Anestesiología enfermera/enfermería de cuidados postanestésicos

- 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 la vía aérea
- Autotransfusión
- Ayuda a la ventilación
- Cambio de posición: intraoperatorio
- Colaboración con otros profesionales sanitarios
- Comprobación de sustancias controladas
- Control de calidad
- Control de infecciones: intraoperatorio
- Coordinación preoperatoria
- Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico
- Cuidados de los ojos
- Cuidados en la emergencia
- Cuidados postanestesia
- Derivación
- Documentación
- Enseñanza: preoperatoria
- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)
- Extubación endotraqueal
- Flebotomía: donación de sangre
- Flebotomía: muestra de sangre venosa
- Identificación del paciente
- Inducción e intubación en secuencia rápida
- 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 hipotermia
- 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 la vía aérea artificial
- Manejo de las náuseas
- Manejo de líquidos
- Manejo del acceso venoso central: inserción central
- Manejo del acceso venoso central: inserción periférica
- Manejo del desfibrilador: externo
- Manejo del desfibrilador: interno
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del equilibrio ácido-base
- 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 ácido-base
- Monitorización respiratoria
- Oxigenoterapia
- Precauciones con el láser
- Precauciones en la alergia al látex
- Precauciones en la hipertermia maligna
- Precauciones quirúrgicas
- Preparación quirúrgica
- Prescripción: pruebas diagnósticas
- Prescripción de medicación
- Punción arterial: muestra de sangre arterial
- Punción intravenosa (i.v.)
- Reanimación
- Reposición de líquidos
- Terapia de inducción de hipotermia
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Triaje: centro de urgencias

Enfermería de adicciones

- Acuerdo sobre la conducta
- Administración de medicación
- Apoyo espiritual
- Asesoramiento
- Ayuda para dejar de fumar
- Ayuda para el control de la ira
- Cribado de salud
- Dar esperanza
- Derivación
- Educación para la salud
- Elogio
- Enseñanza: grupo

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Enseñanza: relaciones sexuales seguras
- Entrenamiento de la asertividad
- Entrenamiento en salud
- Entrenamiento para controlar los impulsos
- Escucha activa
- Establecimiento de límites
- Facilitación de la autorresponsabilidad
- Facilitación de la superación de la culpa
- Facilitación del perdón
- 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 apaciguamiento
- Manejo del delirium
- Manejo del dolor: crónico
- Mediación de conflictos
- Mejora de la autoconciencia
- Mejora de la autoestima
- Mejora de la socialización
- Mejora de las aptitudes para la vida diaria
- Mejora del afrontamiento
- Modificación de la conducta: habilidades sociales
- Monitorización de los signos vitales
- Muestra de sangre capilar
- Orientación anticipatoria
- Planificación para el alta
- Precauciones contra fugas
- Prevención de las recidivas
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Registro corporal
- Restricción química
- Terapia de entretenimiento
- Terapia de grupo
- Terapia familiar
- Tratamiento del consumo de sustancias nocivas
- Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: abstinencia de las drogas
- Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: abstinencia del alcohol
- Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: sobredosis

Enfermería de campamentos recreativos

- Administración de medicación: oral
- Aplicación de calor o frío
- Apoyo emocional
- Asesoramiento
- Consulta mediante telecomunicación
- Control de infecciones
- Cuidados de las heridas
- Cuidados en la emergencia
- Derivación
- Disminución de la ansiedad
- Disminución de la hemorragia
- Documentación
- Enseñanza: desarrollo en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: desarrollo del adolescente (12-21 años)
- Enseñanza: nutrición en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: nutrición del adolescente (12-21 años)
- Enseñanza: prevención de las lesiones deportivas
- Enseñanza: seguridad en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: seguridad del adolescente (12-21 años)
- Establecimiento de límites
- Humor
- Identificación de riesgos
- Manejo de la alergia
- Manejo de la hipertermia
- Manejo de la medicación
- Manejo del dolor: agudo
- Mediación de conflictos
- Mejora de las aptitudes para la vida diaria
- Modificación de la conducta: habilidades sociales
- Monitorización de los signos vitales
- Prevención del suicidio
- Primeros auxilios
- Vigilancia de la piel

Enfermería de cirugía plástica

- Administración de analgésicos
- Administración de medicación
- Administración de medicación: disco intraocular
- 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 de las heridas: protección
- Cuidados del sitio de incisión
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: preoperatoria
- Identificación del paciente

- Información preparatoria: sensorial
- Llevar un diario
- Manejo de la instrumentación quirúrgica
- Manejo de la sedación
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del prurito
- Mejora de la imagen corporal
- Mejora del 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
- Visualización guiada

Enfermería de comunidad de fe

- Apoyo a la familia
- Apoyo al cuidador
- 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
- Clarificación de valores
- Consulta mediante telecomunicación
- Contacto
- Dar esperanza
- Derivación
- Disminución del estrés por traslado
- Educación para la salud
- Enseñanza: grupo
- Enseñanza: individual
- Escucha activa
- Facilitación de la justicia social
- Facilitación de la superación de la aflicción
- Facilitación de la superación de la culpa
- Facilitación del crecimiento espiritual
- Facilitación del perdón
- Favorecimiento de la integridad familiar
- Favorecimiento de la resiliencia
- Favorecimiento de la resiliencia: comunidad
- Humor
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Intervención en caso de crisis
- Manejo ambiental: comunidad
- Manejo de la medicación
- Mejora de la alfabetización en salud
- Mejora de la socialización
- Mejora de la práctica religiosa
- Mejora del afrontamiento
- Negociación de cuidados culturales
- Orientación anticipatoria
- Orientación en el sistema sanitario
- Presencia
- Terapia de la adicción a la religión
- Vigilancia
- Visitas domiciliarias de apoyo

Enfermería de control de infecciones y epidemiología

- Control de calidad
- 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: control de infecciones
- Enseñanza: relaciones sexuales seguras
- Evaluación de productos
- Facilitación de la cuarentena
- Facilitación del aprendizaje
- Facilitación del distanciamiento físico
- Gestión del protocolo de investigación
- Identificación de riesgos
- Identificación de riesgos: enfermedades infecciosas
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo de enfermedades transmisibles
- Manejo de la vacunación
- Precauciones en la alergia al látex
- Precauciones en la neutropenia
- Precauciones en pandemias
- Preparación ante el bioterrorismo
- Protección contra las infecciones
- Protección de riesgos ambientales
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Seguimiento de la política sanitaria
- Vigilancia

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Enfermería de cuidados ambulatorios

- Administración de medicación: intradérmica
- Administración de medicación: intramuscular (i.m.)
- Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- Administración de medicación: oral
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento nutricional
- Ayuda en el acceso a la historia clínica electrónica
- Ayuda en la exploración
- Colaboración con otros profesionales sanitarios
- Consulta mediante telecomunicación
- Cribado de salud
- Cribado visual
- Cuidados de las heridas: protección
- Delegación
- Derivación
- Disminución de la ansiedad
- Documentación
- Documentación: reuniones
- Educación para la salud
- Enseñanza: desarrollo del lactante (0-3 meses)
- Enseñanza: desarrollo del lactante (4-6 meses)
- Enseñanza: desarrollo del lactante (7-9 meses)
- Enseñanza: desarrollo del lactante (10-12 meses)
- Enseñanza: desarrollo en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: desarrollo en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: desarrollo del adolescente (12-21 años)
- Enseñanza: dieta prescrita
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: nutrición en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: nutrición en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: nutrición del adolescente (12-21 años)
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Enseñanza: seguridad en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: seguridad en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: seguridad del adolescente (12-21 años)
- Entrenamiento en salud
- Gestión de casos
- Identificación de riesgos
- Manejo de la medicación
- Manejo de la vacunación
- Mejora de la alfabetización en salud
- Mejora del afrontamiento
- Modificación de la conducta
- Monitorización de los signos vitales
- Muestra de sangre capilar
- Orientación en el sistema sanitario
- Prescripción: pruebas diagnósticas
- Prescripción: tratamiento no farmacológico
- Prescripción de medicación
- Pruebas diagnósticas en el punto de atención
- Seguimiento tras el alta
- Supervisión del personal
- Terapia hormonal para personas transgénero
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Transporte: entre centros
- Triaje: centro de urgencias
- Triaje: telecomunicación
- Vigilancia

Enfermería de cuidados de pacientes con VIH/SIDA

- Administración de medicación
- Apoyo a la familia
- Apoyo al cuidador
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento
- Autorización de seguros
- Ayuda con el autocuidado
- Ayuda con recursos económicos
- Clarificación de valores
- Conciliación de medicación
- Control de infecciones
- Cribado de salud
- 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: procedimientos o tratamientos
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Entrenamiento de la memoria
- Facilitación de la justicia social
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Favorecimiento de la integridad familiar
- Favorecimiento de la resiliencia
- Favorecimiento de la resiliencia: comunidad
- Favorecimiento del ejercicio
- Gestión de casos
- Identificación de riesgos: enfermedades infecciosas
- Manejo de electrólitos
- Manejo de enfermedades transmisibles
- Manejo de la diarrea
- Manejo de la energía
- Manejo de la hipertermia
- Manejo de la medicación
- Manejo de la medicación: cannabis medicinal
- Manejo de las náuseas
- Manejo de líquidos
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del equilibrio ácido-base
- Manejo del estado de ánimo
- Mejora de la capacidad funcional
- Mejora del afrontamiento
- Monitorización de electrólitos
- Monitorización de líquidos
- Monitorización de los signos vitales
- Orientación en el sistema sanitario
- Precauciones en la neutropenia
- Protección contra las infecciones
- Protección de los derechos del paciente
- Reestructuración cognitiva
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados

Enfermería de cuidados intensivos

- Administración de analgésicos
- Administración de medicación
- Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- Apoyo al cuidador
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Aspiración de la vía aérea
- Cambio de posición
- Cambio de posición: decúbito prono
- Colaboración con otros profesionales sanitarios
- Cuidados cardíacos: agudos
- Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico
- Cuidados en el duelo
- Delegación
- Destete de la ventilación mecánica
- Disminución de la ansiedad
- Documentación
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- Extubación endotraqueal: paliativa
- Facilitación de la presencia de la familia
- Facilitación de las visitas
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Inducción e intubación en secuencia rápida
- Manejo de electrólitos
- Manejo de la parada cardiorrespiratoria
- Manejo de la sedación
- Manejo de la tecnología
- Manejo de la terapia trombolítica
- Manejo de la termorregulación
- 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 la vía aérea artificial
- Manejo de las náuseas
- Manejo de líquidos
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo del acceso venoso central: inserción central
- Manejo del acceso venoso central: inserción periférica
- 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 shock: sepsis
- Manejo del vómito
- Monitorización de electrólitos
- Monitorización de la presión intracraneal (PIC)
- Monitorización de líquidos
- Monitorización de los signos vitales
- Monitorización del equilibrio ácido-base
- Monitorización hemodinámica invasiva
- Monitorización neurológica
- Monitorización respiratoria
- Oxigenoterapia
- Planificación anticipada de los cuidados
- Planificación para el alta
- Prevención del reingreso
- Protección de los derechos del paciente
- Regulación de la temperatura
- Regulación hemodinámica
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Terapia mediante oxigenación con membrana extracorpórea
- Transporte: dentro del centro
- Transporte: entre centros

Enfermería de cuidados paliativos y terminales

- Administración de analgésicos
- Administración de medicación: infusión subcutánea continua
- Apoyo al cuidador
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Apoyo espiritual
- Aromaterapia
- Ayuda con el autocuidado
- Ayuda con recursos económicos
- Cambio de posición
- Clarificación de valores
- Consulta mediante telecomunicación
- Contacto
- Cuidados de relevo
- Cuidados del paciente encamado
- Cuidados en el duelo
- Cuidados en la agonía
- Desprescripción de medicación
- Disminución de la ansiedad
- Escucha activa
- Extubación endotraqueal: paliativa
- Facilitación de la superación de la aflicción
- Facilitación de las visitas
- Facilitación del perdón
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Favorecimiento de la integridad familiar
- Fitoterapia
- 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 medicación: cannabis medicinal
- Manejo de la nutrición
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo del delirium
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del estreñimiento
- Manejo intestinal
- Mejora de la práctica religiosa

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Mejora de los sistemas de apoyo
- Mejora del afrontamiento
- Mejora del sueño
- Monitorización neurológica
- Monitorización respiratoria
- Orientación anticipatoria
- Orientación en el sistema sanitario
- Planificación anticipada de los cuidados
- Presencia
- Prevención de las lesiones por presión
- Protección de los derechos del paciente
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Tacto curativo
- Terapia de reminiscencia
- Vigilancia de la piel

Enfermería de cuidados penitenciarios

- Acompañamiento físico
- Acuerdo sobre la conducta
- Administración de medicación
- Apoyo emocional
- Asesoramiento
- Ayuda para el control de la ira
- Cribado de salud
- Cuidados de las heridas
- Cuidados en la emergencia
- Dar esperanza
- Derivación
- Desarrollo de interacciones empáticas
- Desarrollo de un programa
- Elogio
- Enseñanza: grupo
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: relaciones sexuales seguras
- Escucha activa
- Establecimiento de límites
- Facilitación del perdón
- Favorecimiento de la integridad familiar
- Humor
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Manejo ambiental: prevención de la violencia
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo del apaciguamiento
- Mejora de las aptitudes para la vida diaria
- Mejora del afrontamiento
- Negociación de cuidados culturales
- Presencia
- Prevención de las recidivas
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Prevención del suicidio
- Primeros auxilios
- Protección de riesgos ambientales
- Registro corporal
- Restricción de zonas de movimiento
- Seguimiento de la política sanitaria
- Tratamiento del consumo de sustancias nocivas
- Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: abstinencia de las drogas
- Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: abstinencia del alcohol
- Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: sobredosis
- Vigilancia
- Vigilancia de la piel

Enfermería de dermatología

- Administración de medicación: cutánea
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asistencia quirúrgica
- Ayuda en la exploración
- Colaboración con otros profesionales sanitarios
- Consulta mediante telecomunicación
- Control de infecciones
- Cribado de salud
- Cuidados de la piel: productos absorbentes
- 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 lesiones por presión
- Cuidados del sitio de incisión
- Documentación
- Educación para la salud
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Facilitación de la autorresponsabilidad
- Facilitación del aprendizaje
- Fototerapia: piel
- Irrigación de heridas
- Manejo ambiental: comunidad
- Manejo del prurito
- Mejora de la imagen corporal
- Mejora de los sistemas de apoyo
- Mejora del afrontamiento
- Modificación de la conducta
- Precauciones con el láser
- Vigilancia de la piel

Enfermería de desastres

- Apoyo emocional
- Apoyo espiritual
- Asesoramiento
- Cribado de salud
- Cuidados de enfermería al ingreso
- Cuidados en la emergencia
- Dar esperanza
- Defensa de la salud de la comunidad
- Desarrollo de la salud de la comunidad
- Facilitación de la cuarentena
- Facilitación de la justicia social
- Facilitación de la presencia de la familia
- Facilitación de la superación de la aflicción
- Favorecimiento de la resiliencia: comunidad
- Grupo de apoyo
- Identificación de riesgos
- Intervención en caso de crisis
- Manejo ambiental: comunidad
- Manejo ambiental: seguridad
- Mejora de los sistemas de apoyo
- Mejora del afrontamiento
- Precauciones en pandemias
- Preparación ante el bioterrorismo
- Preparación para una catástrofe en la comunidad
- Primeros auxilios
- Protección de riesgos ambientales
- Seguimiento de la política sanitaria
- Técnica de relajación
- Terapia del trauma: niño
- Transferencia
- Triaje: catástrofe en la comunidad
- Triaje: centro de urgencias
- Triaje: telecomunicación

Enfermería de diabetes

- Acuerdo sobre la conducta
- Administración de medicación: infusión subcutánea continua
- Apoyo al cuidador
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento nutricional
- Ayuda con recursos económicos
- Ayuda para dejar de fumar
- Ayuda para perder peso
- Consulta mediante telecomunicación
- Control de infecciones
- Cribado de salud
- Cuidados de las amputaciones
- Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización
- Cuidados de las lesiones por presión
- Cuidados de los pies
- Educación para la salud
- Enseñanza: dieta prescrita
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Entrenamiento en salud
- Establecimiento de objetivos comunes
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Favorecimiento 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 medicación: dispositivo de infusión portátil
- Manejo de la nutrición
- Manejo del peso
- Monitorización de las extremidades inferiores
- Monitorización nutricional
- Orientación en el sistema sanitario
- Prevención de las lesiones por presión
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Seguimiento tras el alta
- Vigilancia de la piel

Enfermería de discapacidad del desarrollo

- Administración de medicación
- Apoyo en la protección contra abusos
- Ayuda con el autocuidado
- Ayuda con recursos económicos
- Consulta mediante telecomunicación
- Control de infecciones
- Cribado de salud
- Cuidados del adolescente
- Cuidados del niño
- Disminución de la ansiedad
- Disminución del estrés por traslado
- Documentación
- Educación para la salud
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: relaciones sexuales seguras
- Entrenamiento en salud
- Facilitación de la justicia social
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Favorecimiento de la normalización
- Gestión de casos
- Identificación de riesgos: genéticos
- Informe de incidencias

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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 apaciguamiento
- Manejo del peso
- Manejo intestinal
- Mejora de la alfabetización en salud
- Mejora de la capacidad funcional
- Mejora de la comunicación: déficit auditivo
- Mejora de la comunicación: déficit del habla
- Mejora de la comunicación: déficit visual
- Mejora de las aptitudes para la vida diaria
- Mejora del desarrollo: lactantes
- Modificación de la conducta: habilidades sociales
- Precauciones en la aspiración
- Precauciones en las convulsiones
- Protección de los derechos del paciente
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Seguimiento tras el alta
- Supervisión del personal

Enfermería de heridas, ostomías y continencia

- Administración de medicación: cutánea
- Apoyo emocional
- Ayuda con el autocuidado
- Control de infecciones
- 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 piel: productos absorbentes
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización
- Cuidados de las heridas: protección
- Cuidados de las lesiones por presión
- Cuidados del sitio de incisión
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Manejo de electrólitos
- Manejo de la eliminación urinaria
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del equilibrio ácido-base
- Masaje abdominal
- Monitorización de las extremidades inferiores
- Prevención de las lesiones por presión
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Sondaje vesical: externo
- Vigilancia de la piel

Enfermería de infusión intravenosa

- Administración de analgésicos: intraespinal
- Administración de hemoderivados
- Administración de medicación: infusión subcutánea continua
- 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
- Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)
- Control de calidad
- Control de infecciones
- Cuidados del drenaje: umbilical
- Cuidados del drenaje: ventriculostomía/lumbar
- Educación para la salud
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- Evaluación de productos
- Flebotomía: donación de sangre
- Flebotomía: muestra de sangre venosa
- Gestión de la cadena de suministro
- 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 hiperglucemia
- Manejo de la hipertensión
- Manejo de la hipervolemia
- Manejo de la hipotensión
- Manejo de la hipotermia
- Manejo de la hipovolemia
- Manejo de la medicación: dispositivo de infusión portátil
- 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 del acceso venoso central: inserción central
- Manejo del acceso venoso central: inserción periférica
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del equilibrio ácido-base
- Manejo del equilibrio ácido-base: acidosis metabólica
- Manejo del equilibrio ácido-base: acidosis respiratoria
- Manejo del equilibrio ácido-base: alcalosis metabólica
- Manejo del equilibrio ácido-base: alcalosis respiratoria
- Mantenimiento del acceso para diálisis
- Monitorización de electrólitos
- Monitorización de líquidos
- Monitorización del equilibrio ácido-base
- Monitorización hemodinámica invasiva
- Monitorización nutricional
- Muestra de sangre capilar
- Protección contra las infecciones
- Punción arterial: muestra de sangre arterial
- Punción intravenosa (i.v.)
- Terapia de diálisis peritoneal
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Terapia nutricional

Enfermería de lesiones de la médula espinal

- Alimentación
- Apoyo al cuidador
- Apoyo emocional
- Aspiración de la vía aérea
- Ayuda con el autocuidado
- Ayuda con el autocuidado: micción/defecación
- Ayuda con el autocuidado: transferencia
- Ayuda con recursos económicos
- Baño
- Cambio de posición
- Cambio de posición: silla de ruedas
- Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización
- Cuidados de las lesiones por presión
- Cuidados de tracción/inmovilización
- Cuidados del drenaje: urinario
- Dar esperanza
- Disminución del estrés por traslado
- Ecografía: vejiga urinaria
- Enseñanza: grupo
- Enseñanza: habilidad psicomotora
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Entrenamiento de la vejiga urinaria
- Escucha activa
- Establecimiento de objetivos comunes
- Facilitación de permisos
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Fisioterapia torácica
- 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 termorregulación
- 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 artificial
- Manejo de líquidos
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo intestinal
- Mejora de la capacidad funcional
- Mejora de la imagen corporal
- Mejora del afrontamiento
- Monitorización de las extremidades inferiores
- Planificación para el alta
- Precauciones circulatorias
- Prevención de las lesiones por presión
- Protección contra las infecciones
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Sondaje vesical
- Sondaje vesical: externo
- Sondaje vesical: intermitente
- Transferencia
- Vestir

Enfermería de manejo del dolor

- Acuerdo sobre la conducta
- Administración de analgésicos
- Administración de analgésicos: intraespinal
- Administración de medicación
- Administración de medicación: infusión subcutánea continua
- 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 otros profesionales sanitarios
- Comprobación de sustancias controladas
- Conciliación de medicación
- Contacto
- Control de calidad
- Control de infecciones

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Cuidados en la agonía
- Derivación
- Distracción
- Educación para la salud
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- Entrenamiento en salud
- Establecimiento de objetivos comunes
- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)
- Evaluación de productos
- Facilitación de la meditación
- Favorecimiento del ejercicio
- Fitoterapia
- Gestión de casos
- Grupo de apoyo
- Humor
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Manejo de la energía
- Manejo de la medicación
- Manejo de la medicación: cannabis medicinal
- Manejo de la medicación: dispositivo de infusión portátil
- Manejo de la sedación
- Manejo del acceso venoso central: inserción central
- Manejo del acceso venoso central: inserción periférica
- Manejo del confort
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Masaje
- Masaje abdominal
- Mejora de la autoeficacia
- Mejora de la autoestima
- Mejora del afrontamiento
- Musicoterapia
- Planificación para el alta
- Preparación quirúrgica
- Reiki
- Relajación muscular progresiva
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Seguimiento de la política sanitaria
- Tacto curativo
- Tacto terapéutico
- Terapia de relajación
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Vigilancia
- Visualización guiada
- Yoga
- Yoga de la risa

Enfermería de nefrología

- Administración de medicación
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Ayuda con recursos económicos
- Clarificación de valores
- Colaboración con otros profesionales sanitarios
- Consulta mediante telecomunicación
- Control de infecciones
- Delegación
- Disminución de la hemorragia: heridas
- Ecografía: vejiga urinaria
- Enseñanza: dieta prescrita
- Enseñanza: habilidad psicomotora
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Gestión de casos
- Interpretación de datos de laboratorio
- 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 confort
- Manejo del equilibrio ácido-base
- Manejo del estreñimiento
- Manejo del prurito
- Manejo del vómito
- Mantenimiento del acceso para diálisis
- Mejora de la alfabetización en salud
- Mejora de la autoeficacia
- Monitorización de electrólitos
- Monitorización de líquidos
- Monitorización de los signos vitales
- Monitorización nutricional
- Muestra de sangre capilar
- Negociación de cuidados culturales
- 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
- Terapia intravenosa (i.v.)

Enfermería de neurociencias

- Administración de medicación
- Cambio de posición: neurológico
- Cuidados del drenaje: ventriculostomía/lumbar
- Disminución de la ansiedad
- Ecografía: vejiga urinaria
- Estimulación cognitiva
- Favorecimiento de la perfusión cerebral
- Favorecimiento de 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 termorregulación
- Manejo de la vía aérea
- Manejo de las convulsiones
- Manejo de las ideas delirantes
- Manejo del delirium
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del edema cerebral
- Manejo intestinal
- Mejora de la autoeficacia
- Mejora de la capacidad funcional
- Mejora de la comunicación: déficit del habla
- Mejora de la comunicación: déficit visual
- Mejora de la imagen corporal
- Mejora del sueño
- Monitorización de la presión intracraneal (PIC)
- Monitorización neurológica
- Precauciones en la hemorragia subaracnoidea
- Precauciones en las convulsiones
- Prevención de caídas
- Regulación de la temperatura
- Restricción química
- Sondaje vesical: externo
- Sondaje vesical: intermitente
- Terapia de deglución
- Terapia de inducción de hipotermia
- Vigilancia
- Vigilancia: monitorización con vídeo
- Vigilancia de la piel

Enfermería de otorrinolaringología y cabeza/cuello

- Administración de analgésicos
- Administración de medicación
- Administración de medicación: inhalatoria
- Administración de medicación: nasal
- Asistencia quirúrgica
- Aspiración de la vía aérea
- Ayuda para dejar de fumar
- Cambio de posición: intraoperatorio
- Consulta mediante telecomunicación
- 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: preoperatoria
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- Favorecimiento de la salud oral
- Intubación y estabilización de la vía aérea
- Irrigación de los oídos
- 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 la vía aérea artificial
- Manejo del asma
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Mantenimiento de la salud oral
- Mejora de la autoeficacia
- Mejora de la comunicación: déficit auditivo
- Mejora de la comunicación: déficit del habla
- Mejora de la imagen corporal
- Monitorización de la presión intracraneal (PIC)
- Planificación para el alta
- Precauciones en la aspiración
- Precauciones quirúrgicas
- Preparación quirúrgica
- Restablecimiento de la salud oral
- Terapia de deglución
- Terapia de ejercicios: equilibrio
- Terapia intravenosa (i.v.)

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Enfermería de quemaduras

- Administración de medicación
- Administración de medicación: cutánea
- Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- Apoyo emocional
- Ayuda con el autocuidado
- Baño
- Cambio de posición
- Control de infecciones
- Cuidados de la piel: zona del injerto
- Cuidados de la piel: zona donante
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de las heridas: protección
- Cuidados de las heridas: quemaduras
- Cuidados del paciente encamado
- Dar esperanza
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- Facilitación de la superación de la aflicción
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Manejo de electrólitos
- Manejo de la medicación
- Manejo de líquidos
- Manejo del confort
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del shock: sepsis
- Mejora de la imagen corporal
- Mejora del 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
- Ayuda con el autocuidado
- Ayuda con recursos económicos
- Cambio de posición
- Cambio de posición: silla de ruedas
- Cuidados de las amputaciones
- Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización
- Cuidados de las lesiones por presión
- Dar esperanza
- Disminución del estrés por traslado
- Ecografía: vejiga urinaria
- Educación para la salud
- Enseñanza: individual
- Entrenamiento de la memoria
- Entrenamiento en salud
- Establecimiento de objetivos comunes
- Facilitación de la autorresponsabilidad
- Facilitación del aprendizaje
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Favorecimiento de la mecánica corporal
- Favorecimiento de la normalización
- Favorecimiento del ejercicio: entrenamiento de fuerza
- Gestión de casos
- 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
- Manejo intestinal
- Mejora de la autoeficacia
- Mejora de la capacidad funcional
- Mejora de la comunicación: déficit del habla
- Mejora de la imagen corporal
- Mejora de la socialización
- Mejora de las aptitudes para la vida diaria
- Mejora del afrontamiento
- Planificación para el alta
- Planificación para el alta: preparación del hogar
- Precauciones en el embolismo
- Prevención de las lesiones por presión
- Prevención de las recidivas
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Sondaje vesical: externo
- Terapia de deglución
- Vestir

Enfermería de salud de la mujer

- 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 perder peso
- Consulta mediante telecomunicación
- Cribado de salud
- 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
- Facilitación de la justicia social
- Favorecimiento del ejercicio
- Identificación de riesgos
- Manejo de la medicación
- Manejo del dolor de parto
- Manejo del pesario
- Manejo del peso
- Manejo del síndrome premenstrual (SPM)
- Mejora de la alfabetización en salud
- Mejora de la autoeficacia
- Mejora de la imagen corporal
- Mejora del 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

- Administración de medicación: infusión subcutánea continua
- Apoyo al cuidador
- Apoyo de hermanos
- Apoyo emocional
- Asesoramiento en la lactancia
- Asistencia en el mantenimiento del hogar
- Ayuda con el autocuidado
- Ayuda con el autocuidado: micción/defecación
- Ayuda en el acceso a la historia clínica electrónica
- Ayuda para dejar de fumar
- Baño
- Consulta mediante telecomunicación
- Cuidados de la ostomía
- Cuidados de la piel: productos absorbentes
- Cuidados de las heridas
- Cuidados del cabello y del cuero cabelludo
- Cuidados del paciente encamado
- Cuidados en el duelo
- Cuidados en la agonía
- Derivación
- Desprescripción de medicación
- Educación para la salud
- Educación parental: crianza familiar de los niños
- Educación parental: lactante
- Enseñanza: desarrollo del lactante (0-3 meses)
- Enseñanza: desarrollo del lactante (4-6 meses)
- Enseñanza: desarrollo del lactante (7-9 meses)
- Enseñanza: desarrollo del lactante (10-12 meses)
- Enseñanza: desarrollo en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: desarrollo en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: desarrollo del adolescente (12-21 años)
- Enseñanza: dieta prescrita
- Enseñanza: grupo
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- 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: nutrición en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: nutrición en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: nutrición del adolescente (12-21 años)
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- 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)
- Enseñanza: seguridad en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: seguridad en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: seguridad del adolescente (12-21 años)
- Entrenamiento en salud
- Facilitación de la cuarentena
- Facilitación del distanciamiento físico
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Favorecimiento de la seguridad en el vehículo
- Favorecimiento del rol parental
- Identificación de riesgos
- Manejo de la demencia: deambulación errática
- Manejo de la medicación
- Manejo de la medicación: dispositivo de infusión portátil
- Manejo de la vacunación
- Manejo del confort
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo intestinal
- Mejora de la capacidad funcional
- Mejora del desarrollo: lactantes
- Monitorización de los signos vitales
- Planificación anticipada de los cuidados
- Planificación para el alta: preparación del hogar
- Prescripción: tratamiento no farmacológico
- Prevención de caídas
- Sondaje vesical
- Sondaje vesical: externo
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Vestir
- Vigilancia: monitorización remota

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Enfermería de salud laboral

- 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 perder peso
- Consulta mediante telecomunicación
- Cribado de salud
- Cribado visual
- 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: control de infecciones
- Enseñanza: grupo
- Enseñanza: individual
- Entrenamiento en salud
- Escucha activa
- Facilitación de la cuarentena
- Favorecimiento de la seguridad en el vehículo
- Favorecimiento 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 enfermedades transmisibles
- Manejo de la alergia
- Manejo de la tecnología
- Manejo de la vacunación
- Manejo del asma
- Manejo del desfibrilador: externo
- Manejo del peso
- Marketing social
- Mejora de la alfabetización en salud
- Monitorización respiratoria
- Orientación anticipatoria
- Orientación en el sistema sanitario
- Precauciones en pandemias
- Preparación ante el bioterrorismo
- Prevención de caídas
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Protección contra las infecciones
- Protección de riesgos ambientales
- Seguimiento tras el alta
- Tratamiento del consumo de sustancias nocivas
- Triaje: catástrofe en la comunidad

Enfermería de salud para viajes

- Administración de medicación: intradérmica
- Administración de medicación: intramuscular (i.m.)
- Administración de medicación: oral
- Administración de medicación: subcutánea
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento nutricional
- Ayuda en el acceso a la historia clínica electrónica
- Ayuda en la exploración
- Colaboración con otros profesionales sanitarios
- Cribado de salud
- Cribado visual
- Delegación
- Derivación
- Detección de la trata de seres humanos
- Disminución de la ansiedad
- Documentación
- Documentación: reuniones
- Educación para la salud
- Enseñanza: dieta prescrita
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Entrenamiento en salud
- Facilitación de la cuarentena
- Facilitación del distanciamiento físico
- Identificación de riesgos
- Identificación de riesgos: enfermedades infecciosas
- Manejo de enfermedades transmisibles
- Manejo de la medicación
- Manejo de la vacunación
- Mejora de la alfabetización en salud
- Mejora del afrontamiento
- Mejora del sueño
- Modificación de la conducta
- Monitorización de los signos vitales
- Muestra de sangre capilar
- Orientación en el sistema sanitario
- Precauciones en pandemias
- Prescripción: pruebas diagnósticas
- Prescripción: tratamiento no farmacológico
- Prescripción de medicación
- Primeros auxilios
- Pruebas diagnósticas en el punto de atención
- Seguimiento tras el alta
- Transporte: entre centros
- Triaje: centro de urgencias
- Triaje: telecomunicación
- Vigilancia

Enfermería de salud pública/comunitaria

- Administración de medicación
- Apoyo en la protección contra abusos
- Apoyo para la consecución del sustento
- Asistencia en el mantenimiento del hogar
- Colaboración con otros profesionales sanitarios
- Consulta
- Cribado de salud
- Defensa de la salud de la comunidad
- Derivación
- Desarrollo de la salud de la comunidad
- Desarrollo de un programa
- Detección de la trata de seres humanos
- Educación para la salud
- Enseñanza: desarrollo del lactante (0-3 meses)
- Enseñanza: desarrollo del lactante (4-6 meses)
- Enseñanza: desarrollo del lactante (7-9 meses)
- Enseñanza: desarrollo del lactante (10-12 meses)
- Enseñanza: desarrollo en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: desarrollo en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: desarrollo del adolescente (12-21 años)
- 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: nutrición en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: nutrición en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: nutrición del adolescente (12-21 años)
- 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)
- Enseñanza: seguridad en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: seguridad en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: seguridad del adolescente (12-21 años)
- Facilitación de la cuarentena
- Facilitación de la justicia social
- Favorecimiento de la resiliencia: comunidad
- Favorecimiento de la seguridad en el vehículo
- Favorecimiento del rol parental
- Gestión de casos
- Gestión de los recursos económicos
- Identificación de riesgos
- Identificación de riesgos: enfermedades infecciosas
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Manejo ambiental: comunidad
- Manejo ambiental: seguridad del trabajador
- Manejo de la vacunación
- Marketing social
- Mejora de la alfabetización en salud
- Mejora de la colaboración
- Negociación de cuidados culturales
- Orientación en el sistema sanitario
- Planificación familiar: anticoncepción
- Planificación para el alta: preparación del hogar
- Precauciones en pandemias
- Preparación ante el bioterrorismo
- Preparación para una catástrofe en la comunidad
- Prevención del reingreso
- Protección de riesgos ambientales
- Seguimiento de la política sanitaria
- Vigilancia: comunidad

Enfermería de salud universitaria

- Administración de medicación: subcutánea
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento
- Asesoramiento sexual
- Ayuda para dejar de fumar
- Cribado de salud
- Cribado visual
- Cuidados del trauma por una agresión sexual
- Derivación
- Disminución de la ansiedad
- Educación para la salud
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: prevención de las lesiones deportivas
- Enseñanza: relaciones sexuales seguras
- Enseñanza: sexualidad
- Entrenamiento en salud
- Escucha activa
- Favorecimiento de la seguridad en el vehículo
- Intervención en caso de crisis
- Manejo de enfermedades transmisibles
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de la vacunación
- Manejo de los trastornos de la alimentación
- Manejo del asma
- Manejo del peso
- Mejora de la autoestima
- Mejora del afrontamiento
- Mejora del sueño
- Orientación en el sistema sanitario
- Prescripción: pruebas diagnósticas
- Prescripción: tratamiento no farmacológico
- Prescripción de medicación
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Prevención del suicidio
- Primeros auxilios

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Enfermería de trasplantes

- Administración de medicación
- Apoyo a la familia
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento
- Autorización de seguros
- Ayuda con recursos económicos
- Clarificación de valores
- Conciliación de medicación
- Control de infecciones
- Cuidados de las heridas
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Favorecimiento de la integridad 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 ácido-base
- Mejora del afrontamiento
- Monitorización de electrólitos
- Monitorización de líquidos
- Monitorización de los signos vitales
- Obtención de órganos
- Precauciones en la neutropenia
- Protección contra las infecciones
- Protección de los derechos del paciente
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Terapia intravenosa (i.v.)
- 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 del trauma por una agresión sexual
- Cuidados en el duelo
- Cuidados en la emergencia
- Detección de la trata de seres humanos
- Documentación
- Enseñanza: individual
- Extubación endotraqueal: paliativa
- Facilitación de la cuarentena
- Facilitación de la presencia de la familia
- Facilitación del distanciamiento físico
- Flebotomía: muestra de sangre venosa
- Identificación de riesgos: enfermedades infecciosas
- Identificación del paciente
- Inducción e intubación en secuencia rápida
- Intervención en caso de crisis
- Manejo de electrólitos
- Manejo de la anafilaxia
- Manejo de la arritmia
- Manejo de la hipertermia
- 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
- Manejo del shock: sepsis
- Monitorización de los signos vitales
- Monitorización neurológica
- Monitorización respiratoria
- Oxigenoterapia
- Planificación anticipada de los cuidados
- Precauciones en pandemias
- Preparación ante el bioterrorismo
- Prescripción: pruebas diagnósticas
- Prevención del reingreso
- Primeros auxilios
- Punción intravenosa (i.v.)
- Reanimación
- Recogida de datos forenses
- Reposición de líquidos
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Transporte: dentro del centro
- Transporte: entre centros
- Triaje: centro de urgencias
- Triaje: telecomunicación

Enfermería de violencia doméstica

- 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
- Cribado de salud
- Cuidados del trauma por una agresión sexual
- Cuidados en la emergencia
- Dar esperanza
- Declaración
- Derivación
- Detección de la trata de seres humanos
- Disminución de la ansiedad
- Documentación
- Enseñanza: individual
- Entrenamiento de la asertividad
- Escucha activa
- Facilitación de la justicia social
- Facilitación de la superación de la aflicción
- Favorecimiento de la integridad familiar
- Favorecimiento de la resiliencia: comunidad
- 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
- Manejo de enfermedades transmisibles
- Manejo del apaciguamiento
- Mediación de conflictos
- Mejora de la autoestima
- Mejora de las aptitudes para la vida diaria
- Mejora del afrontamiento
- Orientación en el sistema sanitario
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Primeros auxilios
- Recogida de datos forenses
- Técnica de relajación
- Terapia de grupo
- Terapia familiar
- Triaje: telecomunicación

Enfermería de vuelo

- Administración de hemoderivados
- Administración de medicación
- Apoyo al cuidador
- Ayuda a la ventilación
- Consulta mediante telecomunicación
- Cuidados cardíacos: agudos
- Cuidados de las heridas
- Cuidados del lactante: prematuro
- Cuidados en la emergencia
- Disminución de la hemorragia
- Facilitación de la presencia de la familia
- Identificación del paciente
- Inducción e intubación en secuencia rápida
- 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 la vía aérea artificial
- Manejo del desfibrilador: externo
- Manejo del desfibrilador: interno
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del shock
- Manejo del shock: cardíaco
- Manejo del shock: sepsis
- 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 centros
- Triaje: catástrofe en la comunidad

Enfermería escolar

- Administración de analgésicos
- Administración de medicación: oral
- Aplicación de calor o frío
- Apoyo a la familia
- Apoyo al cuidador
- Apoyo emocional
- Apoyo en la protección contra abusos: niños
- Apoyo en la toma de decisiones
- Apoyo espiritual
- Asesoramiento

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Asesoramiento nutricional
- Ayuda para el control de la ira
- Clarificación de valores
- Consulta mediante telecomunicación
- Contacto
- Control de infecciones
- Cribado de salud
- Cribado visual
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de las lentes de contacto
- Cuidados de los ojos
- Cuidados del adolescente
- Cuidados del niño
- 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: desarrollo en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: desarrollo en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: desarrollo del adolescente (12-21 años)
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: nutrición en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: nutrición en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: nutrición del adolescente (12-21 años)
- Enseñanza: prevención de las lesiones deportivas
- Enseñanza: seguridad en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: seguridad en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: seguridad del adolescente (12-21 años)
- Entrenamiento en salud
- Escucha activa
- Facilitación de la superación de la aflicción
- Facilitación del aprendizaje
- Facilitación del aprendizaje
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Favorecimiento de la integridad familiar
- Favorecimiento de la resiliencia
- Favorecimiento de la resiliencia: comunidad
- Favorecimiento de 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 hipertermia
- Manejo de la medicación
- Manejo de la medicación: dispositivo de infusión portátil
- Manejo de la vacunación
- Manejo del asma
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Marketing social
- Mejora de la alfabetización en salud
- Mejora de la autoeficacia
- Mejora de la autoestima
- Mejora de la socialización
- Mejora del afrontamiento
- Monitorización de los signos vitales
- Orientación anticipatoria
- Orientación en el sistema sanitario
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Prevención del suicidio
- Primeros auxilios
- Protección de los derechos del paciente
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Técnica de relajación
- Vigilancia de la piel

Enfermería forense

- Apoyo emocional
- Apoyo en la protección contra abusos
- Asesoramiento
- Ayuda en la exploración
- Consulta
- Cribado de salud
- Cuidados del trauma por una agresión sexual
- Cuidados en la emergencia
- Cuidados *post mortem*
- Declaración
- Derivación
- Detección de la trata de seres humanos
- Disminución de la ansiedad
- Documentación
- Documentación: reuniones
- Facilitación de la superación de la aflicción
- Favorecimiento de la integridad familiar
- 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 enfermedades transmisibles
- 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

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 la vía aérea
- Control de infecciones
- Cuidados de la incontinencia intestinal: encopresis
- Cuidados de la ostomía
- Cuidados de las heridas
- Cuidados del drenaje: gastrointestinal
- Disminución de la flatulencia
- Distracción
- Etapas en la dieta
- 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
- Manejo del vómito
- Manejo intestinal
- Masaje abdominal
- Mejora de la autoeficacia
- Monitorización de los signos vitales
- Precauciones en la aspiración
- Punción intravenosa (i.v.)
- Sondaje nasogástrico
- Técnica de relajación
- Terapia de deglución
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Vigilancia

Enfermería genética

- Apoyo a la familia
- Apoyo emocional
- Asesoramiento
- Asesoramiento antes de la concepción
- Clarificación de valores
- Consejo genético
- Cribado de salud
- 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
- Facilitación de la superación de la aflicción
- Favorecimiento de la integridad familiar
- Favorecimiento de la normalización
- 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 alfabetización en salud
- Mejora de la autoeficacia
- Mejora del 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
- Apoyo emocional
- Apoyo en la protección contra abusos: ancianos
- Autorización de seguros
- Ayuda con el autocuidado
- Ayuda con recursos económicos
- Biblioterapia
- Cambio de posición
- Conciliación de medicación
- Cuidados de la incontinencia intestinal
- Cuidados de la incontinencia urinaria
- Cuidados de la piel: productos absorbentes
- Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización
- Cuidados de los pies
- Cuidados de relevo
- Cuidados del cabello y del cuero cabelludo
- Cuidados en la agonía
- Desprescripción de medicación
- Disminución del estrés por traslado
- Entrenamiento del hábito urinario

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Escucha activa
- Facilitación de la justicia social
- Facilitación de la superación de la aflicción
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Favorecimiento del ejercicio
- Gestión de casos
- Irrigación de los oídos
- 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 confort
- Manejo del delirium
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del estreñimiento
- Manejo del prolapso rectal
- Manejo intestinal
- Mejora de la alfabetización en salud
- Mejora de la autoeficacia
- Mejora de la capacidad funcional
- Mejora de la comunicación: déficit auditivo
- Mejora de la comunicación: déficit visual
- Mejora del afrontamiento
- Micción estimulada
- Monitorización de las extremidades inferiores
- Planificación para el alta: preparación del hogar
- Prescripción: pruebas diagnósticas
- Prescripción: tratamiento no farmacológico
- Prescripción de medicación
- Prevención de las lesiones por presión
- Protección de los derechos del paciente
- Seguimiento tras el alta
- Terapia de actividad
- Terapia de ejercicios: ambulación
- Terapia de reminiscencia
- Terapia de validación
- Vestir

Enfermería hematológica/oncológica pediátrica

- Administración de analgésicos
- Administración de hemoderivados
- Administración de medicación: infusión subcutánea continua
- 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
- Apoyo al procedimiento: lactante
- Apoyo de hermanos
- Apoyo en la toma de decisiones
- Consejo genético
- Cuidados del adolescente
- Cuidados del niño
- Cuidados en el duelo
- Cuidados en la agonía
- Dar esperanza
- Disminución de la ansiedad
- Educación parental: crianza familiar de los niños
- Enseñanza: desarrollo del lactante (0-3 meses)
- Enseñanza: desarrollo del lactante (4-6 meses)
- Enseñanza: desarrollo del lactante (7-9 meses)
- Enseñanza: desarrollo del lactante (10-12 meses)
- Enseñanza: desarrollo en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: desarrollo en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: desarrollo del adolescente (12-21 años)
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- 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 en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: nutrición en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: nutrición del adolescente (12-21 años)
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- 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 en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: seguridad en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: seguridad del adolescente (12-21 años)
- Escucha activa
- Facilitación de la presencia de la familia
- Facilitación de la superación de la aflicción
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Favorecimiento de la integridad familiar
- Favorecimiento de la normalización
- Gestión de casos
- Infusión de células madre
- Ludoterapia
- Manejo de la hipertermia
- Manejo de la quimioterapia
- Manejo de la radioterapia
- Manejo de la sedación
- Manejo de las náuseas
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo del acceso venoso central: inserción central
- Manejo del acceso venoso central: inserción periférica
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del vómito
- Mantenimiento de procesos familiares
- Mejora del afrontamiento
- Movilización familiar
- Planificación anticipada de los cuidados
- Precauciones en la neutropenia
- Prevención de hemorragias
- Protección contra las infecciones
- Punción intravenosa (i.v.)
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Técnica de relajación
- Terapia del trauma: niño
- Terapia intravenosa (i.v.)

Enfermería holística

- Acupresión
- Apoyo al cuidador
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Apoyo espiritual
- Aromaterapia
- Arteterapia
- Asesoramiento
- Asesoramiento nutricional
- Ayuda en la modificación de sí mismo
- Biblioterapia
- Biorretroalimentación
- Clarificación de valores
- Contacto
- Cribado de salud
- 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
- Facilitación de la autorresponsabilidad
- Facilitación de la meditación
- Facilitación del crecimiento espiritual
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Favorecimiento del ejercicio
- Fitoterapia
- Humor
- Llevar un diario
- Manejo ambiental
- Manejo de la energía
- Manejo de la medicación: cannabis medicinal
- Masaje
- Masaje abdominal
- Mejora de la autoconciencia
- Mejora de la autoeficacia
- Mejora de la autoestima
- Mejora de la imagen corporal
- Mejora del afrontamiento
- Musicoterapia
- Orientación anticipatoria
- Presencia
- Reestructuración cognitiva
- Reiki
- Relajación muscular progresiva
- Tacto curativo
- Tacto terapéutico
- Técnica de relajación
- Terapia asistida con animales
- Terapia de baile
- Terapia de jardinería
- Terapia de relajación
- Visualización guiada
- Yoga
- Yoga de la risa

Enfermería informática

- Apoyo en la toma de decisiones
- Ayuda en el acceso a la historia clínica electrónica
- Colaboración con otros profesionales sanitarios
- Consulta mediante telecomunicación
- Contención de los costes
- Control de calidad
- Cribado de salud
- Desarrollo de un programa
- Desarrollo de vías clínicas
- Documentación
- Documentación: reuniones
- Evaluación de productos
- Gestión de la cadena de suministro
- Gestión de la competencia
- Gestión de los recursos económicos
- Gestión del protocolo de investigación
- Identificación de riesgos
- Informe de incidencias
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo ambiental: seguridad del trabajador
- Manejo de la tecnología
- Marketing social
- Mejora de la alfabetización en salud
- Mejora de la colaboración
- Orientación en el sistema sanitario
- Protección de riesgos ambientales
- Recogida de datos forenses
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Seguimiento de la política sanitaria
- Transcripción de órdenes
- Vigilancia
- Vigilancia: monitorización con vídeo
- Vigilancia: monitorización remota

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Enfermería legal

- Apoyo en la toma de decisiones
- Ayuda en el acceso a la historia clínica electrónica
- Consulta
- Consulta mediante telecomunicación
- Control de calidad
- Cribado de salud
- Declaración
- Defensa de la salud de la comunidad
- Detección de la trata de seres humanos
- Documentación
- Documentación: reuniones
- Evaluación de productos
- Identificación de riesgos
- Informe de incidencias
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Manejo de la tecnología
- Mejora de la alfabetización en salud
- Mejora de la colaboración
- Protección de los derechos del paciente
- Protección de riesgos ambientales
- Recogida de datos forenses
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Seguimiento de la política sanitaria
- Vigilancia

Enfermería matrona

- Administración de medicación: intraespinal
- Amnioinfusión
- Apoyo al procedimiento: lactante
- 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 otros profesionales sanitarios
- Consulta mediante telecomunicación
- Cribado de salud
- 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: desarrollo del lactante (0-3 meses)
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses)
- Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses)
- Entrenamiento en salud
- Escucha activa
- Exploración mamaria
- Favorecimiento de la integridad familiar: familia con recién nacido
- Favorecimiento del apego
- Fototerapia: neonato
- Identificación de riesgos: familia con recién nacido
- Manejo ambiental
- Manejo de la medicación
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor de parto
- Manejo del síndrome premenstrual (SPM)
- Mejora de la autoeficacia
- Orientación anticipatoria
- Parto
- Planificación familiar: anticoncepción
- Planificación familiar: embarazo no deseado
- Planificación para el alta
- Preparación al parto
- Prescripción: pruebas diagnósticas
- Prescripción de medicación
- Preservación de la fertilidad
- Regulación de la temperatura: recién nacido
- Supresión de la lactancia
- Sutura
- Terapia de sustitución hormonal
- Vigilancia: al final del embarazo

Enfermería médico-quirúrgica

- Administración de enema
- Administración de hemoderivados
- Administración de medicación
- Administración de medicación: infusión subcutánea continua
- Administración de nutrición parenteral total (NPT)
- Alimentación
- Alimentación enteral por sonda
- Apoyo emocional
- Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)
- Aspiración de la vía aérea
- Ayuda con el autocuidado
- Baño
- Conciliación de medicación
- Control de calidad
- Control de infecciones
- 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 piel: productos absorbentes
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización
- Cuidados de las heridas: protección
- Cuidados de las lesiones por presión
- Cuidados de tracción/inmovilización
- Cuidados del drenaje: gastrointestinal
- Cuidados del drenaje: torácico
- Cuidados del drenaje: urinario
- Cuidados del paciente encamado
- Cuidados del sitio de incisión
- Cuidados *post mortem*
- Desarrollo de vías clínicas
- Desprescripción de medicación
- Disminución de la hemorragia: digestiva
- Documentación
- Ecografía: vejiga urinaria
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Etapas en la dieta
- Facilitación de la presencia de la familia
- Favorecimiento de 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 medicación: dispositivo de infusión portátil
- Manejo de la nutrición
- Manejo de la parada cardiorrespiratoria
- Manejo de la quimioterapia
- Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva
- Manejo de la vía aérea artificial
- Manejo de las convulsiones
- Manejo de las náuseas
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo del acceso venoso central: inserción central
- Manejo del acceso venoso central: inserción periférica
- Manejo del asma
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del equilibrio ácido-base
- Manejo del marcapasos: permanente
- Manejo del shock
- Manejo del vómito
- Manejo intestinal
- Mejora de la alfabetización en salud
- Mejora de la capacidad funcional
- Monitorización de los signos vitales
- Monitorización neurológica
- Monitorización respiratoria
- Muestra de sangre capilar
- Oxigenoterapia
- Planificación para el alta
- Precauciones en la aspiración
- Precauciones en las convulsiones
- Prevención de caídas
- Prevención de las lesiones por presión
- Prevención del reingreso
- Prevención del shock
- Protección de los derechos del paciente
- Punción intravenosa (i.v.)
- Restricción física
- Restricción química
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Sondaje nasogástrico
- Sondaje vesical: externo
- Supervisión del personal
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Vestir
- Vigilancia
- Vigilancia: monitorización con vídeo
- 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
- Apoyo al procedimiento: lactante
- Apoyo de hermanos
- Asesoramiento en la lactancia
- Aspiración de la vía aérea
- 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 las heridas
- Cuidados de los ojos
- Cuidados del drenaje: gastrointestinal
- Cuidados del drenaje: torácico
- Cuidados del drenaje: umbilical
- Cuidados del drenaje: urinario
- Cuidados del lactante
- Cuidados del lactante: ayuda para la exploración ocular
- Cuidados del lactante: prematuro
- Cuidados del lactante: recién nacido
- Desarrollo de vías clínicas
- Destete de la ventilación mecánica

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Documentación
- Educación parental: lactante
- Enseñanza: desarrollo del lactante (0-3 meses)
- Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses)
- Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses)
- Extubación endotraqueal
- Facilitación de las visitas
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Favorecimiento del apego
- 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 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 la vía aérea artificial
- Manejo de líquidos
- Manejo del acceso venoso central: inserción central
- Manejo del confort
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del equilibrio ácido-base
- Manejo del shock: volumen
- Mejora del 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
- Regulación de la temperatura: recién nacido
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Sondaje vesical
- Sondaje vesical: intermitente
- Succión no nutritiva
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Terapia mediante oxigenación con membrana extracorpórea
- Terapia nutricional
- Transporte: dentro del centro
- Transporte: entre centros
- Vigilancia
- Vigilancia de la piel

Enfermería obstétrica

- Administración de medicación
- Administración de medicación: intraespinal
- Alimentación con biberón
- Apoyo al procedimiento: lactante
- Asesoramiento en la lactancia
- Cuidados de la circuncisión
- Cuidados del embarazo de alto riesgo
- Cuidados del lactante
- Cuidados del lactante: recién nacido
- Cuidados del parto por cesárea
- 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
- Enseñanza: desarrollo del lactante (0-3 meses)
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses)
- Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses)
- Facilitación de la superación de la aflicción: muerte perinatal
- Favorecimiento de la integridad familiar: familia con recién nacido
- Favorecimiento del apego
- Favorecimiento del rol parental
- Fototerapia: neonato
- Identificación de riesgos: familia con recién nacido
- Inducción del parto
- Manejo de la hipertensión
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor de parto
- Mejora de la alfabetización en salud
- 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
- Regulación de la temperatura: recién nacido
- Supresión de las contracciones de parto
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Tratamiento del consumo de sustancias nocivas
- Vigilancia: al final del embarazo

Enfermería oftalmológica

- Administración de medicación
- Administración de medicación: disco intraocular
- Administración de medicación: intramuscular (i.m.)
- Administración de medicación: oftálmica
- Administración de medicación: oral
- Apoyo emocional
- Asistencia quirúrgica
- Ayuda con el autocuidado
- Consulta
- Consulta mediante telecomunicación
- Control de infecciones
- Control de infecciones: intraoperatorio
- Coordinación preoperatoria
- Cribado visual
- Cuidados de las lentes de contacto
- Cuidados de los ojos
- Cuidados del sitio de incisión
- Enseñanza: habilidad psicomotora
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: preoperatoria
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Escucha activa
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Irrigación de los ojos
- Manejo de la hipoglucemia
- Manejo de la sedación
- Manejo del dolor: agudo
- Mejora de 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 tras el alta
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Vigilancia

Enfermería oncológica

- Administración de analgésicos
- Administración de medicación
- Apoyo al cuidador
- Apoyo espiritual
- Ayuda con recursos económicos
- Control de infecciones
- Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización
- Cuidados en el duelo
- Cuidados en la agonía
- Dar esperanza
- Disminución de la ansiedad
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Fitoterapia
- Grupo de apoyo
- Información preparatoria: sensorial
- Infusión de células madre
- Interpretación de datos de laboratorio
- Manejo de la eliminación urinaria
- Manejo de la energía
- Manejo de la hipertermia
- Manejo de la medicación
- Manejo de la medicación: cannabis medicinal
- Manejo de la medicación: dispositivo de infusión portátil
- 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 del acceso venoso central: inserción central
- Manejo del acceso venoso central: inserción periférica
- Manejo del confort
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del vómito
- Manejo intestinal
- Masaje
- Mejora de la autoeficacia
- Mejora del afrontamiento
- Monitorización nutricional
- Musicoterapia
- Planificación anticipada de los cuidados
- Precauciones en la neutropenia
- Prevención de hemorragias
- Protección contra las infecciones
- Punción intravenosa (i.v.)
- Reiki
- Seguimiento tras el alta
- Tacto curativo
- Tacto terapéutico
- Terapia de baile
- Terapia de relajación

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Enfermería pediátrica

- Administración de medicación
- Administración de nutrición parenteral total (NPT)
- Alimentación
- Apoyo al cuidador
- Apoyo al procedimiento: lactante
- Apoyo emocional
- Apoyo en la protección contra abusos: niños
- Consejo genético
- Cuidados del adolescente
- Cuidados del lactante
- Cuidados del lactante: prematuro
- Cuidados del lactante: recién nacido
- Cuidados del niño
- Detección de la trata de seres humanos
- Documentación
- Educación para la salud
- Educación parental: adolescentes
- Educación parental: crianza familiar de los niños
- Educación parental: lactante
- Enseñanza: desarrollo del lactante (0-3 meses)
- Enseñanza: desarrollo del lactante (4-6 meses)
- Enseñanza: desarrollo del lactante (7-9 meses)
- Enseñanza: desarrollo del lactante (10-12 meses)
- Enseñanza: desarrollo en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: desarrollo en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: desarrollo del adolescente (12-21 años)
- Enseñanza: entrenamiento del control de esfínteres
- 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: nutrición en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: nutrición en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: nutrición del adolescente (12-21 años)
- Enseñanza: prevención de las lesiones deportivas
- 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)
- Enseñanza: seguridad en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: seguridad en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: seguridad del adolescente (12-21 años)
- Facilitación de la presencia de la familia
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Favorecimiento de la normalización
- Favorecimiento de la seguridad en el vehículo
- Favorecimiento del rol parental
- Identificación de riesgos
- Identificación de riesgos: genéticos
- Irrigación de los oídos
- Irrigación de los ojos
- Ludoterapia
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo de la hipertermia
- Manejo de la medicación: dispositivo de infusión portátil
- Manejo de la nutrición
- Manejo de la tecnología
- Manejo de la vacunación
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo del asma
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Mejora del desarrollo: lactantes
- Monitorización de los signos vitales
- Monitorización respiratoria
- Oxigenoterapia
- Planificación para el alta
- Regulación de la temperatura: recién nacido
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Terapia del trauma: niño
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Vigilancia

Enfermería perioperatoria

- Administración de hemoderivados
- Apoyo emocional
- Asistencia quirúrgica
- Autotransfusión
- Ayuda con el autocuidado: transferencia
- Cambio de posición: intraoperatorio
- Colaboración con otros profesionales sanitarios
- Contacto
- Control de calidad
- Control de infecciones: intraoperatorio
- 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: preoperatoria
- Escucha activa
- Evaluación de productos
- Gestión de la cadena de suministro
- Identificación del paciente
- Inducción e intubación en secuencia rápida
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo ambiental: seguridad del trabajador
- Manejo de electrólitos
- Manejo de la anafilaxia
- Manejo de la instrumentación quirúrgica
- Manejo de la sedación
- Manejo de la tecnología
- Manejo de muestras
- Manejo del confort

- 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 las lesiones por presión
- Protección de los derechos del paciente
- Punción intravenosa (i.v.)
- Regulación de la temperatura: perioperatoria
- Sutura
- Terapia de inducción de hipotermia
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Transporte: dentro del centro
- Vigilancia de la piel

Enfermería psiquiátrica/salud mental

- Acompañamiento físico
- Administración de medicación
- Aislamiento
- Apoyo en la protección contra abusos
- Asesoramiento
- Ayuda con el autocuidado
- Ayuda para el control de la ira
- Biblioterapia
- Consulta
- Desarrollo de interacciones empáticas
- Detección de la trata de seres humanos
- Disminución de la ansiedad
- Entrenamiento de la asertividad
- Entrenamiento en salud
- Entrenamiento para controlar los impulsos
- Entrevista motivacional
- Escucha activa
- Establecimiento de límites
- Facilitación de la justicia social
- Facilitación de la superación de la aflicción
- Facilitación de la superación de la culpa
- Facilitación de permisos
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Favorecimiento de la resiliencia
- Favorecimiento de la resiliencia: comunidad
- Fototerapia: regulación del estado de ánimo
- Gestión de casos
- Grupo de apoyo
- Intervención en caso de crisis
- Llevar un diario
- Ludoterapia
- Manejo ambiental: prevención de la violencia
- Manejo de la conducta: autolesión
- Manejo de la conducta: falta de atención e hiperactividad
- 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
- Manejo del apaciguamiento
- Manejo del estado de ánimo
- Masaje abdominal
- Mejora de la alfabetización en salud
- Mejora de la autoconciencia
- Mejora de la autoestima
- Mejora de la imagen corporal
- Mejora de las aptitudes para la vida diaria
- Mejora del afrontamiento
- Modificación de la conducta
- Modificación de la conducta: habilidades sociales
- Orientación en la realidad
- Precauciones contra fugas
- Precauciones en incendios provocados
- Prescripción: pruebas diagnósticas
- Prescripción de medicación
- Prevención de las recidivas
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Prevención del reingreso
- Prevención del suicidio
- Reestructuración cognitiva
- Reflexión guiada
- Registro corporal
- Restricción de zonas de movimiento
- Restricción física
- Restricción química
- Técnica de relajación
- Terapia con el entorno
- Terapia de baile
- Terapia de grupo
- Terapia de jardinería
- Terapia de reminiscencia
- Terapia familiar
- Terapia hormonal para personas transgénero
- Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: abstinencia de las drogas
- Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: abstinencia del alcohol
- Vigilancia: monitorización con vídeo
- Visitas domiciliarias de apoyo

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Enfermería psiquiátrica de niños y adolescentes

- Acompañamiento físico
- Apoyo en la protección contra abusos: niños
- Arteterapia
- Consulta mediante telecomunicación
- Cuidados de la incontinencia intestinal: encopresis
- Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis
- Cuidados del adolescente
- Cuidados del niño
- Desarrollo de interacciones empáticas
- Detección de la trata de seres humanos
- Educación para la salud
- Enseñanza: desarrollo en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: desarrollo en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: desarrollo del adolescente (12-21 años)
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: nutrición en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: nutrición en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: nutrición del adolescente (12-21 años)
- Enseñanza: seguridad en la primera infancia (1-5 años)
- Enseñanza: seguridad en la infancia media (6-12 años)
- Enseñanza: seguridad del adolescente (12-21 años)
- Entrenamiento para controlar los impulsos
- Favorecimiento de la implicación familiar
- Favorecimiento de la normalización
- Favorecimiento de la resiliencia
- Favorecimiento del rol parental
- Gestión de casos
- Manejo ambiental: comunidad
- Manejo de la conducta: autolesión
- Manejo de la conducta: falta de atención e hiperactividad
- Manejo de la conducta: sexual
- Manejo de la medicación
- Manejo de las ideas delirantes
- Manejo del apaciguamiento
- Manejo del estado de ánimo
- Mantenimiento de procesos familiares
- Mediación de conflictos
- Mejora de la alfabetización en salud
- Mejora de las aptitudes para la vida diaria
- Modificación de la conducta: habilidades sociales
- Movilización familiar
- Precauciones contra fugas
- Prescripción de medicación
- Reflexión guiada
- Registro corporal
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Supervisión del personal
- Terapia de actividad
- Terapia de baile
- Terapia del trauma: niño
- Terapia familiar
- Terapia hormonal para personas transgénero

Enfermería radiológica

- Administración de analgésicos
- Administración de hemoderivados
- Administración de medicación
- Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- Apoyo emocional
- Aspiración de la vía aérea
- Ayuda a la ventilación
- Ayuda en la exploración
- Ayuda para dejar de fumar
- Consulta mediante telecomunicación
- Contacto
- Control de calidad
- Control de infecciones
- Cribado de salud
- Cuidados del drenaje
- Cuidados del drenaje: gastrointestinal
- Cuidados del drenaje: torácico
- Cuidados del drenaje: urinario
- Cuidados del embolismo: periférico
- Cuidados del embolismo: pulmonar
- Cuidados en la emergencia
- Derivación
- Disminución de la ansiedad
- Disminución de la hemorragia
- Ecografía: vejiga urinaria
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- Favorecimiento de la perfusión cerebral
- Gestión del protocolo de investigación
- 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
- 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 en la aspiración
- Prevención de hemorragias
- Prevención del shock
- Protección contra las infecciones
- Punción intravenosa (i.v.)
- Reanimación
- Reposición de líquidos
- Sondaje vesical
- Supervisión del personal
- Técnica de relajación
- Terapia de relajación
- Terapia intravenosa (i.v.)

Enfermería traumatológica

- 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: 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 amputaciones
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de las heridas: drenaje cerrado
- Cuidados de las heridas: protección
- Cuidados de los yesos: mantenimiento
- Cuidados de los yesos: yeso húmedo
- Cuidados de tracción/inmovilización
- Cuidados del drenaje: urinario
- Cuidados del embolismo: periférico
- Cuidados del paciente encamado
- Cuidados del sitio de incisión
- Desarrollo de vías clínicas
- Enseñanza: ejercicio prescrito
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: preoperatoria
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- Favorecimiento del ejercicio
- Información preparatoria: sensorial
- Inmovilización
- Manejo del delirium
- Manejo del dolor: agudo
- Manejo del dolor: crónico
- Manejo del estreñimiento
- Mejora de la capacidad funcional
- Mejora de la tos
- Monitorización de las extremidades inferiores
- Planificación para el alta
- Prevención de caídas
- Prevención de las lesiones por presión
- Punción intravenosa (i.v.)
- Restricción física
- Terapia de ejercicios: ambulación
- Terapia de ejercicios: movilidad articular
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Vigilancia de la piel

Enfermería urológica

- Administración de analgésicos
- Administración de medicación
- Apoyo al cuidador
- 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 piel: productos absorbentes
- Cuidados de la retención urinaria
- Cuidados de las heridas
- Cuidados del drenaje
- Cuidados del drenaje: urinario
- Ecografía: vejiga urinaria
- Ejercicios del suelo pélvico
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: preoperatoria
- Enseñanza: procedimientos o tratamientos
- 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

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- 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: externo
- Sondaje vesical: intermitente
- Terapia intravenosa (i.v.)

Enfermería vascular

- Ayuda con el autocuidado
- Ayuda para dejar de fumar
- Cribado de salud
- 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 amputaciones
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización
- Cuidados de las lesiones por presión
- Cuidados de las uñas
- Cuidados de los pies
- Cuidados del embolismo: periférico
- Cuidados del embolismo: pulmonar
- Cuidados del sitio de incisión
- Enseñanza: ejercicio prescrito
- Enseñanza: individual
- Facilitación de la superación de la aflicción
- Favorecimiento 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 las lesiones 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 las intervenciones de la NIC

Tiempo estimado y nivel de formación necesarios para realizar las 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 614 intervenciones de esta edición de la Clasificación (v. tabla 1). 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) personal auxiliar (p. ej., ayudante de enfermería/auxiliar de enfermería/auxiliar de enfermería titulado/técnico), 2) licenciada/graduada en enfermería (formación básica, ya sea grado o diploma) o 3) enfermera con formación de posgrado (es decir, enfermera de práctica avanzada), licenciada/graduada en enfermería con formación o certificado de posgrado, que se define como formación o práctica especializada además de la formación de licenciada/graduada en enfermería, incluyendo un máster con o sin certificado, el certificado, o la certificación en un área especializada, o un doctorado (doctor, o doctor en práctica enfermera). Estas categorías se seleccionaron después de una discusión minuciosa. Se escogieron por encima de otras posibilidades dado que se creyó que las categorías permitían que los evaluadores diferenciaran entre ellas, aunque no eran tan sutiles como para que los evaluadores no pudiesen ser consecuentes. Los tipos básicos de preparación de enfermeras licenciadas/graduadas se agruparon en una categoría porque reflejaba la realidad de la situación práctica, que generalmente no diferencia entre responsabilidades laborales según la preparación de los licenciados/graduados en enfermería.

El *tiempo necesario* se definió como el tiempo medio necesario para comenzar y finalizar la intervención. Se trata de un promedio de tiempo que se puede usar para determinar las tarifas de embolso, y para ayudar a desarrollar el nivel de gravedad. Las estimaciones temporales se agrupan en 5 categorías: 1) 15 minutos o menos; 2) 16-30 minutos; 3) 31-45 minutos; 4) 46-60 minutos, y 5) más de 1 hora.

Se recalca que las estimaciones se basan en los juicios realizados por personas familiarizadas con la intervención y con el área de especialidad práctica. Las valoraciones que se incluyen pueden diferir según el centro y el profesional. Las estimaciones proporcionan un punto de inicio para calcular el tiempo necesario, el nivel necesario de formación del profesional y el coste de los cuidados de enfermería.

Bibliografía

1. Alternative Link, Inc. (2001). *CAM and nursing coding manual.*
2. Center for Nursing Classification. (2001). *Estimated time and educational requirements to perform 486 nursing interventions.* Iowa City: IA.
3. Iowa Intervention Project. (2001). Determining cost of nursing interventions: A beginning. *Nursing Economic$, 19*(4), 146-160.
4. McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (Eds.). (1996). *Nursing interventions classification* (NIC) (2nd ed.). Mosby.
5. McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (2000). In J. C. McCloskey, & G. M. Bulechek (Eds.), *Nursing interventions classification (NIC).* Mosby.

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Tabla 1 **TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 614 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO**

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Acompañamiento físico	6576	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Acuerdo sobre la conducta	4420	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Acupresión	1320	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Administración de analgésicos	2210	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Administración de analgésicos: intraespinal	2214	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Administración de anestesia	2840	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Administración de enema	0466	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Administración de hemoderivados	4030	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Administración de medicación	2300	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: cutánea	2316	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: disco intraocular	2322	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: enteral	2301	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: infusión subcutánea continua	2321	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Administración de medicación: inhalatoria	2311	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: intradérmica	2312	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: intraespinal	2319	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: intramuscular (i.m.)	2313	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: intraósea	2303	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	≤15 minutos
Administración de medicación: intrapleural	2302	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	≤15 minutos
Administración de medicación: intravenosa (i.v.)	2314	Licenciada/graduada 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/graduada en enfermería con posgrado	≤15 minutos
Administración de medicación: subcutánea	2317	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Administración de medicación: vaginal	2318	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Administración de nutrición parenteral total (NPT)	1200	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Aislamiento	6630	Licenciada/graduada 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/graduada en enfermería	16-30 minutos
Amnioinfusión	6700	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Aplicación de calor o frío	1380	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Apoyo a la familia	7140	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Apoyo al cuidador principal	7040	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Apoyo al procedimiento: lactante	6965	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Apoyo de hermanos	7280	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Apoyo emocional	5270	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Apoyo en la protección contra abusos	6400	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Apoyo en la protección contra abusos: ancianos	6404	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Apoyo en la protección contra abusos: niños	6402	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Apoyo en la protección contra abusos: pareja	6403	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Apoyo en la protección contra abusos: religioso	6408	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Apoyo en la toma de decisiones	5250	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Apoyo espiritual	5420	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Apoyo para la consecución del sustento	7500	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Aromaterapia	1330	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos

(Continúa)

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 1 **Tiempo y formación para las 614 intervenciones de la NIC listadas por orden alfabético *(cont.)***

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Arteterapia	4330	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Asesoramiento	5240	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Asesoramiento antes de la concepción	5247	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Asesoramiento en la lactancia	5244	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Asesoramiento nutricional	5246	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Asesoramiento sexual	5248	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Asistencia en el mantenimiento del hogar	7180	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)	2400	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Asistencia quirúrgica	2900	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Aspiración de la vía aérea	3160	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Autorización de seguros	7410	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Autotransfusión	2860	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Ayuda a la ventilación	3390	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Ayuda con el autocuidado	1800	Ayudante de enfermería	16-30 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 recursos económicos	7380	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Ayuda en el acceso a la historia clínica electrónica	8070	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Ayuda en la exploración	7680	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Ayuda en la modificación de sí mismo	4470	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Ayuda para dejar de fumar	4490	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Ayuda para el control de la ira	4640	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Ayuda para ganar peso	1240	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Ayuda para perder peso	1280	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Baño	1610	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Biblioterapia	4680	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Biorretroalimentación	5860	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Cambio de posición	0840	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cambio de posición: decúbito prono	3330	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Cambio de posición: intraoperatorio	0842	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Cambio de posición: neurológico	0844	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cambio de posición: silla de ruedas	0846	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Clarificación de valores	5480	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Colaboración con otros profesionales sanitarios	7685	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Comprobación de sustancias controladas	7620	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Conciliación de medicación	2395	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Consejo genético	5242	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Consulta	7910	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Consulta mediante telecomunicación	8180	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Contacto	5460	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Contención de los costes	7630	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Control de calidad	7800	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Control de infecciones	6540	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Control de infecciones: intraoperatorio	6545	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Coordinación preoperatoria	2880	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Cribado de salud	6520	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Cribado visual	6675	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados cardíacos	4040	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados cardíacos: agudos	4044	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados cardíacos: rehabilitación	4046	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico	4064	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial	4062	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos

Tabla 1 **Tiempo y formación para las 614 intervenciones de la NIC listadas por orden alfabético *(cont.)***

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa	4066	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Cuidados de canguro (del niño prematuro)	6840	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Cuidados de enfermería al ingreso	7310	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la circuncisión	3000	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Cuidados de la incontinencia intestinal	0410	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la incontinencia intestinal: encopresis	0412	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la incontinencia urinaria	0610	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis	0612	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la ostomía	0480	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Cuidados de la piel: productos absorbentes	3570	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Cuidados de la piel: tratamiento tópico	3584	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la piel: zona del injerto	3583	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la piel: zona donante	3582	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la retención urinaria	0620	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Cuidados de las amputaciones	3420	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados de las heridas	3660	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización	3664	Licenciada/graduadaen enfermería	31-45 minutos
Cuidados de las heridas: drenaje cerrado	3662	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados de las heridas: protección	3670	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cuidados de las heridas: quemaduras	3661	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Cuidados de las lentes de contacto	1620	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Cuidados de las lesiones 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/graduada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de los ojos	1650	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Cuidados de los pies	1660	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de los yesos: mantenimiento	0762	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Cuidados de los yesos: yeso húmedo	0764	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de relevo	7260	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Cuidados de tracción/inmovilización	0940	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Cuidados del adolescente	8272	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Cuidados del cabello y del cuero cabelludo	1670	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cuidados del drenaje	1870	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Cuidados del drenaje: gastrointestinal	1874	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Cuidados del drenaje: torácico	1872	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Cuidados del drenaje: umbilical	1875	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Cuidados del drenaje: urinario	1876	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Cuidados del drenaje: ventriculostomía/lumbar	1878	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Cuidados del embarazo de alto riesgo	6800	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Cuidados del embolismo: periférico	4104	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados del embolismo: pulmonar	4106	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados del lactante	6820	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Cuidados del lactante: ayuda para la exploración ocular	6810	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados del lactante: prematuro	6826	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Cuidados del lactante: recién nacido	6824	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Cuidados del niño	8274	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Cuidados del paciente encamado	0740	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cuidados del parto por cesárea	6750	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados del sitio de incisión	3440	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados del trauma por una agresión sexual	6300	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Cuidados en el duelo	5215	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Cuidados en la agonía	5260	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados en la emergencia	6200	Ayudante de enfermería	16-30 minutos

(Continúa)

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 1 **TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 614 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO *(cont.)***

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Cuidados intraparto	6830	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Cuidados intraparto: parto de alto riesgo	6834	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Cuidados perineales	1750	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Cuidados por interrupción del embarazo	6950	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Cuidados posparto	6930	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Cuidados *post mortem*	1770	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cuidados postanestesia	2870	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Cuidados prenatales	6960	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Dar esperanza	5310	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Declaración	7930	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Declarar la verdad al paciente	5470	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Defensa de la salud de la comunidad	8510	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Delegación	7650	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Derivación	8100	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Desarrollo de interacciones empáticas	5000	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Desarrollo de la salud de la comunidad	8500	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Desarrollo de un programa	8700	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Desarrollo de vías clínicas	7640	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Desprescripción de medicación	2370	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Destete de la ventilación mecánica	3310	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Detección de la trata de seres humanos	6525	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Disminución de la ansiedad	5820	Ayudante de enfermería	31-45 minutos
Disminución de la flatulencia	0470	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Disminución de la hemorragia	4020	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Disminución de la hemorragia: digestiva	4022	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Disminución de la hemorragia: epistaxis	4024	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Disminución de la hemorragia: heridas	4028	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Disminución de la hemorragia: útero anteparto	4021	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Disminución de la hemorragia: útero posparto	4026	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Disminución del estrés por traslado	5350	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Distracción	5900	Ayudante de enfermería	31-45 minutos
Documentación	7920	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Documentación: reuniones	7926	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Ecografía: obstétrica y ginecológica	6982	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Ecografía: vejiga urinaria	0565	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Educación para la salud	5510	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Educación parental: adolescentes	5562	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Educación parental: crianza familiar de los niños	5566	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Educación parental: lactante	5568	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Ejercicios del suelo pélvico	0560	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Elogio	4364	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Enseñanza: control de infecciones	5649	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: desarrollo del lactante (0-3 meses)	5655	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: desarrollo del lactante (4-6 meses)	5658	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: desarrollo del lactante (7-9 meses)	5656	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: desarrollo del lactante (10-12 meses)	5657	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: desarrollo en la primera infancia (1-5 años)	5680	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: desarrollo en la infancia media (6-12 años)	5650	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: desarrollo del adolescente (12-21 años)	5670	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: dieta prescrita	5614	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: ejercicio prescrito	5612	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: entrenamiento del control de esfínteres	5634	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos

Tabla 1 **Tiempo y formación para las 614 intervenciones de la NIC listadas por orden alfabético *(cont.)***

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Enseñanza: grupo	5604	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Enseñanza: habilidad psicomotora	5620	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: individual	5606	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Enseñanza: medicamentos prescritos	5616	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses)	5640	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del lactante (4-6 meses)	5641	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del lactante (7-9 meses)	5642	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del lactante (10-12 meses)	5643	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del niño (13-18 meses)	5660	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del niño (19-24 meses)	5661	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del niño (25-36 meses)	5662	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición en la primera infancia (1-5 años)	5682	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición en la infancia media (6-12 años)	5652	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del adolescente (12-21 años)	5672	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: preoperatoria	5610	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: prevención de las lesiones deportivas	6648	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Enseñanza: procedimientos o tratamientos	5618	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: proceso de enfermedad	5602	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: relaciones sexuales seguras	5622	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses)	5645	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del lactante (4-6 meses)	5646	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del lactante (7-9 meses)	5647	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del lactante (10-12 meses)	5648	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del niño (13-18 meses)	5665	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del niño (19-24 meses)	5666	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del niño (25-36 meses)	5667	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad en la primera infancia (1-5 años)	5684	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad en la infancia media (6-12 años)	5654	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del adolescente (12-21 años)	5674	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: sexualidad	5624	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Entrenamiento autógeno	5840	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Entrenamiento de la asertividad	4340	Licenciad/graduada a en enfermería	46-60 minutos
Entrenamiento de la memoria	4760	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Entrenamiento de la vejiga urinaria	0570	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Entrenamiento del hábito urinario	0600	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Entrenamiento en salud	5305	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Entrenamiento para controlar los impulsos	4370	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Entrevista motivacional	4395	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Escucha activa	4920	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Establecimiento de límites	4380	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Establecimiento de objetivos comunes	4410	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Estimulación cognitiva	4720	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Estimulación cutánea	1340	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)	1540	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Etapas en la dieta	1020	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Etapas en la dieta: cirugía para la pérdida de peso	1024	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Evaluación de compañeros	7700	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Evaluación de productos	7760	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Exploración mamaria	6522	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos

(Continúa)

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 1 TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 614 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO *(cont.)*

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Extubación endotraqueal	3270	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Extubación endotraqueal: paliativa	1360	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Facilitación de la autohipnosis	5922	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Facilitación de la autorresponsabilidad	4480	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Facilitación de la cuarentena	6596	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Facilitación de la justicia social	8740	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Facilitación de la meditación	5960	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Facilitación de la presencia de la familia	7170	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Facilitación de la superación de la aflicción	5290	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Facilitación de la superación de la aflicción: muerte perinatal	5294	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Facilitación de la superación de la culpa	5300	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Facilitación de las visitas	7560	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Facilitación de los permisos	7440	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Facilitación del aprendizaje	5520	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Facilitación del crecimiento espiritual	5426	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Facilitación del desarrollo profesional	7770	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Facilitación del distanciamiento físico	6594	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Facilitación del perdón	5280	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Favorecimiento de la implicación familiar	7110	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Favorecimiento de la integridad familiar	7100	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Favorecimiento de la integridad familiar: familia con recién nacido	7104	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Favorecimiento de la mecánica corporal	0140	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Favorecimiento de la normalización	7200	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Favorecimiento de la perfusión cerebral	2550	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Favorecimiento de la resiliencia	8340	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Favorecimiento de la resiliencia: comunidad	8720	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Favorecimiento de la salud oral	1720	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Favorecimiento de la seguridad en el vehículo	9050	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Favorecimiento del apego	6710	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Favorecimiento del ejercicio	0200	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Favorecimiento del ejercicio: entrenamiento de fuerza	0201	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Favorecimiento del ejercicio: estiramientos	0202	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Favorecimiento del rol parental	8300	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Fisioterapia torácica	3230	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Fitoterapia	2420	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Flebotomía: donación de sangre	4234	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Flebotomía: muestra de sangre venosa	4238	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Fototerapia: neonato	6924	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Fototerapia: piel	3510	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Fototerapia: regulación del estado de ánimo	6926	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Gestión de casos	7320	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Gestión de la cadena de suministro	7840	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Gestión de la competencia	7850	Licenciada en enfermería	>1 hora
Gestión de los recursos económicos	8550	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Gestión del protocolo de investigación	8130	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Grupo de apoyo	5430	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Hipnosis	5920	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Humor	5320	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Identificación de riesgos	6610	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Identificación de riesgos: enfermedades infecciosas	6620	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Identificación de riesgos: familia con recién nacido	6612	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora

Tabla 1 **Tiempo y formación para las 614 intervenciones de la NIC listadas por orden alfabético *(cont.)***

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Identificación de riesgos: genéticos	6614	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Identificación del paciente	6574	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Inducción del parto	6850	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Inducción e intubación en secuencia rápida	3340	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Información preparatoria: sensorial	5580	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Informe de incidencias	7980	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Infusión de células madre	4266	Licenciada en enfermería con posgrado	>1 hora
Inmovilización	0910	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Intercambio de información de cuidados de salud	7960	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Interpretación de datos de laboratorio	7690	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Intervención en caso de crisis	6160	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Intubación y estabilización de la vía aérea	3120	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Irrigación de heridas	3680	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Irrigación de la vejiga urinaria	0550	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Irrigación de los oídos	1645	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Irrigación de los ojos	1655	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Irrigación nasal	3316	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Llevar un diario	4740	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Ludoterapia	4430	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Manejo ambiental	6480	Ayudante de enfermería	31-45 minutos
Manejo ambiental: comunidad	6484	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Manejo ambiental: prevención de la violencia	6487	Ayudante de enfermería	>1 hora
Manejo ambiental: seguridad	6486	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo ambiental: seguridad del trabajador	6489	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Manejo de electrólitos	2000	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de electrólitos: hipercalcemia	2001	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrólitos: hiperfosfatemia	2005	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrólitos: hipermagnesemia	2003	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrólitos: hipernatremia	2004	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrólitos: hiperpotasemia	2002	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrólitos: hipocalcemia	2006	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrólitos: hipofosfatemia	2010	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrólitos: hipomagnesemia	2008	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrólitos: hiponatremia	2009	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrólitos: hipopotasemia	2007	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de enfermedades transmisibles	8820	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Manejo de la alergia	6410	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la anafilaxia	6412	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Manejo de la arritmia	4090	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la conducta	4350	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Manejo de la conducta: autolesión	4354	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la conducta: falta de atención e hiperactividad	4352	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la conducta: sexual	4356	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la demencia	6460	Licenciada/graduada 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/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la diarrea	0460	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Manejo de la disreflexia	2560	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la eliminación urinaria	0590	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Manejo de la energía	0180	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la hiperglucemia	2120	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Manejo de la hiperlipidemia	2125	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	31-45 minutos

(Continúa)

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 1 **TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 614 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO *(cont.)***

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Manejo de la hipertensión	4162	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la hipertermia	3786	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la hipervolemia	4170	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la hipoglucemia	2130	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Manejo de la hipotensión	4175	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la hipotermia	3800	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Manejo de la hipovolemia	4180	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la instrumentación quirúrgica	2910	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Manejo de la medicación	2380	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la medicación: cannabis medicinal	2385	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Manejo de la medicación: dispositivo de infusión portátil	2398	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Manejo de la nutrición	1100	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Manejo de la parada cardiorrespiratoria	6140	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la quimioterapia	2240	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Manejo de la radioterapia	6600	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Manejo de la sedación	2260	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Manejo de la sensibilidad periférica alterada	2660	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Manejo de la tecnología	7880	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Manejo de la tecnología reproductiva	7886	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Manejo de la terapia electroconvulsiva	2570	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Manejo de la terapia trombolítica	4270	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Manejo de la termorregulación	3920	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la vacunación	6530	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la ventilación mecánica: invasiva	3300	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva	3302	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Manejo de la ventilación mecánica: prevención de la neumonía	3304	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Manejo de la vía aérea	3140	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la vía aérea artificial	3180	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Manejo de las alucinaciones	6510	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Manejo de las convulsiones	2680	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de las ideas delirantes	6450	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Manejo de las náuseas	1450	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de líquidos	4120	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de líquidos/electrólitos	2080	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Manejo de los trastornos de la alimentación	1030	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Manejo de muestras	7820	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Manejo del acceso venoso central: inserción central	4054	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Manejo del acceso venoso central: inserción periférica	4220	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Manejo del apaciguamiento	6170	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del asma	3210	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del confort	6482	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Manejo del delirium	6440	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Manejo del desfibrilador: externo	4095	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del desfibrilador: interno	4096	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del dolor: agudo	1410	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del dolor: crónico	1415	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Manejo del dolor de parto	6855	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Manejo del edema cerebral	2540	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Manejo del equilibrio ácido-base	1910	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Manejo del equilibrio ácido-base: acidosis metabólica	1911	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos

Tabla 1 **Tiempo y formación para las 614 intervenciones de la NIC listadas por orden alfabético *(cont.)***

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Manejo del equilibrio ácido-base: acidosis respiratoria	1913	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del equilibrio ácido-base: alcalosis metabólica	1912	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del equilibrio ácido-base: alcalosis respiratoria	1914	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del estado de ánimo	5330	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del estreñimiento	0450	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del marcapasos: permanente	4091	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del marcapasos: temporal	4092	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del pesario	0630	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del peso	1260	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del prolapso rectal	0490	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Manejo del prurito	3550	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del riesgo cardíaco	4050	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del shock	4250	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del shock: cardíaco	4254	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del shock: sepsis	4255	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del shock: vasogénico	4256	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del shock: volumen	4258	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del síndrome premenstrual (SPM)	1440	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Manejo del torniquete neumático	2865	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Manejo del vómito	1570	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Manejo intestinal	0430	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Mantenimiento de la salud oral	1710	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Mantenimiento de procesos familiares	7130	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Mantenimiento del acceso para diálisis	4240	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Marketing social	8750	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Masaje	1480	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Masaje abdominal	1310	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Mediación de conflictos	5020	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Mejora de la alfabetización en salud	5515	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Mejora de la autoconciencia	5390	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Mejora de la autoeficacia	5395	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Mejora de la autoestima	5400	Licenciad/graduada a en enfermería	16-30 minutos
Mejora de la capacidad funcional	1665	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Mejora de la colaboración	7615	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Mejora de la comunicación: déficit auditivo	4974	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Mejora de la comunicación: déficit del habla	4976	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Mejora de la comunicación: déficit visual	4978	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Mejora de la imagen corporal	5220	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Mejora de la práctica religiosa	5424	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Mejora de la socialización	5100	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Mejora de la tos	3250	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Mejora de las aptitudes para la vida diaria	5326	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Mejora de los sistemas de apoyo	5440	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Mejora de roles	5370	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Mejora del afrontamiento	5230	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Mejora del desarrollo: lactantes	8278	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Mejora del sueño	1850	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Micción estimulada	0640	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Modificación de la conducta	4360	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Modificación de la conducta: habilidades sociales	4362	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Monitorización de electrólitos	2020	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos

(Continúa)

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 1 **TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 614 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO *(cont.)***

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Monitorización de la presión intracraneal (PIC)	2590	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Monitorización de las extremidades inferiores	3480	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Monitorización de líquidos	4130	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Monitorización de los signos vitales	6680	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Monitorización del equilibrio ácido-base	1920	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Monitorización fetal electrónica: antes del parto	6771	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Monitorización fetal electrónica: durante el parto	6772	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Monitorización hemodinámica invasiva	4210	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Monitorización neurológica	2620	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Monitorización nutricional	1160	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Monitorización respiratoria	3350	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Movilización familiar	7120	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Muestra de sangre capilar	4035	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Musicoterapia	4400	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Negociación de cuidados culturales	7330	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Obtención de órganos	6260	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Orientación anticipatoria	5210	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Orientación en el sistema sanitario	7400	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Orientación en la realidad	4820	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Oxigenoterapia	3320	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Parto	6720	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Planificación anticipada de los cuidados	7300	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Planificación familiar: anticoncepción	6784	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Planificación familiar: embarazo no deseado	6788	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Planificación familiar: infertilidad	6786	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Planificación para el alta	7370	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Planificación para el alta: preparación del hogar	6485	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Precauciones circulatorias	4070	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Precauciones con el láser	6560	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Precauciones contra fugas	6470	Ayudante de enfermería	>1 hora
Precauciones en el embolismo	4110	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Precauciones en incendios provocados	6500	Ayudante de enfermería	>1 hora
Precauciones en la alergia al látex	6570	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Precauciones en la aspiración	3200	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Precauciones en la hemorragia subaracnoidea	2720	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Precauciones en la hipertermia maligna	3840	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Precauciones en la neutropenia	6580	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Precauciones en las convulsiones	2690	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Precauciones en pandemias	6592	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Precauciones quirúrgicas	2920	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Preceptor: empleado	7722	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Preceptor: estudiante	7726	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Preparación al parto	6760	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Preparación ante el bioterrorismo	8810	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Preparación para una catástrofe en la comunidad	8840	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Preparación quirúrgica	2930	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Prescripción: pruebas diagnósticas	8080	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Prescripción: tratamiento no farmacológico	8086	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Prescripción de medicación	2390	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	≤15 minutos
Presencia	5340	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Preservación de la fertilidad	7160	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Prevención de caídas	6490	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Prevención de hemorragias	4010	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Prevención de la sequedad ocular	1350	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos

Tabla 1 **TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 614 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO *(cont.)***

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Prevención de las lesiones por presión	3540	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Prevención de las recidivas	5235	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Prevención del consumo de sustancias nocivas	4500	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Prevención del reingreso	7470	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Prevención del shock	4260	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Prevención del suicidio	6340	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Primeros auxilios	6240	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Protección contra las infecciones	6550	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Protección de los derechos del paciente	7460	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Protección de riesgos ambientales	8880	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Pruebas diagnósticas en el punto de atención	7610	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Punción arterial: muestra de sangre arterial	4232	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Punción intravenosa (i.v.)	4190	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Reanimación	6320	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Reanimación: feto	6972	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Reanimación: neonato	6974	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Recogida de datos forenses	7940	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Reestructuración cognitiva	4700	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Reflexión guiada	4730	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Registro corporal	6425	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Regulación de la temperatura	3900	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Regulación de la temperatura: perioperatoria	3902	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Regulación de la temperatura: recién nacido	3910	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Regulación hemodinámica	4150	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Reiki	1520	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Relajación muscular progresiva	1460	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Reposición de líquidos	4140	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Restablecimiento de la salud oral	1730	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Restricción de zonas de movimiento	6420	Ayudante de enfermería	>1 hora
Restricción física	6580	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Restricción química	6430	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Reunión de seguridad	7810	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Reunión multidisciplinar sobre cuidados	8020	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Revisión del carro de emergencias	7660	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Seguimiento de la política sanitaria	7970	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Seguimiento tras el alta	8190	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Sondaje nasogástrico	1080	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Sondaje vesical	0580	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Sondaje vesical: externo	0581	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Sondaje vesical: intermitente	0582	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Succión no nutritiva	6900	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Supervisión del personal	7830	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Supresión de la lactancia	6870	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Supresión de las contracciones de parto	6860	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Sutura	3620	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Tacto curativo	1390	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Tacto terapéutico	5465	Licenciada/graduada 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/graduada en enfermería	>1 hora
Terapia con sanguijuelas	3460	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Terapia de actividad	4310	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Terapia de baile	4367	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Terapia de deglución	1860	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos

(Continúa)

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 1 **TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 614 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO *(cont.)***

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Terapia de diálisis peritoneal	2150	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Terapia de ejercicios: ambulación	0221	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Terapia de ejercicios: control muscular	0226	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Terapia de ejercicios: equilibrio	0222	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Terapia de ejercicios: movilidad articular	0224	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Terapia de entretenimiento	5360	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Terapia de grupo	5450	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Terapia de hemodiálisis	2100	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Terapia de hemofiltración	2110	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Terapia de inducción de hipotermia	3790	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Terapia de jardinería	4368	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Terapia de la adicción a la religión	5422	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Terapia de relajación	6040	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Terapia de reminiscencia	4860	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Terapia de sustitución hormonal	2280	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Terapia de validación	6670	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Terapia del trauma: niño	5410	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Terapia familiar	7150	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Terapia hormonal para personas transgénero	2430	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Terapia intravenosa (i.v.)	4200	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Terapia mediante oxigenación con membrana extracorpórea	4115	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Terapia nutricional	1120	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Transcripción de órdenes	8060	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Transferencia	0970	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Transferencia de cuidados del paciente	8140	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Transporte: dentro del centro	7892	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Transporte: entre centros	7890	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Tratamiento del consumo de sustancias nocivas	4510	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: abstinencia de las drogas	4514	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: abstinencia del alcohol	4512	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: sobredosis	4516	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Triaje: catástrofe en la comunidad	6362	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Triaje: centro de urgencias	6364	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Triaje: telecomunicación	6366	Licenciada/graduada en enfermería	≤15 minutos
Vestir	1630	Ayudante de enfermería	≤15 minutos
Vigilancia	6650	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Vigilancia: al final del embarazo	6656	Licenciada/graduada en enfermería con posgrado	>1 hora
Vigilancia: comunidad	6652	Licenciada/graduada en enfermería	>1 hora
Vigilancia: monitorización con vídeo	6660	Ayudante de enfermería	>1 hora
Vigilancia: monitorización remota	6658	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Vigilancia de la piel	3590	Licenciada/graduada en enfermería	16-30 minutos
Visitas domiciliarias de apoyo	5328	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Visualización guiada	6000	Licenciada/graduada en enfermería	31-45 minutos
Yoga	6050	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos
Yoga de la risa	5930	Licenciada/graduada en enfermería	46-60 minutos

SEXTA PARTE

Intervenciones de enfermería y resultados de enfermería vinculados a condiciones clínicas

Intervenciones de enfermería y resultados de enfermería vinculados a condiciones clínicas

Esta sección proporciona vínculos entre seis condiciones clínicas, los resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y las intervenciones de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (v. tablas 1 a 6). Esta sección ilustra cómo los resultados NOC y las intervenciones NIC pueden vincularse a las condiciones clínicas y utilizarse para formular un plan de cuidados para un individuo con una de estas condiciones. Como señalan Bulechek y cols.:

> «Un *vínculo* se define como una relación o asociación entre una condición clínica, un resultado de enfermería y una intervención de enfermería que hace que se produzcan juntos para obtener un resultado deseado o la resolución del problema de una persona. Los vínculos facilitan el razonamiento diagnóstico y la toma de decisiones clínicas de la enfermera al identificar las intervenciones de enfermería y los resultados que son opciones de tratamiento para la resolución de la condición clínica. También pueden ayudar a quienes diseñan sistemas de información clínica de enfermería a estructurar sus bases de datos»[4] (pág. 462).

Las condiciones clínicas presentadas en esta sección son Cáncer de pulmón, Colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn, Enfermedad arterial coronaria, Enfermedad por coronavirus de 2019, Hiperlipidemia y Trastorno por consumo de sustancias. Cada apartado contiene una descripción de la afección, incluida la prevalencia y la mortalidad, y señala las recomendaciones basadas en la evidencia para el tratamiento. Todas las afecciones de esta sección figuran en la lista de las 10 principales afecciones que afectan a las personas en los Estados Unidos[29], y la mayoría de ellas se encuentran entre los problemas de salud más costosos en el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) correspondiente al Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, NCCDPHP)[6].

Las afecciones se presentan alfabéticamente utilizando los nombres identificados en las secciones anteriores. Se presenta un plan de cuidados genérico, con variaciones en la profundidad y el número de resultados e intervenciones previstos. En general los planes no tienen en cuenta la edad, el sexo, el nivel socioeconómico ni la cultura, ya que pueden variar de una organización a otra. Sí muestran las diversas formas en que los resultados de la NOC y las intervenciones de la NIC pueden utilizarse en el desarrollo de planes de cuidados genéricos e individualizados para personas con cualquiera de estas seis condiciones clínicas.

Los resultados de las NOC se presentan por orden alfabético y no por orden de importancia o en una secuencia concreta en la que podrían utilizarse. Las intervenciones de la NIC son exhaustivas e incluyen múltiples intervenciones, de nuevo por orden alfabético pero indicando también las prioridades. Los dos niveles de intervenciones siguientes se presentan para cada condición clínica en columnas separadas:

1. Intervenciones principales: «son la(s) intervención(es) más probable(s) o más obvia(s) para influir en el resultado indicado»[4] (pág. 462).
2. Intervenciones sugeridas: «son intervenciones que probablemente aborden el resultado, pero no con tanta probabilidad como la intervención prioritaria, en la mayoría de las personas con la enfermedad. También son intervenciones que pueden aplicarse solo a algunas personas con la enfermedad, lo que permite a la enfermera adaptar aún más el plan de cuidados a la persona»[4] (pág. 462).

Se sugieren los siguientes pasos al utilizar la lista de vínculos:

1. Los factores que deben tenerse en cuenta al seleccionar los resultados son «el tipo de problema de salud, los diagnósticos de enfermería o médicos, las características del paciente, los recursos disponibles, las preferencias del paciente y el potencial de tratamiento»[28] (págs. 9-10). Moorhead y cols. también señalan que cuando la selección de resultados se basa en los diagnósticos médicos (o condiciones clínicas), «las enfermeras deben tener en cuenta los signos y síntomas del diagnóstico médico, así como los factores causales y otros factores relacionados»[28] (págs. 9-10).
2. Revisar las principales intervenciones de enfermería para ese resultado, para considerarlas en primer lugar como el tratamiento de elección para la resolución de una afección[4].
3. Revisar las intervenciones sugeridas que también pueden utilizarse para la resolución de la enfermedad[4].

Cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón se define como cualquier cáncer que se origina en el tejido pulmonar. Es la principal causa de muerte por cáncer y el segundo cáncer más diagnosticado tanto en hombres como en mujeres en los Estados Unidos, con 1,8 millones de muertes y 2,21 millones de casos en 2020[2]. Los varones afroamericanos tienen la incidencia más alta; las mujeres hispanas tienen la incidencia más baja[2]. En todo el mundo, el número de fumadores aumentó entre 1980 y 2012, y las tasas de cáncer de pulmón aumentaron en los países en desarrollo con un mayor consumo de tabaco[2]. Las opciones de tratamiento están mejorando, pero la supervivencia sigue siendo baja. Por ello, los cuidados de enfermería se centran en los efectos adversos del tratamiento, la adaptación a la enfermedad crónica y las medidas preventivas[8,12,22,24,44].

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Tabla 1 **VÍNCULOS NIC Y NOC PARA EL CÁNCER DE PULMÓN**

Resultado	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	
Adaptación a la discapacidad física	Ayuda en la modificación de sí mismo Enseñanza: proceso de enfermedad Establecimiento de objetivos comunes	Apoyo en la toma de decisiones Asesoramiento Enseñanza: control de infecciones Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito Enseñanza: habilidad psicomotora Enseñanza: medicamentos prescritos	Enseñanza: procedimientos o tratamientos Enseñanza: proceso de enfermedad Entrenamiento en salud Mejora del afrontamiento Negociación de cuidados culturales Reflexión guiada
Afrontamiento de problemas	Mejora del afrontamiento	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Elogio	Favorecimiento de la resiliencia Mejora de los sistemas de apoyo Terapia de grupo
Automanejo: cáncer	Enseñanza: procedimientos o tratamientos Enseñanza: proceso de enfermedad	Ayuda para dejar de fumar Cambio de posición Disminución de la ansiedad Enseñanza: control de infecciones Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito Enseñanza: individual Enseñanza: medicamentos prescritos Facilitación de la meditación Grupo de apoyo Identificación de riesgos	Manejo de la energía Manejo de la medicación Manejo de la vacunación Manejo de líquidos Mejora de la tos Mejora del afrontamiento Mejora del sueño Negociación de cuidados culturales Orientación en el sistema sanitario Oxigenoterapia Terapia de relajación
Calidad de vida	Clarificación de valores Dar esperanza	Apoyo a la familia Apoyo emocional Apoyo espiritual Apoyo para la consecución del sustento Favorecimiento de la resiliencia	Manejo del estado de ánimo Mejora de la socialización Mejora de los sistemas de apoyo Mejora de roles Mejora del afrontamiento
Conducta de fomento de la salud	Ayuda en la modificación de sí mismo Educación para la salud	Cribado de salud Enseñanza: control de infecciones Entrenamiento en salud Grupo de apoyo	Identificación de riesgos Mejora de la autoconciencia Mejora de los sistemas de apoyo
Conducta de mantenimiento del peso	Asesoramiento nutricional Manejo del peso	Ayuda para ganar peso Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito	Entrenamiento en salud Favorecimiento del ejercicio Modificación de la conducta
Conocimiento: manejo del cáncer	Enseñanza: procedimientos o tratamientos Enseñanza: proceso de enfermedad	Ayuda para dejar de fumar Cambio de posición Cambio de posición: decúbito prono Enseñanza: control de infecciones Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito Enseñanza: individual Enseñanza: medicamentos prescritos Fisioterapia torácica Grupo de apoyo Identificación de riesgos Manejo de la energía	Manejo de la medicación Manejo de la vacunación Manejo de líquidos Mejora de la tos Mejora del afrontamiento Mejora del sueño Negociación de cuidados culturales Orientación anticipatoria Orientación en el sistema sanitario Oxigenoterapia Terapia de relajación
Control de síntomas	Enseñanza: proceso de enfermedad	Asesoramiento nutricional Asesoramiento sexual Ayuda para dejar de fumar Enseñanza: control de infecciones Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito Enseñanza: medicamentos prescritos Enseñanza: procedimientos o tratamientos Favorecimiento de la implicación familiar	Favorecimiento de la resiliencia Grupo de apoyo Identificación de riesgos Manejo de la energía Manejo del peso Negociación de cuidados culturales Orientación en el sistema sanitario Terapia de relajación Yoga

(Continúa)

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 1 VÍNCULOS NIC Y NOC PARA EL CÁNCER DE PULMÓN *(cont.)*

Resultado	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	
Control del riesgo: cáncer	Identificación de riesgos	Ayuda para dejar de fumar Cribado de salud Educación para la salud	Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito Enseñanza: medicamentos prescritos
Creencias sobre la salud: percepción de control	Apoyo en la toma de decisiones Mejora de la autoeficacia	Asesoramiento Entrenamiento en salud Facilitación de la autorresponsabilidad	Llevar un diario Mejora del afrontamiento Planificación anticipada de los cuidados
Equilibrio electrolítico	Manejo de electrólitos	Manejo de líquidos/electrólitos Manejo del equilibrio ácido-base	Monitorización de electrólitos
Equilibrio hídrico	Manejo de líquidos	Manejo de líquidos/electrólitos Monitorización de líquidos	Manejo del peso Monitorización de los signos vitales
Esperanza	Apoyo espiritual Dar esperanza	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Contacto Cuidados en la agonía	Disminución de la ansiedad Facilitación de la superación de la aflicción Mejora del afrontamiento Presencia
Estado de comodidad	Manejo del confort	Facilitación de la meditación Manejo de la medicación Manejo del dolor: agudo Mejora del afrontamiento	Monitorización respiratoria Relajación muscular progresiva Técnica de relajación Terapia de relajación
Estado nutricional	Asesoramiento nutricional Monitorización nutricional	Enseñanza: dieta prescrita Manejo de la nutrición	Manejo del peso Terapia nutricional
Función respiratoria	Ayuda a la ventilación Monitorización respiratoria	Disminución de la ansiedad Fisioterapia torácica Manejo de la energía Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva Manejo de la vía aérea	Mejora de la tos Monitorización de los signos vitales Oxigenoterapia Precauciones en la aspiración
Nivel de depresión	Manejo del estado de ánimo Mejora de la autoestima Mejora del afrontamiento	Administración de medicación Apoyo emocional Asesoramiento Escucha activa	Facilitación de la expresión del sentimiento de culpa Facilitación del perdón Terapia de grupo
Nivel de fatiga	Manejo de la energía Prevención de caídas	Ayuda con el autocuidado Manejo ambiental Manejo de la medicación	Manejo del estado de ánimo Mejora del sueño Vigilancia
Quimioterapia: efectos físicos adversos	Manejo del confort	Enseñanza: control de infecciones Manejo de la diarrea Manejo de la medicación Manejo de las náuseas Manejo de la quimioterapia	Manejo del dolor: agudo Manejo del dolor: crónico Manejo del vómito Precauciones en la neutropenia Relajación muscular progresiva
Recuperación posterior al procedimiento	Manejo de la energía Manejo del dolor: agudo	Administración de analgésicos Ayuda con el autocuidado Cambio de posición Cuidados de las heridas: drenaje cerrado Cuidados del paciente encamado Cuidados del sitio de incisión Manejo de la eliminación urinaria Manejo de las náuseas Manejo de líquidos Manejo intestinal	Mantenimiento de la salud oral Mejora de la autoeficacia Mejora de la tos Mejora del sueño Monitorización de los signos vitales Monitorización nutricional Monitorización respiratoria Protección contra las infecciones Regulación de la temperatura
Resiliencia personal	Favorecimiento de la resiliencia	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Entrenamiento de la asertividad Entrenamiento en salud Establecimiento de objetivos comunes Facilitación de la autorresponsabilidad Grupo de apoyo Identificación de riesgos	Manejo del estado de ánimo Mejora de la alfabetización en salud Mejora de la autoeficacia Mejora de la autoestima Mejora de la capacidad funcional Mejora de roles Mejora del afrontamiento Orientación en el sistema sanitario

Tabla 1 VÍNCULOS NIC Y NOC PARA EL CÁNCER DE PULMÓN *(cont.)*

Resultado	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	
Respuesta a la medicación	Enseñanza: individual Enseñanza: medicamentos prescritos	Enseñanza: proceso de enfermedad Facilitación del aprendizaje Manejo de la diarrea Manejo de la medicación Manejo de la quimioterapia	Manejo de las náuseas Manejo del vómito Terapia nutricional Vigilancia
Salud espiritual	Apoyo espiritual	Apoyo emocional Clarificación de valores Cuidados en la agonía Dar esperanza Escucha activa Facilitación de la expresión del sentimiento de culpa Facilitación de la superación de la aflicción Mejora de la práctica religiosa	Facilitación del crecimiento espiritual Facilitación del perdón Mejora de la autoestima Mejora de los sistemas de apoyo Mejora del afrontamiento Musicoterapia Técnica de relajación Terapia de reminiscencia
Severidad de las náuseas y los vómitos	Manejo de las náuseas Manejo del vómito	Manejo de la nutrición Manejo del confort	Manejo del peso Vigilancia
Tolerancia de la actividad	Manejo de la energía Monitorización respiratoria Terapia de actividad	Ayuda con el autocuidado Enseñanza: ejercicio prescrito Facilitación de la meditación Favorecimiento de la mecánica corporal Favorecimiento del ejercicio Manejo ambiental Manejo de la medicación	Manejo de la nutrición Manejo del confort Manejo del peso Mejora de la capacidad funcional Mejora del sueño Oxigenoterapia Relajación muscular progresiva

Colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn

La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) son dos de las principales enfermedades inflamatorias intestinales (EII). La EC puede afectar a cualquier parte del tracto gastrointestinal, mientras que la CU afecta al intestino grueso o el recto[31]. La CU afecta al revestimiento del colon, mientras que la EC puede afectar a las capas de la pared del colon del tracto alimentario en cualquier lugar desde la boca hasta el ano y puede incluso saltarse segmentos[31] (pág. 11). A veces es difícil distinguir entre CU o EC. Alrededor de 3 millones de adultos en Estados Unidos padecen EC o CU, y aproximadamente 80.000 son niños[10]. La EC se encuentra en todos los grupos raciales del mundo, pero las mayores tasas de prevalencia se han registrado en poblaciones blancas, especialmente en Norteamérica y Europa; las tasas son significativamente más bajas en poblaciones negras y asiáticas[10]. La CU es más frecuente en personas de ascendencia judía de Europa central y oriental (asquenazí), y menos frecuente en afroamericanos, asiáticos, hispanos y nativos americanos. Los objetivos del tratamiento se centran en la remisión completa, aunque esto no se consigue tan fácilmente en la EC como en la CU, lo que lleva a que los cuidados de enfermería se centren en el manejo de los síntomas[5], la adaptación a la enfermedad crónica[23] y las medidas preventivas[10].

Tabla 2 VÍNCULOS NIC Y NOC PARA LA COLITIS ULCEROSA/ENFERMEDAD DE CROHN

Resultado	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	
Adaptación a la discapacidad física	Ayuda en la modificación de sí mismo Enseñanza: proceso de enfermedad Establecimiento de objetivos comunes	Asesoramiento Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito Enseñanza: individual Enseñanza: medicamentos prescritos	Enseñanza: proceso de enfermedad Entrenamiento en salud Mejora del afrontamiento Negociación de cuidados culturales
Automanejo: enfermedad inflamatoria intestinal	Enseñanza: ejercicio prescrito Enseñanza: medicamentos prescritos Enseñanza: proceso de enfermedad	Asesoramiento sexual Ayuda en la modificación de sí mismo Ayuda para dejar de fumar Facilitación de la meditación Favorecimiento del ejercicio Manejo de la energía	Manejo de la medicación Manejo de la nutrición Manejo del confort Manejo del peso Mejora del sueño Monitorización de los signos vitales

(Continúa)

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 2 **VÍNCULOS NIC Y NOC PARA LA COLITIS ULCEROSA/ENFERMEDAD DE CROHN *(cont.)***

Resultado	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	
Conducta de mantenimiento del peso	Asesoramiento nutricional Manejo del peso	Ayuda para ganar peso Ayuda para perder peso Enseñanza: dieta prescrita	Enseñanza: ejercicio prescrito Favorecimiento del ejercicio Modificación de la conducta
Conocimiento: manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal	Enseñanza: ejercicio prescrito Enseñanza: medicamentos prescritos Enseñanza: proceso de enfermedad	Asesoramiento sexual Ayuda en la modificación de sí mismo Ayuda para dejar de fumar Favorecimiento del ejercicio Grupo de apoyo Manejo de la energía	Manejo de la medicación Manejo de la nutrición Manejo del confort Manejo del peso Mejora del sueño Negociación de cuidados culturales
Control de síntomas	Enseñanza: proceso de enfermedad	Asesoramiento nutricional Asesoramiento sexual Ayuda para dejar de fumar Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito Enseñanza: medicamentos prescritos Entrenamiento en salud	Favorecimiento de la resiliencia Grupo de apoyo Identificación de riesgos Manejo de la energía Manejo del peso Negociación de cuidados culturales Terapia de relajación
Creencias sobre la salud: percepción de control	Apoyo en la toma de decisiones Mejora de la autoeficacia	Asesoramiento Entrenamiento de la asertividad Entrenamiento en salud	Facilitación de la autorresponsabilidad Llevar un diario Mejora del afrontamiento
Eliminación intestinal	Manejo intestinal	Administración de enema Manejo de la diarrea Manejo de la medicación Manejo de la nutrición Manejo de las náuseas	Manejo del dolor: agudo Manejo del estreñimiento Manejo del vómito Masaje abdominal
Equilibrio hídrico	Manejo de líquidos	Manejo de líquidos/electrólitos Manejo del peso	Monitorización de líquidos Monitorización de los signos vitales
Estado de comodidad	Manejo del confort	Apoyo emocional Facilitación de la meditación Manejo de la medicación Manejo del dolor: agudo	Monitorización de los signos vitales Relajación muscular progresiva Técnica de relajación Terapia de relajación
Estado nutricional	Asesoramiento nutricional Monitorización nutricional	Ayuda para ganar peso Ayuda para perder peso Enseñanza: dieta prescrita	Manejo de la nutrición Manejo del peso Terapia nutricional
Implicación social	Mejora de la socialización Modificación de la conducta: habilidades sociales	Apoyo a la familia Derivación Entrevista motivacional Favorecimiento de la implicación familiar Terapia de entretenimiento	Apoyo espiritual Facilitación de las visitas Grupo de apoyo Mejora de los sistemas de apoyo Mejora de roles
Modificación psicosocial: cambio de vida	Mejora del afrontamiento	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Apoyo espiritual Dar esperanza Favorecimiento de la resiliencia Grupo de apoyo Manejo de la conducta Manejo del estado de ánimo	Mejora de la autoestima Mejora de las aptitudes para la vida diaria Mejora de roles Negociación de cuidados culturales Orientación anticipatoria Terapia de relajación
Nivel de depresión	Manejo del estado de ánimo Mejora de la autoestima Mejora del afrontamiento	Apoyo emocional Asesoramiento Facilitación de la expresión del sentimiento de culpa	Facilitación del perdón Manejo de la medicación Terapia de grupo

Tabla 2 VÍNCULOS NIC Y NOC PARA LA COLITIS ULCEROSA/ENFERMEDAD DE CROHN *(cont.)*

Resultado	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	
Respuesta a la medicación	Enseñanza: individual Enseñanza: medicamentos prescritos Manejo de la medicación	Asesoramiento nutricional Manejo de la diarrea Manejo de las náuseas	Manejo del estreñimiento Manejo del vómito Vigilancia
Tolerancia de la actividad	Manejo de la energía	Ayuda con el autocuidado Enseñanza: ejercicio prescrito Manejo ambiental: seguridad	Mejora de la capacidad funcional Monitorización de los signos vitales Terapia de actividad

Enfermedad arterial coronaria

La enfermedad arterial coronaria (EAC) se produce cuando las arterias que suministran sangre al corazón se dañan, lo que provoca la formación de placa aterosclerótica en las arterias. Esto a su vez provoca la obstrucción del flujo sanguíneo a través de estas arterias endurecidas y estrechadas. Es el tipo más frecuente de cardiopatía y la principal causa de muerte en Estados Unidos, tanto en hombres como en mujeres[25]. En todo el mundo la EAC es una de las principales causas de muerte, que afecta negativamente a las personas, ya que reduce sus capacidades funcionales y su capacidad de autocuidado y deteriora su calidad de vida[46]. Los tratamientos incluyen ayudar a las personas afectadas a adoptar ajustes en su estilo de vida[46] y a desarrollar la autoeficacia y una mayor capacidad de autocuidado mediante la continuidad de los cuidados de enfermería[7,36].

Tabla 3 VÍNCULOS NIC Y NOC PARA LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

Resultado	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	
Automanejo: enfermedad arterial coronaria	Enseñanza: proceso de enfermedad	Asesoramiento nutricional Ayuda en la modificación de sí mismo Ayuda para dejar de fumar Ayuda para perder peso Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito Enseñanza: medicamentos prescritos Enseñanza: procedimientos o tratamientos Entrenamiento en salud Favorecimiento de la implicación familiar	Favorecimiento del ejercicio Manejo de la energía Manejo de la hiperlipidemia Manejo de la hipertensión Manejo de la medicación Manejo del riesgo cardíaco Mejora de la autoeficacia Mejora del sueño Negociación de cuidados culturales Terapia de relajación
Conducta de abandono del consumo de tabaco	Ayuda para dejar de fumar	Ayuda en la modificación de sí mismo Educación para la salud Enseñanza: proceso de enfermedad Entrenamiento en salud	Facilitación de la autorresponsabilidad Mejora del afrontamiento
Conducta de fomento de la salud	Educación para la salud	Ayuda en la modificación de sí mismo Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito Enseñanza: medicamentos prescritos Enseñanza: procedimientos o tratamientos	Enseñanza: proceso de enfermedad Entrenamiento en salud Identificación de riesgos Mejora de los sistemas de apoyo Negociación de cuidados culturales
Conducta de mantenimiento del peso	Manejo del peso	Asesoramiento nutricional Ayuda para perder peso Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito	Entrenamiento en salud Favorecimiento del ejercicio Manejo de la medicación Modificación de la conducta
Control de síntomas	Enseñanza: proceso de enfermedad	Asesoramiento nutricional Ayuda para dejar de fumar Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito Enseñanza: medicamentos prescritos Enseñanza: procedimientos o tratamientos Entrenamiento en salud Grupo de apoyo	Manejo de la energía Manejo de la hiperlipidemia Manejo de la hipertensión Manejo del peso Manejo del riesgo cardíaco Negociación de cuidados culturales Terapia de relajación

(Continúa)

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 3 VÍNCULOS NIC Y NOC PARA LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA *(cont.)*

Resultado	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	
Función respiratoria	Monitorización respiratoria	Ayuda a la ventilación Fisioterapia torácica Manejo de la energía Manejo de la vía aérea	Mejora de la tos Monitorización de los signos vitales Oxigenoterapia
Nivel de estrés	Terapia de relajación	Disminución de la ansiedad Facilitación de la autohipnosis Facilitación de la meditación Masaje Reflexión guiada	Reiki Terapia de jardinería Yoga Yoga de la risa
Participación en las decisiones sobre la salud	Apoyo en la toma de decisiones Facilitación de la autorresponsabilidad Mejora del afrontamiento	Entrenamiento de la asertividad Entrenamiento en salud Mejora de la autoeficacia	Mejora de la alfabetización en salud Orientación en el sistema sanitario
Severidad de la hipertensión	Manejo de la hipertensión	Ayuda para dejar de fumar Ayuda para perder peso Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito Enseñanza: medicamentos prescritos	Favorecimiento del ejercicio Manejo de la hiperlipidemia Manejo de la medicación Mejora del sueño Monitorización de líquidos
Tolerancia de la actividad	Manejo de la energía Terapia de actividad	Enseñanza: ejercicio prescrito Favorecimiento de la mecánica corporal Favorecimiento del ejercicio Manejo de la medicación	Manejo del peso Mejora de la capacidad funcional Oxigenoterapia

Enfermedad por coronavirus de 2019

La enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) es una enfermedad respiratoria infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2, con síntomas que varían de una enfermedad respiratoria leve a moderada a una enfermedad grave e incluso la muerte. Las personas mayores y las que padecen afecciones subyacentes como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas o cáncer tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave. En 2021 había 179 millones de casos confirmados en todo el mundo[11] y 6,9 millones de muertes[45]. Los datos iniciales indican una mayor proporción de infección en poblaciones no blancas y de bajos ingresos[33]. Los tratamientos incluyen centrarse en las necesidades psicológicas y fisiológicas[13,20], atender las necesidades respiratorias y las secuelas inesperadas[3,38,41], abordar las preocupaciones relacionadas con la edad, especialmente en poblaciones vulnerables[15], y fomentar la vacunación y las prácticas de control de infecciones[42].

Tabla 4 VÍNCULOS NIC Y NOC PARA LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019

Resultado	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	
Conducta de autocuidado: actividades de la vida diaria (AVD)	Ayuda con el autocuidado	Alimentación Ayuda con el autocuidado: micción/defecación	Ayuda con el autocuidado: transferencia Baño Vestir
Conductas de vacunación	Manejo de la vacunación	Enseñanza: procedimientos o tratamientos Enseñanza: proceso de enfermedad	Identificación de riesgos
Conocimiento: manejo de la enfermedad	Enseñanza: proceso de enfermedad	Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito Enseñanza: individual Enseñanza: medicamentos prescritos Enseñanza: procedimientos o tratamientos	Entrenamiento en salud Identificación de riesgos Manejo de la medicación Manejo de la vacunación Orientación en el sistema sanitario
Conservación de la energía	Manejo de la energía	Ayuda en la modificación de sí mismo Enseñanza: ejercicio prescrito Favorecimiento de la mecánica corporal	Manejo del dolor: agudo Mejora de la capacidad funcional Mejora del sueño

Tabla 4 **Vínculos NIC y NOC para la Enfermedad por coronavirus 2019** *(cont.)*

Resultado	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	
Control de síntomas	Manejo de la hipertermia Mejora de la tos	Administración de medicación Cambio de posición: decúbito prono Fisioterapia torácica Manejo de la energía Manejo de líquidos	Manejo del confort Mejora del sueño Monitorización nutricional Monitorización respiratoria Vigilancia
Control del riesgo: proceso infeccioso	Identificación de riesgos: enfermedades infecciosas	Facilitación de la autorresponsabilidad Identificación de riesgos	Protección contra las infecciones
Equilibrio hídrico	Manejo de líquidos	Manejo de líquidos/electrólitos Manejo del peso	Monitorización de líquidos Monitorización de los signos vitales
Estado de comodidad	Manejo del confort	Disminución de la ansiedad Manejo de la medicación Manejo del dolor: agudo	Relajación muscular progresiva Técnica de relajación Terapia de relajación
Estado nutricional	Asesoramiento nutricional Monitorización nutricional	Enseñanza: dieta prescrita Manejo de la nutrición	Terapia nutricional
Función neurológica: consciencia	Monitorización neurológica	Favorecimiento de la perfusión cerebral Manejo de la medicación Monitorización de los signos vitales	Monitorización respiratoria Vigilancia
Función respiratoria* Función respiratoria: intercambio gaseoso* Función respiratoria: permeabilidad de las vías respiratorias* Función respiratoria: ventilación*	Manejo de la vía aérea Monitorización respiratoria Oxigenoterapia	Aspiración de la vía aérea Ayuda a la ventilación Ayuda para dejar de fumar Cambio de posición Cambio de posición: decúbito prono Enseñanza: procedimientos o tratamientos Fisioterapia torácica Manejo de electrólitos Manejo de la energía Manejo de la medicación Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva Manejo de la ventilación mecánica: prevención de la neumonía	Manejo de la vía aérea Manejo de la vía aérea artificial Manejo del confort Manejo del equilibrio ácido-base: acidosis respiratoria Mejora de la tos Monitorización de líquidos Monitorización de los signos vitales Monitorización del equilibrio ácido-base Monitorización neurológica Precauciones en la aspiración Terapia mediante oxigenación con membrana extracorpórea Vigilancia
Modificación psicosocial: cambio de vida	Mejora del afrontamiento	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Apoyo espiritual Clarificación de valores Dar esperanza Entrenamiento en salud	Favorecimiento de la resiliencia Grupo de apoyo Mejora de las aptitudes para la vida diaria Mejora de roles Negociación de cuidados culturales
Nivel de fatiga	Mejora del sueño	Cambio de posición Manejo de la energía	Manejo de la medicación Masaje
Nivel de miedo	Mejora del afrontamiento	Apoyo emocional Dar esperanza Disminución de la ansiedad Tacto curativo	Apoyo espiritual Facilitación de la meditación Presencia Terapia de relajación
Respuesta a la medicación	Enseñanza: individual Enseñanza: medicamentos prescritos	Educación para la salud Facilitación del aprendizaje	Manejo de la medicación Vigilancia
Respuesta de la ventilación mecánica: adulto	Manejo de la ventilación mecánica: invasiva Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva	Ayuda a la ventilación Destete de la ventilación mecánica Manejo de la vía aérea Manejo de la vía aérea artificial	Monitorización de los signos vitales Monitorización del equilibrio ácido-base Monitorización respiratoria Oxigenoterapia

(Continúa)

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 4 **VÍNCULOS NIC Y NOC PARA LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019 *(cont.)***

Resultado	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	
Salud espiritual	Apoyo espiritual	Apoyo emocional Clarificación de valores Cuidados en la agonía Dar esperanza Facilitación de la aflicción	Facilitación de la expresión del sentimiento de culpa Facilitación del crecimiento espiritual Facilitación del perdón Mejora de la práctica religiosa Terapia de reminiscencia
Severidad de la acidosis respiratoria aguda	Manejo del equilibrio ácido-base: acidosis respiratoria	Ayuda a la ventilación Cambio de posición: decúbito prono Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva Manejo de la ventilación mecánica: prevención de la neumonía	Manejo del equilibrio ácido-base: alcalosis respiratoria: Monitorización del equilibrio ácido-base Monitorización respiratoria Oxigenoterapia
Severidad de la infección	Identificación de riesgos: enfermedades infecciosas	Cribado de salud Enseñanza: proceso de enfermedad Identificación de riesgos	Manejo de la vacunación Marketing social Protección contra las infecciones
Severidad de la soledad	Mejora del afrontamiento	Apoyo a la familia Apoyo emocional Consulta mediante telecomunicación Facilitación de la superación de la aflicción Manejo del estado de ánimo Mejora de la socialización	Mejora de los sistemas de apoyo Presencia Tacto curativo Terapia de actividad Terapia de entretenimiento
Termorregulación	Manejo de la hipertermia	Administración de medicación Manejo de líquidos Monitorización de líquidos	Protección contra las infecciones Regulación de la temperatura

*Puede aplicarse más de un resultado a una condición clínica.

Hiperlipidemia

La hiperlipidemia se define como concentraciones elevadas de lípidos en el organismo, como el colesterol o los triglicéridos. Las concentraciones elevadas de lípidos pueden predisponer a una persona a padecer enfermedades graves que pueden conducir a la muerte, como la EAC[19]. En la actualidad más de 3 millones de adultos en Estados Unidos y Europa padecen hiperlipidemia, y esta cifra sigue aumentando[18]. El grado de hiperlipidemia es mayor en las personas con EAC prematura, definida como la EAC que aparece en varones antes de los 55-60 años y en mujeres antes de los 65 años[18]. La prevalencia es significativamente mayor en la población blanca que en la población negra, y en los hombres que en las mujeres[18]. En los países con menores tasas totales de obesidad y consumo de grasas saturadas, la prevalencia de la hiperlipidemia y la consiguiente EAC es menor, en contraste con las tasas de Europa y de Estados Unidos[21]. El tratamiento es más eficaz cuando los cuidados de enfermería incluyen medidas no farmacológicas y farmacológicas, con especial atención a los cambios en el estilo de vida[17,26,35].

Tabla 5 **VÍNCULOS NIC Y NOC PARA LA HIPERLIPIDEMIA**

Resultado	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	
Automanejo: trastorno lipídico	Facilitación de la autorresponsabilidad Mejora de la autoeficacia	Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito Enseñanza: medicamentos prescritos Entrenamiento en salud Favorecimiento del ejercicio	Manejo de la hiperlipidemia Manejo de la medicación Manejo de la nutrición Manejo del peso Mejora del sueño
Conducta de fomento de la salud	Ayuda en la modificación de sí mismo Educación para la salud Enseñanza: proceso de enfermedad	Cribado de salud Elogio Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito Enseñanza: medicamentos prescritos Entrenamiento en salud Facilitación de la autorresponsabilidad	Identificación de riesgos Manejo de la medicación Manejo de la nutrición Modificación de la conducta Negociación de cuidados culturales Orientación en el sistema sanitario

Tabla 5 VÍNCULOS NIC Y NOC PARA LA HIPERLIPIDEMIA *(cont.)*

Resultado	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	
Conducta de mantenimiento del peso	Asesoramiento nutricional Manejo del peso	Ayuda para perder peso Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito	Favorecimiento del ejercicio Manejo de la medicación Modificación de la conducta
Conocimiento: manejo del trastorno lipídico	Enseñanza: proceso de enfermedad	Asesoramiento nutricional Ayuda para dejar de fumar Educación para la salud Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito Enseñanza: medicamentos prescritos	Entrenamiento en salud Facilitación del aprendizaje Favorecimiento del ejercicio Manejo del peso Mejora del sueño Negociación de cuidados culturales
Control de síntomas	Enseñanza: proceso de enfermedad	Asesoramiento nutricional Ayuda para dejar de fumar Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito Enseñanza: medicamentos prescritos Enseñanza: procedimientos o tratamientos	Favorecimiento del ejercicio Grupo de apoyo Identificación de riesgos Manejo del peso Negociación de cuidados culturales Terapia de relajación
Control del riesgo: trastorno lipídico	Manejo de la hiperlipidemia	Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: ejercicio prescrito	Enseñanza: medicamentos prescritos Interpretación de datos de laboratorio
Estado nutricional	Asesoramiento nutricional Monitorización nutricional	Enseñanza: dieta prescrita Manejo de la nutrición	Manejo del peso Terapia nutricional
Nivel de estrés	Disminución de la ansiedad Facilitación de la meditación Terapia de relajación	Facilitación de la autohipnosis Favorecimiento del ejercicio Grupo de apoyo Manejo del confort Mejora del sueño	Reflexión guiada Reiki Terapia de jardinería Yoga
Participación en las decisiones sobre la salud	Apoyo en la toma de decisiones Facilitación de la autorresponsabilidad	Establecimiento de objetivos comunes Mejora de la autoeficacia	Mejora de la alfabetización en salud
Respuesta a la medicación	Enseñanza: individual Enseñanza: medicamentos prescritos	Manejo de la hiperlipidemia Manejo de la medicación	Vigilancia

Trastorno por consumo de sustancias

El trastorno por consumo de sustancias se define como el consumo excesivo de drogas psicoactivas, como alcohol, analgésicos o drogas ilegales. Las sustancias o clases de sustancias para las que se reconocen trastornos adictivos incluyen alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opioides, (p. ej., sedantes, hipnóticos, ansiolíticos), estimulantes y tabaco[14]. Las estadísticas son alarmantes para este trastorno. Por ejemplo, en 2018 más de 139 millones de estadounidenses de 12 años o más informaron haber consumido alcohol, y 31 millones informaron haber consumido drogas ilícitas[40]. Los opioides estuvieron involucrados en casi el 68% de todas las muertes por sobredosis de drogas, y el consumo de sustancias le costó a los Estados Unidos más de 600.000 millones de dólares anuales[32]. Los hombres son más propensos a tener un trastorno por consumo de drogas que las mujeres, y las razas blanca e hispana son más propensas[40]. Los nativos americanos tienen la mayor prevalencia de trastornos relacionados con el consumo de sustancias, seguidos de los adolescentes de múltiples razas/etnias, los adolescentes de raza/etnia blanca, los hispanos, los afroamericanos y los asiáticos o isleños del Pacífico[40]. El tratamiento incluye medidas de desintoxicación[39] centradas en favorecer mejores hábitos de autocuidado para evitar recaídas[16,43], desarrollar la resiliencia personal[1,27,37], y medidas preventivas[9,30,34].

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 6 VÍNCULOS NIC Y NOC PARA LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Resultado	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	
Autocontrol de los impulsos	Clarificación de valores Entrenamiento para controlar los impulsos	Ayuda en la modificación de sí mismo Declarar la verdad al paciente Enseñanza: procedimientos o tratamientos Enseñanza: proceso de enfermedad Entrenamiento en salud Entrevista motivacional	Esperanza Establecimiento de objetivos comunes Facilitación de la autorresponsabilidad Grupo de apoyo Manejo de la conducta Manejo del apaciguamiento
Conducta de abandono del consumo de alcohol	Tratamiento del consumo de sustancias nocivas	Ayuda en la modificación de sí mismo Enseñanza: proceso de enfermedad Entrenamiento para controlar los impulsos Entrevista motivacional	Facilitación de la autorresponsabilidad Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: abstinencia del alcohol
Conducta de abandono del consumo de drogas	Tratamiento del consumo de sustancias nocivas	Ayuda en la modificación de sí mismo Entrenamiento para controlar los impulsos Facilitación de la autorresponsabilidad Grupo de apoyo Manejo de la medicación Mejora de la autoconciencia	Mejora de la autoeficacia Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: abstinencia de las drogas Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: sobredosis
Conducta de adherencia	Establecimiento de objetivos comunes	Asesoramiento Ayuda en la modificación de sí mismo Clarificación de valores Elogio Enseñanza: habilidad psicomotora Enseñanza: procedimientos o tratamientos	Enseñanza: proceso de enfermedad Facilitación de la autorresponsabilidad Grupo de apoyo Modificación de la conducta Prevención de las recidivas
Conducta de autocuidado	Ayuda con el autocuidado	Baño	Vestir
Conocimiento: estilo de vida saludable	Ayuda en la modificación de sí mismo Educación para la salud	Asesoramiento nutricional Ayuda para dejar de fumar Cribado de salud Favorecimiento del ejercicio Grupo de apoyo Identificación de riesgos	Manejo del peso Mejora de la autoconciencia Mejora de los sistemas de apoyo Mejora del afrontamiento Prevención del consumo de sustancias nocivas
Conocimiento: manejo del estrés	Disminución de la ansiedad Enseñanza: proceso de enfermedad	Ayuda para dejar de fumar Favorecimiento del ejercicio Grupo de apoyo	Manejo del confort Mejora del sueño Yoga
Consecuencias de la adicción a sustancias psicoactivas	Tratamiento del consumo de sustancias nocivas	Apoyo en la toma de decisiones Apoyo espiritual Asesoramiento Ayuda en la modificación de sí mismo Declarar la verdad al paciente Desarrollo de interacciones empáticas Enseñanza: proceso de enfermedad Entrenamiento para controlar los impulsos Facilitación de la autorresponsabilidad Favorecimiento de la implicación familiar Favorecimiento del ejercicio Grupo de apoyo	Manejo del apaciguamiento Mejora de la autoconciencia Mejora de la autoestima Mejora de la socialización Mejora de roles Mejora del afrontamiento Prevención del consumo de sustancias nocivas Protección contra las infecciones Registro corporal Terapia de grupo
Control del riesgo: consumo de alcohol	Mejora del afrontamiento Prevención del consumo de sustancias nocivas	Apoyo espiritual Ayuda en la modificación de sí mismo Entrenamiento para controlar los impulsos Facilitación de la autorresponsabilidad	Grupo de apoyo Identificación de riesgos Manejo de la conducta: autolesión Mejora de la autoestima
Control del riesgo: consumo de drogas	Mejora del afrontamiento Prevención del consumo de sustancias nocivas	Apoyo espiritual Ayuda en la modificación de sí mismo Entrenamiento para controlar los impulsos Facilitación de la autorresponsabilidad	Grupo de apoyo Identificación de riesgos Manejo de la conducta: autolesión Mejora de la autoestima

Tabla 6 VÍNCULOS NIC Y NOC PARA LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS *(cont.)*

Resultado	Intervenciones principales	Intervenciones sugeridas	
Control del riesgo: consumo de tabaco	Mejora del afrontamiento Prevención del consumo de sustancias nocivas	Apoyo espiritual Ayuda en la modificación de sí mismo Ayuda para dejar de fumar Entrenamiento para controlar los impulsos	Facilitación de la autorresponsabilidad Identificación de riesgos Manejo de la conducta: autolesión Mejora de la autoestima
Nivel de depresión	Manejo del estado de ánimo Mejora de la autoestima Mejora del afrontamiento	Administración de medicación Apoyo emocional Asesoramiento Escucha activa Esperanza	Facilitación de la expresión del sentimiento de culpa Facilitación del perdón Terapia de grupo
Resiliencia personal	Favorecimiento de la resiliencia	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Facilitación de la autorresponsabilidad Facilitación de la justicia social Grupo de apoyo	Manejo del estado de ánimo Mejora de la autoestima Mejora de roles Mejora del afrontamiento
Respuesta a la medicación	Enseñanza: individual Enseñanza: medicamentos prescritos	Educación para la salud Facilitación del aprendizaje	Manejo de la medicación Vigilancia
Soporte social	Favorecimiento de la implicación familiar Mejora de los sistemas de apoyo	Apoyo a la familia Apoyo al cuidador Apoyo espiritual Cuidados de relevo Derivación	Facilitación de la justicia social Grupo de apoyo Mejora de la socialización Prevención de las recidivas

Bibliografía

1. Ariss, T., & Fairbairn, C. E. (2020). The effect of significant other involvement in treatment for substance use disorders: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(6), 526-540. https://doi.org/10.1037/ccp0000495.
2. Bade, B. C., & Cruz, C. S. D. (2020). Lung cancer 2020: Epidemiology, etiology, and prevention. *Clinics in Chest Medicine, 41*(1), 1-24.
3. Behesht Aeen, F., Pakzad, R., Goudarzi Rad, M., Abdi, F., Zaheri, F., & Mirzadeh, N. (2021). Effect of prone position on respiratory parameters, intubation and death rate in COVID-19 patients: Systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports, 11*(1), 14407. https://doi.org/10.1038/s41598-021-93739-y.
4. Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (2013). *Nursing Interventions Classification* (6th ed.). Elsevier.
5. Casey, G. (2017). Inflammatory bowel disease. *Kai Tiaki Nursing New Zealand, 23*(2), 20-26.
6. Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Health and economic costs for chronic diseases. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP)*. https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/costs/index.htm.
7. Chiang, C.-Y., Choi, K.-C., Ho, K.-M., & Yu, S.-F. (2018). Effectiveness of nurse-led patient-centered care behavioral risk modification on secondary prevention of coronary heart disease: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 84*, 28-39. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.012.
8. Chorattas, A., Papastavrou, E., Charalambous, A., & Kouta, C. (2020). Home-based educational programs for management of dyspnea: A systematic literature review. *Home Health Care Management & Practice, 32*(4), 211-217. https://doi.org/10.1177/1084822320907908.
9. Compton, W. M., Jones, C. M., Baldwin, G. T., Harding, F. M., Blanco, C., & Wargo, E. M. (2019). Targeting youth to prevent later substance use disorder: an underutilized response to the US opioid crisis. *American Journal of Public Health, 109*(S3), S185-S189.
10. Davis, S. C., Robinson, B. L., Vess, J., & Lebel, J. S. (2018). Primary care management of ulcerative colitis. *Nurse Practitioner, 43*(1), 11-20. https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000527565.05934.14.
11. Dessie, Z. G., & Zewotir, T. (2021). Mortality-related risk factors of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of 42 studies and 423,117 patients. *BMC Infectious Diseases, 21*(1), 1-28. https://doi.org/10.1186/s12879-021-06536-3.
12. dos Santos Cordeiro, V., Migueis Berardinelli, L. M., & da Silva Santos, R. (2018). Chemotherapy in patients with lung cancer: A look on nursing care. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE, 12*(10), 2854-2863. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a234745p2854-2863-2018.
13. Fan, W.-J., & Liu, X.-L. (2020). Effect of advanced nursing care on psychological disorder in patients with COVID-19: A protocol of systematic review. *Medicine, 99*(27), 1-3. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000021026.
14. Finnell, D. S., Tierney, M., & Mitchell, A. M. (2019). Nursing: Addressing substance use in the 21st century. *Substance Abuse, 40*(4), 412-420. https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1674240.
15. Frazer, K., Mitchell, L., Stokes, D., Lacey, E., Crowley, E., & Kelleher, C. C. (2021). A rapid systematic review of measures to protect older people in long-term care facilities from COVID-19. *BMJ Open, 11*(10), e047012. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047012.
16. Gonzalez, Y., Kozachik, S., & Finnell, D. (2020). Educating ambulatory care nurses to address substance use. *Journal of Nursing Care Quality, 35*(4), 353-358. https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000466.
17. Gorina, M., Limonero, J. T., & Álvarez, M. (2018). Effectiveness of primary healthcare educational interventions undertaken by nurses to improve chronic disease management in patients with diabetes mellitus, hypertension and hypercholesterolemia: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 86*, 139-150. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.06.016.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

18. Grundy, S. M., Stone, N. J., Bailey, A. L., Beam, C., Birtcher, K. K., Blumenthal, R. S., Braun, L. T., De Ferranti, S., Faiella-Tommasino, J., Forman, D. E., Goldberg, R., & Yeboah, J. (2019). 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the management of blood cholesterol: Executive summary: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology, 73*(24), 3168-3209.
19. Jellinger, P. S., Smith, D. A., Mehta, A. E., Ganda, O., Handelsman, Y., Rodbard, H. W., Shepherd, M. D., & Seibel, J. A. (2012). AACE Task Force for Management of Dyslipidemia and Prevention of Atherosclerosis, American Association of Clinical Endocrinologists' Guidelines for management of dyslipidemia and prevention of atherosclerosis. *Endocrine Practice: Official Journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists, 18*(Suppl 1), 1-78. https://doi.org/10.4158/ep.18.s1.1.
20. Johnstone, J., & Duncan, D. (2021). Coronavirus: the 7th C affecting the 6Cs. A focus on compassion, care and touch. *British Journal of Nursing, 30*(15), 928-933. https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.15.928.
21. Karr, S. (2017). Epidemiology and management of hyperlipidemia. *The American Journal of Managed Care, 23*(9 Suppl), S139-S148.
22. Liu, X., Wang, Y.-Q., & Xie, J. (2019). Effects of breathing exercises on patients with lung cancer. *Oncology Nursing Forum, 46*(3), 303-317. https://doi.org/10.1188/19.ONF.303-317.
23. Lo, C.-H., Khalili, H., Song, M., Lochhead, P., Burke, K. E., Richter, J. M., Giovannucci, E. L., Chan, A. T., & Anantha-krishnan, A. N. (2021). Healthy lifestyle is associated with reduced mortality in patients with inflammatory bowel diseases. *Clinical Gastroenterology and Hepatology: The Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association, 19*(1), 87. https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.02.047.
24. Luckett, T., Phillips, J., Currow, D. C., Agar, M., & Molassiotis, A. (2019). Cough in lung cancer: A survey of current practice among Australian health professionals. *Collegian, 26*(6), 629-633. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.09.002.
25. Malakar, A. K., Choudhury, D., Halder, B., Paul, P., Uddin, A., & Chakraborty, S. (2019). A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics. *Journal of Cellular Physiology, 234*(10), 16812-16823. https://doi.org/10.1002/jcp.28350.
26. Mbue, N. D., Mbue, J. E., & Anderson, J. A. (2017). Management of lipids in patients with diabetes. *Nursing Clinics of North America, 52*(4), 605-619. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2017.07.009.
27. McPherson, S. M., Burduli, E., Smith, C. L., Herron, J., Oluwoye, O., Hirchak, K., Orr, M. F., McDonell, M. G., & Roll, J. M. (2018). A review of contingency management for the treatment of substance-use disorders: adaptation for underserved populations, use of experimental technologies, and personalized optimization strategies. *Substance Abuse and Rehabilitation, 9*, 43-57. https://doi.org/10.2147/SAR.S138439.
28. Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. (2018). *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes* (6th ed.). Elsevier.
29. Morgan, K. (2018, October 24). *These are the top 10 health conditions affecting Americans.* USA Today. https://www.usatoday.com/story/sponsor-story/blue-cross-blue-shield-association/2018/10/24/these-top-10-health-conditions-affecting-americans/1674894002/.
30. Moulahoum, H., Zihnioglu, F., Timur, S., & Coskunol, H. (2019). Novel technologies in detection, treatment and prevention of substance use disorders. *Journal of Food and Drug Analysis, 27*(1), 22-31.
31. Naeck-Boolauky, P., Adio, J., & Burch, J. (2020). Review of normal gastrointestinal tract, ulcerative colitis, proctitis and rectal medication adherence. *British Journal of Nursing, 29*(14), 805-811. https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.14.805.
32. National Institute on Drug Abuse. (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd ed). CreateSpace Independent Publishing Platform.
33. Obinna, D. N. (2021). Confronting disparities: Race, ethnicity, and immigrant status as intersectional determinants in the COVID-19 Era. *Health Education & Behavior, 48*(4), 397-403. https://doi.org/10.1177/10901981211011581.
34. Phelps, C. L., Paniagua, S. M., Willcockson, I. U., & Potter, J. S. (2018). The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence, 183*, 78-81.
35. Podvorica, E., Bytyci, I., & Oruqi, M. (2020). Ambulatory nurse education improves metabolic profile and physical activity in patients with cardiovascular disease. *International Journal of Nursing Education, 12*(4), 55-61.
36. Posadas-Collado, G., Membrive-Jiménez, M. J., Romero-Béjar, J. L., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Suleiman-Martos, N., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2022). Continuity of nursing care in patients with coronary artery disease: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(5). https://doi.org/10.3390/ijerph19053000.
37. Priddy, S. E., Howard, M. O., Hanley, A. W., Riquino, M. R., Friberg-Felsted, K., & Garland, E. L. (2018). Mindfulness meditation in the treatment of substance use disorders and preventing future relapse: neurocognitive mechanisms and clinical implications. *Substance Abuse and Rehabilitation, 9*, 103-114. https://doi.org/10.2147/SAR.S145201.
38. Puslecki, M., Dabrowski, M., Baumgart, K., Ligowski, M., Dabrowska, A., Ziemak, P., Stefaniak, S., Szarpak, L., Friedrich, T., Szlanga, L., Skorupa, P., Steliga, A., Hebel, K., Andrejanczyk, B., Ladzinska, M., Wieczorek, M., Puslecki, L., Smereka, J., Tukacs, M., & Swol, J. (2021). Managing patients on extracorporeal membrane oxygenation support during the COVID-19 pandemic – a proposal for a nursing standard operating procedure. *BMC Nursing, 20*(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00736-7.
39. Salmond, S., Allread, V., & Marsh, R. (2019). Management of opioid use disorder treatment: An overview. *Orthopaedic Nursing, 38*(2), 118-128. https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000522.
40. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, (2019). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on drug use and health.* Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
41. Swanson, E., Mantovani, V. M., Wagner, C., Moorhead, S., Lopez, K. D., Macieira, T. G. R., & Abe, N. (2021). NANDA-I, NOC, and NIC linkages to SARS-CoV-2 (COVID-19): Part 2. *Individual response. International Journal of Nursing Knowledge, 32*(1), 68-83. https://doi.org/10.1111/2047-3095.12307.
42. Thomas, R. E. (2021). Reducing morbidity and mortality rates from COVID-19, Influenza and Pneumococcal Illness in nursing homes and long-term care facilities by vaccination and comprehensive infection control interventions. *Geriatrics (Basel, Switzerland), 6*(2). https://doi.org/10.3390/geriatrics6020048.
43. Volkow, N. D. (2020). Personalizing the treatment of substance use disorders. *American Journal of Psychiatry, 177*(2), 113-116.
44. Wang, Y.-Q., Liu, X., Yin, Y.-Y., Ma, R.-C., Yang, Z., Cao, H.-P., & Xie (2019). Effects of home-based exercise training for patients with lung cancer. *Oncology Nursing Forum, 46*(4), E119-E134. https://doi.org/10.1188/19.ONF.E119-E134.
45. World Health Organization. (February 23, 2023). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. https://covid19.who.int/.
46. Yildiz, F. T., & Kaşikçi, M. (2020). Impact of training based on Orem's Theory on Self-Care Agency and quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of Nursing Research (Lippincott Williams & Wilkins), 28*(6), 1-10. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000406.

SÉPTIMA PARTE

Apéndices

APÉNDICE A

Intervenciones: nuevas, revisadas y suprimidas desde la séptima edición

INTERVENCIONES NUEVAS PARA LA OCTAVA EDICIÓN (*n* = 60)

Acompañamiento físico
Administración de medicación: disco intraocular
Administración de medicación: infusión subcutánea continua
Ayuda en el acceso a la historia clínica electrónica
Cambio de posición: decúbito prono
Colaboración con otros profesionales sanitarios
Cuidados de la piel: productos absorbentes
Cuidados de las heridas: protección
Cuidados del lactante: ayuda para la exploración ocular
Cuidados en el duelo
Desprescripción de medicación
Detección de la trata de seres humanos
Ecografía: vejiga urinaria
Enseñanza: control de infecciones
Enseñanza: desarrollo del lactante (4-6 meses)
Enseñanza: desarrollo en la primera infancia (1-5 años)
Enseñanza: desarrollo en la infancia media (6-12 años)
Enseñanza: desarrollo del adolescente (12-21 años)
Enseñanza: nutrición en la primera infancia (1-5 años)
Enseñanza: nutrición en la infancia media (6-12 años)
Enseñanza: nutrición del adolescente (12-21 años)
Enseñanza: seguridad en la primera infancia (1-5 años)
Enseñanza: seguridad en la infancia media (6-12 años)
Enseñanza: seguridad del adolescente (12-21 años)
Entrevista motivacional
Extubación endotraqueal: paliativa
Facilitación de la cuarentena
Facilitación de la justicia social
Facilitación del desarrollo profesional
Facilitación del distanciamiento físico
Favorecimiento de la resiliencia: comunidad
Fototerapia: piel
Gestión del protocolo de investigación
Identificación de riesgos: enfermedades infecciosas
Inducción e intubación en secuencia rápida
Irrigación de los oídos
Irrigación de los ojos
Manejo de la medicación: cannabis medicinal
Manejo de la medicación: dispositivo de infusión portátil
Manejo de la termorregulación
Manejo del apaciguamiento
Manejo del dolor de parto
Manejo del shock: sepsis
Masaje abdominal
Planificación anticipada de los cuidados
Precauciones en la neutropenia
Precauciones en pandemias
Prevención de las recidivas
Prevención del reingreso
Reflexión guiada
Registro corporal
Regulación de la temperatura: recién nacido
Reunión de seguridad
Sondaje vesical: externo
Terapia de jardinería
Terapia hormonal para personas transgénero
Terapia mediante oxigenación con membrana extracorpórea
Vigilancia: monitorización con vídeo
Yoga
Yoga de la risa

INTERVENCIONES REVISADAS PARA LA OCTAVA EDICIÓN

Cambios del nombre de las etiquetas (*n* = 32)

Acuerdo sobre la conducta (anteriormente Acuerdo con el paciente 4420)
Consulta mediante telecomunicación (anteriormente Consulta por teléfono 8180)
Cuidados de las lesiones por presión (anteriormente Cuidados de las úlceras por presión 3520)
Cuidados del adolescente (anteriormente Fomentar el desarrollo: adolescentes 8272)
Cuidados del niño (anteriormente Fomentar el desarrollo: niños 8274)
Cuidados del trauma por una agresión sexual (anteriormente Tratamiento del trauma de la violación 6300)
Declaración (anteriormente Declaración/testimonio 7930)
Desarrollo de interacciones empáticas (anteriormente Elaboración de relaciones complejas 5000)
Enseñanza: desarrollo del lactante (0-3 meses) (anteriormente Enseñanza: estimulación del lactante (0-4 meses) 5655)
Enseñanza: desarrollo del lactante (7-9 meses) (anteriormente Enseñanza: estimulación del lactante (5-8 meses) 5656)

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Enseñanza: desarrollo del lactante (10-12 meses) (anteriormente Enseñanza: estimulación del lactante (9-12 meses) 5657)
Enseñanza: prevención de las lesiones deportivas (anteriormente Prevención de lesiones deportivas: jóvenes 6648)
Enseñanza: procedimientos o tratamientos (anteriormente Enseñanza: procedimiento/tratamiento 5618)
Favorecimiento de la resiliencia (anteriormente Fomentar la resiliencia 8340)
Flebotomía: donación de sangre (anteriormente Flebotomía: obtención de una unidad de sangre 4234)
Fototerapia: regulación del estado de ánimo (anteriormente Fototerapia: regulación del biorritmo 6926)
Gestión de la competencia (anteriormente Desarrollo del personal 7850)
Manejo de la conducta: falta de atención e hiperactividad (anteriormente Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención 4352)
Manejo de la hipertermia (anteriormente Tratamiento de la hipertermia 3786)
Manejo de la vacunación (anteriormente Manejo de la inmunización/vacunación 6530)
Manejo del acceso venoso central: inserción central (anteriormente Manejo de un dispositivo de acceso venoso central 4054)
Manejo del acceso venoso central: inserción periférica (anteriormente Cuidados del catéter central de inserción periférica [PICC] 4220)
Manejo del confort (anteriormente Manejo ambiental: confort 6482)
Manejo del estreñimiento (anteriormente Manejo del estreñimiento/impactación fecal 0450)
Negociación de cuidados culturales (anteriormente Intermediación cultural 7330)
Planificación para el alta: preparación del hogar (anteriormente Manejo ambiental: preparación del hogar 6485)
Prevención de las lesiones por presión (anteriormente Prevención de úlceras por presión 3540)
Seguimiento tras el alta (anteriormente Seguimiento telefónico 8190)
Terapia de la adicción a la religión (anteriormente Prevención de la adicción religiosa 5422)
Triaje: catástrofe en la comunidad (anteriormente Triaje: catástrofe 6362)
Triaje: telecomunicación (anteriormente Triaje: teléfono 6366)
Vigilancia: monitorización remota (anteriormente Vigilancia: electrónica por control remoto 6658)

Cambios de intervenciones: principales (*n* = 159)

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.

Acuerdo sobre la conducta 4420
Administración de hemoderivados 4030
Administración de medicación 2300
Administración de medicación: cutánea 2316
Administración de medicación: enteral 2301
Administración de medicación: intraespinal 2319
Administración de medicación: intramuscular (i.m.) 2313
Administración de medicación: intraósea 2303
Administración de medicación: intravenosa (i.v.) 2314
Administración de medicación: nasal 2320
Administración de medicación: oftálmica 2310
Administración de medicación: oral 2304
Administración de medicación: ótica 2308
Administración de medicación: rectal 2315
Administración de medicación: reservorio ventricular 2307
Administración de medicación: subcutánea 2317
Administración de medicación: vaginal 2318
Alimentación 1050
Alimentación enteral por sonda 1056
Apoyo al cuidador principal 7040
Apoyo espiritual 5420
Asesoramiento 5240
Asesoramiento antes de la concepción 5247
Asistencia en el mantenimiento del hogar 7180
Ayuda con el autocuidado 1800
Ayuda con recursos económicos 7380
Ayuda para dejar de fumar 4490
Ayuda para ganar peso 1240
Baño 1610
Cambio de posición 0840
Conciliación de medicación 2395
Consejo genético 5242
Consulta 7910
Consulta mediante telecomunicación 8180
Control de infecciones 6540
Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico 4064
Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial 4062
Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa 4066
Cuidados de enfermería al ingreso 7310
Cuidados de la circuncisión 3000
Cuidados de la incontinencia intestinal 0410
Cuidados de la ostomía 0480
Cuidados de la piel: tratamiento tópico 3584
Cuidados de las heridas 3660
Cuidados de las lesiones por presión 3520
Cuidados de las uñas 1680
Cuidados de los ojos 1650
Cuidados de los pies 1660
Cuidados del adolescente 8272
Cuidados del drenaje: gastrointestinal 1874
Cuidados del lactante: recién nacido 6824
Cuidados del niño 8274

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuidados del trauma por una agresión sexual 6300
Cuidados intraparto 6830
Declaración 7930
Desarrollo de interacciones empáticas 5000
Desarrollo de la salud de la comunidad 8500
Desarrollo de un programa 8700
Disminución del estrés por traslado 5350
Documentación 7920
Educación para la salud 5510
Enseñanza: desarrollo del lactante (0-3 meses) 5655
Enseñanza: desarrollo del lactante (7-9 meses) 5656
Enseñanza: desarrollo del lactante (10-12 meses) 5657
Enseñanza: grupo 5604
Enseñanza: medicamentos prescritos 5616
Enseñanza: prevención de las lesiones deportivas 6648
Enseñanza: procedimientos o tratamientos 5618
Enseñanza: proceso de enfermedad 5602
Entrenamiento de la vejiga urinaria 0570
Escucha activa 4920
Facilitación del aprendizaje 5520
Facilitación del crecimiento espiritual 5426
Favorecimiento de la resiliencia 8340
Favorecimiento de la salud oral 1720
Favorecimiento de la seguridad en el vehículo 9050
Favorecimiento del ejercicio: estiramientos 0202
Flebotomía: donación de sangre 4234
Fototerapia: neonato 6924
Fototerapia: regulación del estado de ánimo 6926
Gestión de casos 7360
Gestión de la competencia 7830
Gestión de los recursos económicos 8550
Intervención en caso de crisis 6160
Manejo ambiental 6480
Manejo ambiental: comunidad 6484
Manejo ambiental: seguridad 6486
Manejo de enfermedades transmisibles 8820
Manejo de la alergia 6410
Manejo de la anafilaxia 6412
Manejo de la conducta 4350
Manejo de la conducta: autolesión 4354
Manejo de la conducta: falta de atención e hiperactividad 4352
Manejo de la demencia 6460
Manejo de la demencia: baño 6462
Manejo de la demencia: deambulación errática 6466
Manejo de la diarrea 0460
Manejo de la eliminación urinaria 0590
Manejo de la hiperglucemia 2120
Manejo de la hipertermia 3786
Manejo de la medicación 2380
Manejo de la sedación 2260
Manejo de la tecnología 7880
Manejo de la terapia electroconvulsiva 2570
Manejo de la vacunación 6530
Manejo de las náuseas 1450
Manejo de líquidos 4120
Manejo del acceso venoso central: inserción central 4054
Manejo del acceso venoso central: inserción periférica 4220
Manejo del confort 6482
Manejo del estado de ánimo 5330
Manejo del estreñimiento 0450
Manejo del prurito 3550
Manejo del vómito 1570
Manejo intestinal 0430
Mantenimiento de la salud oral 1710
Mediación de conflictos 5020
Mejora de la imagen corporal 5220
Mejora de la práctica religiosa 5424
Mejora de la tos 3250
Micción estimulada 0640
Modificación de la conducta: habilidades sociales 4362
Monitorización de las extremidades inferiores 3480
Monitorización de los signos vitales 6680
Monitorización hemodinámica invasiva 4210
Muestra de sangre capilar 4035
Negociación de cuidados culturales 7330
Orientación en el sistema sanitario 7400
Oxigenoterapia 3320
Planificación para el alta 7370
Planificación para el alta: preparación del hogar 6485
Prescripción de medicación 2390
Presencia 5340
Prevención de caídas 6490
Prevención de las lesiones por presión 3540
Prevención del consumo de sustancias nocivas 4500
Protección contra las infecciones 6550
Protección de los derechos del paciente 7460
Punción arterial: muestra de sangre arterial 4232
Reestructuración cognitiva 4700
Regulación de la temperatura 3900
Restablecimiento de la salud oral 1730
Restricción química 6430
Seguimiento tras el alta 8190
Sondaje vesical: intermitente 0582
Terapia asistida con animales 4320
Terapia con sanguijuelas 6430
Terapia de ejercicios: control muscular 0226
Terapia de la adicción a la religión 5422
Terapia intravenosa (i.v.) 4200
Terapia nutricional 1120
Tratamiento del consumo de sustancias nocivas: abstinencia del alcohol 4512
Triaje: catástrofe en la comunidad 6362
Triaje: centro de urgencias 6364
Triaje: telecomunicación 6366
Vestir 1630
Vigilancia 6650
Vigilancia: comunidad 6652
Vigilancia: monitorización remota 6658

Cambios de intervenciones: menores (*n* = 61)

Las intervenciones de esta categoría presentan adición o revisión de unas pocas actividades que mejoran la aplicación clínica de la intervención.

Administración de medicación: inhalatoria 2311
Administración de medicación: intradérmica 2312
Administración de medicación: intrapleural 2302
Alimentación con biberón 1052
Amnioinfusión 6700
Apoyo de hermanos 7280
Apoyo emocional 5270
Apoyo en la protección contra abusos 6400
Apoyo en la protección contra abusos: religioso 6408
Aromaterapia 1330
Ayuda a la ventilación 3390
Contención de los costes 7630
Control de infecciones: intraoperatorio 6545
Cuidados de la piel: zona del injerto 3583
Cuidados de la piel: zona donante 3582
Cuidados del sitio de incisión 3440
Disminución de la ansiedad 5820
Educación parental: lactante 5568
Ejercicios del suelo pélvico 0560
Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses) 5640
Enseñanza: nutrición del lactante (4-6 meses) 5641
Enseñanza: nutrición del lactante (7-9 meses) 5642
Enseñanza: nutrición del lactante (10-12 meses) 5643
Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses) 5645
Enseñanza: seguridad del lactante (4-6 meses) 5646
Enseñanza: seguridad del lactante (7-9 meses) 5647
Enseñanza: seguridad del lactante (10-12 meses) 5648
Entrenamiento de la memoria 4760
Exploración mamaria 6522
Facilitación de la presencia de la familia 7170
Facilitación de la superación de la aflicción 5290
Favorecimiento del ejercicio 0200
Favorecimiento del ejercicio: entrenamiento de fuerza 0201
Favorecimiento del rol parental 8300
Flebotomía: muestra de sangre venosa 4238
Identificación de riesgos: genéticos 6614
Información preparatoria: sensorial 5580
Manejo de la conducta: sexual 4356
Manejo de la hipoglucemia 2130
Manejo de la vía aérea 3140
Manejo de los trastornos de la alimentación 1030
Manejo del asma 3210
Manejo del pesario 0630
Manejo del peso 1260
Manejo del síndrome premenstrual (SPM) 1440
Mejora del sueño 1850
Modificación de la conducta 4360
Musicoterapia 4400
Precauciones en la alergia al látex 6570
Preparación ante el bioterrorismo 8810
Preparación para una catástrofe en la comunidad 8840
Prevención del suicidio 6340
Protección de riesgos ambientales 8880
Punción intravenosa (i.v.) 4190
Sondaje vesical 0580
Succión no nutritiva 6900
Terapia de deglución 1860
Terapia de ejercicios: ambulación 0221
Terapia de ejercicios: equilibrio 0222
Terapia de ejercicios: movilidad articular 0224
Terapia de sustitución hormonal 2280

INTERVENCIONES DE LA SÉPTIMA EDICIÓN QUE SE HAN SUPRIMIDO EN ESTA EDICIÓN (*n* = 11)

Ayuda con el autocuidado: AIVD 1805 (redundante con Ayuda con el autocuidado)
Ayuda con el autocuidado: alimentación 1803 (redundante con Alimentación)
Ayuda con el autocuidado: baño/higiene 1801 (redundante con Baño)
Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal 1802 (redundante con Vestir)
Colaboración con el médico 7710 (creada nueva actividad NIC, Colaboración con otros profesionales sanitarios, más conforme a la práctica actual)
Enseñanza: cuidados de los pies 5603 (contenido añadido a Cuidados de los pies)
Entrenamiento intestinal 0440 (redundante con Manejo intestinal)
Flebotomía: vía canalizada 4235 (ya no es un cuidado de enfermería adecuado, el contenido se ha incluido en las actividades NIC de acceso venoso central e inserción i.v.)
Potenciación de la disposición de aprendizaje 5540 (redundante con Facilitación del aprendizaje)
Recogida de datos para la investigación 8120 (se ha retirado y se ha creado una nueva actividad NIC con un nuevo enfoque, Gestión del protocolo de investigación)
Tratamiento de la fiebre 3740 (redundante con Manejo de la hipertermia)

© 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 ayudar 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, se comunicará al remitente y se le incluirá en la lista de agradecimientos de 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 con evidencias que apoyen la intervención y un razonamiento fundamentado de la inclusión. Todas las presentaciones deberán estar en inglés (estadounidense) y en el mismo estilo de formato con el que aparece actualmente 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 la edición actual), artículos de revistas, estudios publicados y revisiones narrativas, sistemáticas o integradoras publicadas; se pueden enviar metasíntesis o metaanálisis (en la fecha más reciente posible). Asimismo, pueden incluirse obras clásicas que sean relevantes. Las citas bibliográficas sobre la evidencia deben estar en formato APA. Si se utiliza una página web como fuente, por favor siga el formato más actual dado por APA.

Segundo paso. Crear la **etiqueta de intervención** usando los siguientes **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.
- Los nombres 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: epistaxis). 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, su sonido con relación a las demás palabras de la denominación y su aceptabilidad en la práctica general. Algunos de los posibles modificadores figuran a continuación:

  Administración: véase Gestión.
  Asistencia: ayuda.
  Cuidados: prestar mucha atención, dar protección, preocuparse por.
  Disminución: reducción.
  Favorecimiento: avance; véase también Mejora.
  Gestión: dirección del movimiento o conducta de, hacerse cargo de; véase también Administración.
  Mantenimiento: continuidad o guardar, apoyo.
  Mejora: agrandar, aumentar, incrementar; véase también Favorecimiento.
  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 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:

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

1. Utilice enunciados (no frases completas) que describan el comportamiento del cuidador y que puedan comprenderse sin ejemplos.
2. Evite los términos paciente y enfermero/a, aunque cuando hayan de ser utilizados se preferirá *persona* a *cliente* o *paciente*.
3. 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).
4. 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. Use los **siguientes principios generales para las actividades:**

- 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*.
- Utilice el término *enseñar* en vez de *educar*.
- 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 a la persona ni al profesional de enfermería. Si debe referirse a la persona, utilice el término *persona* con preferencia al término *cliente, paciente* u otros términos. Utilice los términos *miembro(s) de la familia* o *allegado(s)* en vez de *esposo*. Utilice la expresión *profesional sanitario* mejor que *médico*.
- Añada las frases «si procede», «según sea necesario», «según corresponda» o «según la prescripción» 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.
- Las actividades de enseñanza se enumeran en último lugar.

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 (estadounidense) 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 sobre la evidencia** 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. Pueden incluirse como bibliografía sobre evidencia, para apoyar la intervención y actividades, libros de texto (en la edición actual), artículos de revistas, estudios publicados y revisiones narrativas, sistemáticas e integradoras publicadas; metasíntesis o metaanálisis (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 más actual 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

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

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.
- Utilice la palabra *enseñar* en lugar de *educar.*
- 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 *persona* con preferencia al término *cliente, paciente* u otros términos. Utilice los términos *miembro de la familia* o *ser querido* en vez de *esposo.* Utilice la expresión *profesional sanitario* en lugar de *médico.*
- Añada las frases «si procede», «según sea necesario», «según corresponda» o «según la prescripción» 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. En general, las actividades educativas aparecen al final de la intervención.

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.

Por favor, incluya la siguiente información tal y como quiere que aparezca su nombre:

Nombre y credenciales: _____
Cargo laboral: _____
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
(319) 335-7051
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, y con la participación de Mary F. Clarke, 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 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 (doctorado) 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.

Mosby-Year Book patrocina *The NIC/NOC Letter.*

Se realizan múltiples traducciones de la NIC (alemán, chino, coreano, español, francés, holandés y japonés).

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

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. Mary F. Clarke recibe el nombramiento para el equipo de investigación.

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.

*Joanne McCloskey cambió su nombre a Joanne Dochterman en 1999.

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 (doctorado) 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, incluyendo a Mary F. Clarke.

La NIC celebra su décimo aniversario.

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 interrelaciones *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.

Howard Butcher acepta su nombramiento como editor de la NIC.

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.

Cheryl Wagner se une al equipo de la NIC como estudiante de doctorado.

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.

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, entre ellos Cheryl Wagner.

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.

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.*

2019

Joanne Dochterman se jubila como editora del NIC, pero continúa como consultora.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Howard Butcher acepta un puesto como profesor en el Christine E. Lynn College of Nursing de la Florida Atlantic University en Boca Ratón, Florida.

Karen Dunn Lopez es contratada como directora de investigación del Center como parte de su nombramiento como profesora asociada titular el 1 de agosto.

Se actualizan los términos de la NIC y NOC en SNOMED Clinical Terms.

Cheryl Wagner es nombrada profesora adjunta en el College of Nursing.

2020

Gloria Bulechek se jubila como editora de la NIC, pero continúa como consultora.

Howard Butcher acepta el cargo de director del programa de doctorado del Christine E. Lynn College of Nursing de la Florida Atlantic University de Boca Ratón, Florida.

En febrero se celebra una conferencia de planificación estratégica en el College of Nursing para establecer un plan estratégico para los próximos 5 años con apoyo de consultoría externa.

Sue Moorhead deja el cargo de directora del Center y Karen Dunn Lopez pasa a ser la directora el 1 de julio.

El Center celebra 25 años como centro aprobado por el Board of Regents del College of Nursing.

2021

Sue Moorhead se jubila del College of Nursing el 1 de enero.

Se publican en el *International Journal of Nursing Knowledge* tres artículos que relacionan la NANDA-I, la NOC y la NIC con los cuidados a pacientes, familias y comunidades aquejados por la COVID-19.

En septiembre, Elspeth Adriana McMullan es contratada por el CNC como administradora del Center/especialista en investigación.

Karen Dunn Lopez es nombrada miembro de la American Academy of Nursing.

Karen Dunn Lopez se convierte en la representante del Center en la Alliance for Nursing Informatics.

Mary F. Clarke acepta el nombramiento como editora de la NIC.

2022

Se celebra el 30.° aniversario de la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* y el 25.° aniversario de la *Clasificación de Resultados de Enfermería.*

Howard K. Butcher es nombrado miembro de la American Academy of Nursing.

2024

Elsevier publica la octava edición de la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* y la séptima edición de la *Clasificación de Resultados de Enfermería.*

Además de los hechos mencionados en esta cronología, la NIC y la NOC se han presentado a lo largo de los años en numerosos congresos nacionales e internacionales en los siguientes países: Andorra, Australia, Brasil, Canadá, Colombia, Corea, Dinamarca, Eslovenia, España, Francia, Inglaterra, Irlanda, Islandia, Italia, Japón, México, Nigeria, Países Bajos, Suiza y Turquía.

APÉNDICE D

Abreviaturas

A-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
app	Aplicación para dispositivo móvil
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
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CK	Creatincinasa
cm	Centímetro
cm^3	Centímetro cúbico
CO_2	Dióxido de carbono
CPAP	Presión positiva continua de la vía aérea
Cr	Creatinina
CRI	Comité de revisión institucional
CVF	Capacidad vital forzada
DAVC	Dispositivo de acceso venoso central
DCAI	Desfibrilador-cardioversor automático implantable
DEA	Desfibrilador externo automático
DVY	Distensión venosa yugular
EB	Exceso de base
ECG = EKG	Electrocardiograma
ECMO	Oxigenación con membrana extracorpórea
EEG	Electroencefalograma
EMG	Electromiograma
EP	Embolia pulmonar
EPA	Environmental Protection Agency (Agencia de protección ambiental)
EPI	Equipo de protección individual
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ETC	Equivalente de tiempo completo
ETS	Enfermedad de transmisión sexual
EV	Extrasístole ventricular
FC	Frecuencia cardíaca
FDA	Food and Drug Administration (Agencia estadounidense de alimentos y medicamentos)
FEM	Flujo espiratorio máximo *(peak-flow)*
FG	Filtrado glomerular
FiO_2	Fracción de oxígeno inspiratorio
FPS	Factor de protección solar
g	Gramo
GA	Gasometría arterial
Gammagrafía V/Q	Gammagrafía de ventilación-perfusión
GC	Gasto cardíaco
GI	Gastrointestinal
Hb	Hemoglobina
HC	Hemograma completo
HCl	Ácido clorhídrico
HCO_3	Bicarbonato
HEPA	[FIltrado] de partículas de aire de alta eficiencia
Hg	Mercurio
Hto	Hematocrito
i.m.	Intramuscular
i.v.	Intravenoso
IC	Índice cardíaco
IMC	Índice de masa corporal
ISP	Información sanitaria personal
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
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

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

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
PIC	Presión intracraneal
PICC	Catéter central de inserción periférica
PIRRLA	Pupilas isocóricas, redondas y reactivas a la luz y la acomodación
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
SARS-CoV-2	Coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo
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
SPM	Síndrome premenstrual
SpO_2	Saturación (periférica) de oxígeno
SvO_2	Saturación (venosa) de oxígeno
TC	Tomografía computarizada
TCA	Tiempo de coagulación activado
TDaP	Vacuna contra tétanos, difteria y tos ferina
TE	Tubo endotraqueal
TEC	Terapia electroconvulsiva
TENS	Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea
THC	Tetrahidrocannabinol
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
VPH	Virus del papiloma humano
VVM	Ventilación voluntaria máxima

APÉNDICE E

Ediciones y traducciones previas

McCloskey, J. C. & Bulechek, G. M. (Eds.). (1992). *Nursing Interventions Classification (NIC).* Mosby. [336 intervenciones]
- Traducida al francés, 1996, Décarie Éditeur.

McCloskey, J. C. & Bulechek, G. M. (Eds.). (1996). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (2.ª ed.). Mosby. [433 intervenciones]
- Traducida al holandés, 1997, Tijdstroom.
- Traducida al coreano, 1998, Hyun Moon Sa.
- Traducida al chino tradicional, 1999, Farseeing.
- Traducida al español, 2000, Editorial Síntesis.
- Traducida al francés 2000, Masson.
- Traducida al japonés 2001, Nankodo.

McCloskey, J. C. & Bulechek, G. M. (Eds.). (2000). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (3.ª ed.). Mosby. [486 intervenciones]
- Traducida al español, 2001, Harcourt.
- Traducida al holandés, 2002, Elsevier.
- Traducida al japonés, 2002, Nankodo.
- Traducida al portugués, 2004, Artmed Editora S.A.

Dochterman, J. M. & Bulechek, G. M. (Eds.). (2004). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (4.ª ed.). Mosby. [514 intervenciones]
- Traducida al japonés, 2006, Nankodo.
- Traducida al noruego, 2006, Akribe
- Traducida al italiano, 2007, Casa Editrice Ambrosiana.
- Traducida al portugués, 2008, Artmed Editora S.A.

Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (Eds.). (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (5.ª ed.). Mosby/Elsevier. [542 intervenciones]
- Traducida al chino simplificado, 2009, Peking University Medical Press.
- Traducida al español, 2009, Elsevier España.
- Traducida al japonés, 2009, Nankodo.
- Traducida al holandés, 2010, Elsevier Gezondheidszorg.
- Traducida al portugués, 2010, Elsevier Editora.
- Traducida al chino tradicional, 2011, Elsevier Taiwan.

Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (Eds.). (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (6.ª ed.). Elsevier Mosby. [554 intervenciones]
- Traducida al español, 2014, Elsevier España.
- Traducida al japonés, 2015, Elsevier Japan.
- Traducida al alemán, 2016, Hogrefe Verlag.
- Traducida al holandés, 2016, Bohn Stafl eu van Loghum.
- Traducida al indonesio, 2016, CV. Mocomedia/Elsevier.
- Traducida al portugués, 2016, Elsevier Editora.
- Traducido al turco, 2017, Nobel Tip Kitabevler/Elsevier.
- Traducida al italiano, 2020, CV. Casa Editrice Ambrosiana.

Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (Eds.). (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (7.ª ed.). Elsevier. [565 intervenciones]
- Traducida al español, 2018, Elsevier España.
- Traducida al japonés, 2018, Elsevier Japan.
- Traducida al indonesio, 2019, CV. Mocomedia/Elsevier.
- Traducida al holandés, 2020, Bohn Stafl eu van Loghum.
- Traducida al italiano, 2020, CV. Casa Editrice Ambrosiana.
- Traducida al portugués, 2020, GEN Guanabara Koogan.

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Índice alfabético

A
Abreviaturas, 565-566
Abstinencia
de las drogas, tratamiento del consumo de sustancias nocivas, 481, 481*c*
del alcohol, tratamiento del consumo de sustancias nocivas, 481, 481*c*
Aceites esenciales, manejo del vómito, 361-362
Acidosis
metabólica, 344
respiratoria, 345
Acompañamiento físico, 56, 56*c*
ACP. *Véase* Analgesia controlada por el paciente (ACP), asistencia
Actividad(es)
intervención NIC
nueva, 559
revisada, 559-560
manejo, 34*t*, 36*t*
terapia, 459-460
Acupresión, 57
Administración
de analgésicos, 57-58
intraespinal, 59
de anestesia, 59-60
de enema, 60-61, 60*c*-61*c*
de medicación, 62, 62*c*
cutánea, 63, 63*c*
disco intraocular, 63-64, 63*c*-64*c*
enteral, 64-65, 64*c*-65*c*
infusión subcutánea continua, 65-66, 65*c*-66*c*
inhalatoria, 66-67, 66*c*-67*c*
intradérmica, 67
intraespinal, 68-69, 68*c*-69*c*
intramuscular (i.m.), 69-70, 69*c*-70*c*
intraósea, 70-71, 70*c*-71*c*
intrapleural, 71-72, 71*c*-72*c*
intravenosa (i.v.), 72-73, 72*c*-73*c*
nasal, 73-74, 73*c*-74*c*
oftálmica, 74-75, 74*c*-75*c*
oral, 75-76, 75*c*-76*c*
ótica, 76-77, 76*c*-77*c*
rectal, 77, 77*c*
reservorio ventricular, 78, 78*c*
subcutánea, 79, 79*c*
vaginal, 79-80, 79*c*-80*c*
de nutrición parenteral total, 80-81, 80*c*-81*c*
intraespinal
analgésicos, 59
medicación, 68-69, 68*c*-69*c*
Adolescente
12-21 años
desarrollo, 201, 201*c*
nutrición, 210, 210*c*
seguridad, 217-218, 217*c*-218*c*
cuidados, 154
educación parental, 193-194, 193*c*-194*c*
Afrontamiento
ayuda, 34*t*, 42*t*
mejora, 377-378, 377*c*-378*c*
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 7
AHRQ. *Véase* Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
Aislamiento, 81, 81*c*
Alcalosis
metabólica, 346
respiratoria, 345
Alergia
acupresión, 57
administración
de anestesia, 59-60
de medicación, 62
al látex, precauciones, 406, 406*c*
aromaterapia, 96
cuidados de enfermería al ingreso, 135-136
manejo, 290-291
de la anafilaxia, 291
de la nutrición, 312-313
de la vacunación, 322-323
preparación quirúrgica, 416-417
restricción química, 446
sutura, 96
terapia asistida con animales, 457-458
Alimentación, 82, 82*c*
con biberón, 82-83
con taza, recién nacido, 83, 83*c*
enteral por sonda, 84, 84*c*
Alta
planificación, 401, 401*c*
preparación del hogar, 402, 402*c*
seguimiento, 449-450, 449*c*-450*c*
Ambulación, 462, 462*c*
cuidados
de relevo, 153
del embolismo, periférico, 160
intraparto, 170
posparto, 173-174
manejo
de la energía, 300
del dolor, agudo, 340

© 2024. Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados, incluidos los de extracción de textos y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Ambulación *(cont.)*
prevención de caídas, 420-421
terapia de actividad, 459-460
Amnioinfusión, 85
Analgesia controlada por el paciente (ACP), asistencia, 102, 102*c*
Análisis de *big data*, NIC, 25
Ancianos, apoyo en la protección contra abusos, 90-91
Anestesia
administración, 59-60
cuidados postanestesia, 174-175, 174*c*-175*c*
Ansiedad, disminución, 183-184
Antecedentes médicos, restricción química, 446
Anticoncepción, 399, 399*c*
Aplicación
de calor, 85-86, 85*c*-86*c*
de frío, 85-86, 85*c*-86*c*
Apósito
estéril, 144
húmedo, 144
seco, 144
Apoyo
al cuidador, 87, 87*c*
al procedimiento, lactante, 87, 87*c*
de hermanos, 88, 88*c*
emocional, 88-89, 88*c*-89*c*
en la protección contra abusos, 89-90, 89*c*-90*c*
ancianos, 90-91
niños, 91-93
pareja, 93
religioso, 94
en la toma de decisiones, 94, 94*c*
espiritual, 95, 95*c*
cuidados cardíacos, 130
cuidados del lactante, 167
cuidados en la agonía, 169
nutricional, 34*t*, 36*t*
para la consecución del sustento, 96, 96*c*
Aprendizaje, facilitación, 238, 238*c*
Áreas especializadas en enfermería, intervenciones centrales, 494-524
anestesiología enfermera/enfermería de cuidados postanestésicos, 495
enfermería
de adicciones, 495-496
de campamentos recreativos, 496
de cirugía plástica, 496-497
de comunidad de fe, 497
de control de infecciones y epidemiología, 497-498
de cuidados ambulatorios, 498
de cuidados de pacientes con VIH/SIDA, 498
de cuidados intensivos, 499
de cuidados paliativos y terminales, 499-500
de cuidados penitenciarios, 500
de dermatología, 500
de desastres, 501
de diabetes, 501
de discapacidad del desarrollo, 501-502
de heridas, ostomías y continencia, 502
de infusión intravenosa, 502-503
de lesiones de la médula espinal, 503
de manejo del dolor, 503-504
de nefrología, 504
de neurociencias, 505
de otorrinolaringología y cabeza/cuello, 505
de quemaduras, 506
de rehabilitación, 506
de salud de la mujer, 506-507
de salud domiciliaria, 507
de salud laboral, 508
de salud para viajes, 508
de salud pública/comunitaria, 509
de salud universitaria, 509
de trasplantes, 510
de urgencias, 510
de violencia doméstica, 511
de vuelo, 511
escolar, 511-512
forense, 512
gastroenterológica, 513
genética, 513
gerontológica, 513-514
hematológica/oncológica pediátrica, 514
holística, 515
informática, 515
legal, 516
matrona, 516
médico-quirúrgica, 516-517
neonatal, 517-518
obstétrica, 518
oftalmológica, 519
oncológica, 519
pediátrica, 520
perioperatoria, 520-521
psiquiátrica/salud mental, 521
psiquiátrica de niños y adolescentes, 522
radiológica, 522-523
traumatológica, 523
urológica, 523-524
vascular, 524
Aromaterapia, 96
Arteterapia, 97
Asesoramiento, 97-98, 97*c*-98*c*
antes de la concepción, 98-99, 98*c*-99*c*
genético, 122, 122*c*
sexual, 101, 101*c*
Asistencia quirúrgica, 102-103, 102*c*-103*c*
Aspiración
precauciones, 407
vía aérea, 103-104
Autolesión
manejo
de la conducta, 293
de las alucinaciones, 154-155
del estado de ánimo, 348
prevención del suicidio, 428-429, 428*c*-429*c*

Autorización de seguros, 104, 104*c*
Autotransfusión, 104-105
Ayuda
a la ventilación, 105, 105*c*
acceso a la historia clínica electrónica, 108-109, 108*c*-109*c*
con el autocuidado, 106, 106*c*
micción/defecación, 107, 107*c*
transferencia, 107, 107*c*
en el acceso a la historia clínica electrónica, 108-109, 108*c*-109*c*
en la exploración, 109, 109*c*
en la modificación de sí mismo, 109-110, 109*c*-110*c*
para el control de la ira, 111-112

B
Baño, 114
manejo de la demencia, 296-297, 296*c*-297*c*
Bibliografía, intervención NIC revisada, 559
Biblioterapia, 114-115
Biorretroalimentación, 115
manejo
de náuseas, 329-330
de vómitos, 361-362
Bioterrorismo, preparación, 415

C
Calidad
control, 125-126
NIC, 13-15, 14*c*
Cambio de posición, 116
decúbito prono, 116-117, 116*c*-117*c*
intraoperatorio, 117-118, 117*c*-118*c*
neurológico, 118-119, 118*c*-119*c*
silla de ruedas, 119, 119*c*
Cáncer de pulmón, vínculos NIC y NOC, 540, 541*t*-543*t*
Catástrofe, comunidad
preparación, 416, 416*c*
triaje, 482-483, 482*c*-483*c*
Cavidad nasal, disminución de la hemorragia, 186
Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC), 4
Centro asistencial, 8-15, 8*c*, 10*c*, 11*c*
Centro de Clasificación de Enfermería y Efectividad Clínica, 4
Centro de urgencias, 483-484, 483*c*-484*c*
CIE. *Véase* Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)
CINAHL. *Véase* Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)
Circulación
periférica, cuidados del embolismo, 160-161, 160*c*-161*c*
pulmonar, cuidados del embolismo, 161, 161*c*
Clarificación de valores, 120, 120*c*
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 2
análisis de *big data*, 25
centro asistencial, 8-15, 8*c*, 10*c*, 11*c*
Centro de Clasificación de Enfermería y Efectividad Clínica, 4
desarrollo, 5
descripción, 2-4
diseño y estudio de intervenciones complejas, 25
intervenciones
directrices para el envío, nuevas o revisadas, 558-560
investigación, 20-21
tiempo estimado y nivel de formación necesarios para realizar, 526, 527*t*-538*t*
investigación
comparativa de la eficacia, 24-25
de la efectividad de las intervenciones, 21-24, 22*c*-23*c*
descriptiva, 19-20
procesamiento de lenguaje natural, 25-26
secuencia cronológica y momentos destacados, 561-564
1985, 561
1987, 561
1990, 561
1991, 561
1992, 561
1993, 561
1994, 561
1995, 561
1996, 561
1997, 561
1998, 561-562
1999, 562
2000, 562
2001, 562
2002, 562
2003, 562
2004, 562
2005, 563
2006, 563
2007, 563
2008, 563
2009, 563
2010, 563
2011, 563
2012, 563
2013, 563
2014, 563
2015, 563
2016, 563
2017, 563
2018, 563
2019, 563-564
2020, 564
2021, 564
2022, 564
2024, 564
taxonomía, visión general, 31, 34*t*, 36*t*, 38*t*, 41*t*, 42*t*, 45*t*, 46*t*, 48*t*-50*t*, 50*t*-52*t*, 52*t*
uso, 5
educación, 15-18, 16*c*
investigación, 18-26
práctica clínica, 5-8
vínculo con condiciones clínicas, 540-551
cáncer de pulmón, 540, 541*t*-543*t*
colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn, 543*t*-544*t*, 545
enfermedad arterial coronaria, 545, 545*t*-546*t*
enfermedad por coronavirus de 2019, 546, 546*t*-548*t*
hiperlipidemia, 548, 548*t*-549*t*
trastorno por consumo de sustancias, 549, 550*t*-551*t*

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 4
resultados de los pacientes, 6
vínculo con condiciones clínicas, 540-551
cáncer de pulmón, 540, 541*t*-543*t*
colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn, 543*t*-544*t*, 545
enfermedad arterial coronaria, 545, 545*t*-546*t*
enfermedad por coronavirus de 2019, 546, 546*t*-548*t*
hiperlipidemia, 548, 548*t*-549*t*
trastorno por consumo de sustancias, 549, 550*t*-551*t*
Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 32
Clinical Reasoning and Care Coordination in Advanced Practice Nursing, 18
CNC. *Véase* Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC)
Colaboración con otros profesionales sanitarios, 120-121, 120*c*-121*c*
Colitis ulcerosa, vínculos NIC y NOC, 543*t*-544*t*, 545
Comprobación de sustancias controladas, 121, 121*c*
Comunidad, 52*t*, 278, 278*c*
catástrofe
preparación, 416, 416*c*
triaje, 482-483, 482*c*-483*c*
defensa de la salud, 177-178, 177*c*-178*c*
desarrollo de la salud, 180, 180*c*
enfermería de salud pública, 509
favorecimiento
de la resiliencia, 246, 246*c*
de la salud, 34*t*, 52*t*
manejo del riesgo, 34*t*, 52*t*
vigilancia, 487, 487*c*
Conducta
acuerdo, 56-57
manejo, 292
autolesión, 293
falta de atención e hiperactividad, 294
sexual, 295
modificación, 381
habilidades sociales, 381
sexual, manejo, 295
terapia, 34*t*, 42*t*
Conflictos, mediación, 366, 366*c*
Consejo genético, 122, 122*c*
Consulta, 123, 123*c*
telecomunicación, 123-124, 123*c*-124*c*
Consumo de sustancias nocivas
prevención, 425, 425*c*
trastorno, vínculos NIC y NOC, 549, 550*t*-551*t*
tratamiento, 480, 480*c*
abstinencia de las drogas, 481, 481*c*
abstinencia del alcohol, 481, 481*c*
sobredosis, 482, 482*c*
Contacto, 124-125, 124*c*-125*c*
Contención de los costes, 125, 125*c*
Control
de calidad, 125-126
de esfínteres, entrenamiento, 203, 203*c*
muscular, 463, 463*c*
Convulsiones
manejo, 328-329, 328*c*-329*c*
precauciones, 410, 410*c*
Coordinación preoperatoria, 128, 128*c*
Cribado
de salud, 128-129, 128*c*-129*c*
visual, 129-130, 129*c*-130*c*
Cuidados
ayuda con el autocuidado, 106, 106*c*
micción/defecación, 107, 107*c*
transferencia, 107, 107*c*
cardíacos, 130, 130*c*
agudos, 131, 131*c*
rehabilitación, 132, 132*c*
circulatorios
dispositivo de ayuda mecánico, 132-133, 132*c*-133*c*
insuficiencia arterial, 133, 133*c*
insuficiencia venosa, 134, 134*c*
precauciones, 402-403, 402*c*-403*c*
culturales, negociación, 393, 393*c*
de canguro (del niño prematuro), 134-135, 134*c*-135*c*
de crianza, 34*t*, 48*t*-50*t*
de enfermería al ingreso, 135-136
de la circuncisión, 136, 136*c*
de la incontinencia urinaria, 138, 138*c*
de la piel
productos absorbentes, 140-141, 140*c*-141*c*
tratamiento tópico, 141-142, 141*c*-142*c*
zona del injerto, 142, 142*c*
zona donante, 142, 142*c*
de la retención urinaria, 143, 143*c*
de las amputaciones, 143-144, 143*c*-144*c*
de las heridas, 144, 144*c*
ausencia de cicatrización, 145, 145*c*
drenaje cerrado, 145-146, 145*c*-146*c*
irrigación, 272, 272*c*
por presión, 148, 148*c*
protección, 146-147, 146*c*-147*c*
quemaduras, 147, 147*c*
de las lentes de contacto, 147-148, 147*c*-148*c*
de las uñas, 149, 149*c*
de los oídos, 149-150, 149*c*-150*c*
de los ojos, 150, 150*c*
de los pies, 151, 151*c*
de los yesos
mantenimiento, 152, 152*c*
yeso húmedo, 152, 152*c*
de relevo, 153, 153*c*
de tracción/inmovilización, 153, 153*c*
del adolescente, 154
del cabello y el cuero cabelludo, 154-155, 154*c*-155*c*
del drenaje, 155, 155*c*
gastrointestinal, 155-156, 155*c*-156*c*
torácico, 156-157, 156*c*-157*c*
umbilical, 157, 157*c*
urinario, 158, 158*c*
ventriculostomía/lumbar, 158, 158*c*
del embarazo de alto riesgo, 159, 159*c*
del embolismo
periférico, 160-161, 160*c*-161*c*
precauciones, 405, 405*c*
pulmonar, 161, 161*c*

del lactante, 162, 162*c*
prematuro, 163-164, 163*c*-164*c*
recién nacido, 164-165, 164*c*-165*c*
del niño, 165-166, 165*c*-166*c*
del paciente encamado, 114
del parto por cesárea, 166-167, 166*c*-167*c*
del sitio de incisión, 167, 167*c*
del trauma por una agresión sexual, 167-168, 167*c*-168*c*
durante la vida, 34*t*, 48*t*-50*t*
en el duelo, 168
en la agonía, 169, 169*c*
en la emergencia, 169-170, 169*c*-170*c*
gestacionales, 34*t*, 48*t*-50*t*
incontinencia
intestinal, encopresis, 137
urinaria, 138, 138*c*
intraparto, 170-171, 170*c*-171*c*
parto de alto riesgo, 171-172, 171*c*-172*c*
paliativos, enfermería, 499-500
perineales, 172, 172*c*
perioperatorios, 34*t*, 38*t*
por interrupción del embarazo, 172-173, 172*c*-173*c*
posparto, 173-174, 173*c*-174*c*
post mortem, 174, 174*c*
postanestesia, 174-175, 174*c*-175*c*
enfermería, 495
prenatales, 175, 175*c*
terminales, enfermería, 499-500
Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), 5
Cutánea, administración de medicación, 63-79, 63*c*-79*c*

D

Dar esperanza, 176, 176*c*
Deambulación errática, manejo de la demencia, 297-298, 297*c*-298*c*
Declaración, 176-177, 176*c*-177*c*
Declarar la verdad al paciente, 177, 177*c*
Déficit
auditivo, 370, 370*c*
del habla, 371, 371*c*
visual, 371-372, 371*c*-372*c*
Definiciones
intervención NIC
nueva, 558
revisada, 559
Dejar de fumar
ayuda, 110-111, 110*c*-111*c*
cuidados
cardíacos, rehabilitación, 132
del embarazo de alto riesgo, 467
enseñanza, preoperatoria, 210-211
precauciones circulatorias, 136
Delegación, 178, 178*c*
Dentro del centro, 478-479, 478*c*-479*c*
Derechos del paciente, 430, 430*c*
cuidados de las heridas, 146-147, 146*c*-147*c*
Derivación, 178-179, 178*c*-179*c*
Desarrollo
de interacciones empáticas, 179, 179*c*
de la salud de la comunidad, 180, 180*c*
de un programa, 180-181, 180*c*-181*c*
de vías clínicas, 181, 181*c*
del adolescente, 12-21 años, 201, 201*c*
del lactante
0-3 meses, 198, 198*c*
4-6 meses, 198-199, 198*c*-199*c*
7-9 meses, 199, 199*c*
10-12 meses, 199, 199*c*
en la infancia media, 6-12 años, 200-201, 200*c*-201*c*
en la primera infancia, 1-5 años, 200, 200*c*
Detección de la trata de seres humanos, 183, 183*c*
Determinación de costes, NIC, 13
Diagnóstico de enfermería, características, 6-7
Diálisis
hemodiálisis, 466-467, 466*c*-467*c*
mantenimiento del acceso, 364, 364*c*
peritoneal, 461-462, 461*c*-462*c*
Dieta
etapas, 226-227, 226*c*-227*c*
cirugía para la pérdida de peso, 227, 227*c*
prescrita, 201-202, 201*c*-202*c*
Disminución
de la flatulencia, 184, 184*c*
de la hemorragia, 185
digestiva, 185-186
epistaxis, 186
heridas, 186
útero anteparto, 187
útero posparto, 187-188
del estrés por traslado, 188-189, 188*c*-189*c*
Dispositivo de ayuda mecánico, 132-133, 132*c*-133*c*
Distracción, 189, 189*c*
Documentación, 189-190, 189*c*-190*c*
reuniones, 190, 190*c*
Dolor
agudo, manejo, 340-341, 340*c*-341*c*
crónico, manejo, 341, 341*c*
Donación de sangre, flebotomía, 253-254, 253*c*-254*c*
Drenaje lumbar, cuidados del drenaje, 158, 158*c*

E

ECMO. *Véase* Terapia, mediante oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO)
Ecografía
obstétrica y ginecológica, 191, 191*c*
vejiga urinaria, 191-192, 191*c*-192*c*
Ediciones previas y traducciones, 567
Educación
NIC, 15-18, 16*c*
para la salud, 34*t*, 192-193, 192*c*-193*c*
parental
adolescentes, 193-194, 193*c*-194*c*
crianza familiar de los niños, 194-195, 194*c*-195*c*
lactante, 195, 195*c*

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Ejercicio(s)
de amplitud de movimientos, 464-465
del suelo pélvico, 196, 196*c*
favorecimiento, 249-250, 249*c*-250*c*
entrenamiento de fuerza, 250, 250*c*
estiramientos, 251, 251*c*
manejo, 34*t*, 36*t*
prescrito, 202, 202*c*
terapia
ambulación, 462, 462*c*
control muscular, 463, 463*c*
equilibrio, 464, 464*c*
movilidad articular, 464-465, 464*c*-465*c*
Electrólitos. *Véase también* Líquidos
manejo, 34*t*, 38*t*, 280, 280*c*, 331-332, 331*c*-332*c*
hipercalcemia, 281, 281*c*
hiperfosfatemia, 282, 282*c*
hipermagnesemia, 282-283, 282*c*-283*c*
hipernatremia, 283, 283*c*
hiperpotasemia, 284, 284*c*
hipocalcemia, 284-285, 284*c*-285*c*
hipofosfatemia, 286, 286*c*
hipomagnesemia, 287, 287*c*
hiponatremia, 287-288, 287*c*-288*c*
hipopotasemia, 288-289, 288*c*-289*c*
monitorización, 382-383, 382*c*-383*c*
Elogio, 196-197, 196*c*-197*c*
Embarazo
cuidados por interrupción, 172-173, 172*c*-173*c*
final, vigilancia, 486-487, 486*c*-487*c*
no deseado, 400, 400*c*
Empleado, preceptor, 413, 413*c*
Encopresis, cuidados de la incontinencia intestinal, 137
Enfermedad(es)
arterial coronaria (EAC), vínculos NIC y NOC, 545, 545*t*-546*t*
de Crohn, vínculos NIC y NOC, 543*t*-544*t*, 545
infecciosas, identificación de riesgos, 263-264, 263*c*-264*c*
por coronavirus de 2019 (COVID-19), vínculos NIC y NOC, 546, 546*t*-548*t*
Enfermera
anestesiología, 495
capacidades, 8
Enfermería
anestesiología enfermera/enfermería de cuidados postanestésicos, 495
de adicciones, 495-496
de campamentos recreativos, 496
de cirugía plástica, 496-497
de comunidad de fe, 497
de control de infecciones y epidemiología, 497-498
de cuidados
ambulatorios, 498
de pacientes con VIH/SIDA, 498
intensivos, 499
paliativos y terminales, 499-500
penitenciarios, 500
de dermatología, 500
de desastres, 501
de diabetes, 501
de discapacidad del desarrollo, 501-502
de heridas, ostomías y continencia, 502
de infusión intravenosa, 502-503
de lesiones de la médula espinal, 503
de manejo del dolor, 503-504
de nefrología, 504
de neurociencias, 505
de otorrinolaringología y cabeza/cuello, 505
de quemaduras, 506
de rehabilitación, 506
de salud
de la mujer, 506-507
domiciliaria, 507
laboral, 508
para viajes, 508
pública/comunitaria, 509
universitaria, 509
de trasplantes, 510
de urgencias, 510
de violencia doméstica, 511
de vuelo, 511
escolar, 511-512
forense, 512
gastroenterológica, 513
genética, 513
gerontológica, 513-514
hematológica/oncológica pediátrica, 514
holística, 515
informática, 515
legal, 516
matrona, 516
médico-quirúrgica, 516-517
neonatal, 517-518
obstétrica, 518
oftalmológica, 519
oncológica, 519
pediátrica, 520
perioperatoria, 520-521
psiquiátrica de niños y adolescentes, 522
psiquiátrica/salud mental, 521
radiológica, 522-523
traumatológica, 523
urológica, 523-524
vascular, 524
Enseñanza
adolescente, 12-21 años
desarrollo, 201, 201*c*
nutrición, 210, 210*c*
seguridad, 217-218, 217*c*-218*c*
control de infecciones, 197, 197*c*
desarrollo del lactante
0-3 meses, 198, 198*c*
4-6 meses, 198-199, 198*c*-199*c*
7-9 meses, 199, 199*c*
10-12 meses, 199, 199*c*
dieta prescrita, 201-202, 201*c*-202*c*
ejercicio prescrito, 202, 202*c*
entrenamiento del control de esfínteres, 203, 203*c*
grupo, 203-204, 203*c*-204*c*

habilidad psicomotora, 204, 204*c*
individual, 204-205, 204*c*-205*c*
infancia media, 6-12 años
desarrollo, 200-201, 200*c*-201*c*
nutrición, 209-210, 209*c*-210*c*
seguridad, 217, 217*c*
medicamentos prescritos, 205-206, 205*c*-206*c*
nutrición
del lactante, 0-3 meses, 206, 206*c*
del lactante, 4-6 meses, 207, 207*c*
del lactante, 7-9 meses, 207, 207*c*
del lactante, 10-12 meses, 207, 207*c*
del niño, 13-18 meses, 208, 208*c*
del niño, 19-24 meses, 208, 208*c*
del niño, 25-36 meses, 208-209, 208*c*-209*c*
preoperatoria, 210-211, 210*c*-211*c*
prevención de las lesiones deportivas, 211-212, 211*c*-212*c*
primera infancia, 1-5 años
desarrollo, 200, 200*c*
nutrición, 209, 209*c*
seguridad, 217, 217*c*
procedimientos o tratamientos, 212, 212*c*
proceso de enfermedad, 212-213, 212*c*-213*c*
relaciones sexuales seguras, 213-214, 213*c*-214*c*
seguridad
del lactante, 0-3 meses, 214, 214*c*
del lactante, 4-6 meses, 214, 214*c*
del lactante, 7-9 meses, 215, 215*c*
del lactante, 10-12 meses, 215, 215*c*
del niño, 13-18 meses, 215-216, 215*c*-216*c*
del niño, 19-24 meses, 216, 216*c*
del niño, 25-36 meses, 216, 216*c*
sexualidad, 218, 218*c*
Entrenamiento
autógeno, 219
de fuerza, 250, 250*c*
de la asertividad, 219
de la memoria, 220, 220*c*
de la vejiga urinaria, 220-221, 220*c*-221*c*
del control de esfínteres, 203, 203*c*
del hábito urinario, 221, 221*c*
para controlar los impulsos, 222, 222*c*
Entrevista motivacional, 222-223, 222*c*-223*c*
Enuresis, 138-139, 138*c*-139*c*
Environmental Protection Agency (EPA), 431
EPA. *Véase* Environmental Protection Agency (EPA)
Equilibrio, 464, 464*c*
Escala de gravedad del paciente, 14*c*
Escucha activa, 223
Estabilización, vía aérea, 271-272
Establecimiento
de límites, 224, 224*c*
de objetivos comunes, 224-225, 224*c*-225*c*
Estimulación
cognitiva, 225, 225*c*
cutánea, 225-226, 225*c*-226*c*
nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), 226, 226*c*
Estiramientos, 251, 251*c*
Estudiante, preceptor, 413-414, 413*c*-414*c*
Etiquetas
intervención NIC
nueva, 558
revisada, 559
Evaluación
de compañeros, 227-228, 227*c*-228*c*
de productos, 228, 228*c*
Extubación endotraqueal, 229-230, 229*c*-230*c*
paliativa, 230, 230*c*

F

Facilitación
de la autohipnosis, 231, 231*c*
de la autorresponsabilidad, 231-232, 231*c*-232*c*
de la cuarentena, 232, 232*c*
de la justicia social, 232-233, 232*c*-233*c*
de la meditación, 233-234, 233*c*-234*c*
de la presencia de la familia, 234, 234*c*
de la superación
de la aflicción, 235, 235*c*
de la aflicción, muerte perinatal, 235-236, 235*c*-236*c*
de la culpa, 236, 236*c*
de las visitas, 236-237, 236*c*-237*c*
de los permisos, 237, 237*c*
del aprendizaje, 238, 238*c*
del autocuidado, 34*t*, 36*t*
del crecimiento espiritual, 238-239, 238*c*-239*c*
del desarrollo profesional, 239, 239*c*
del distanciamiento físico, 239-240, 239*c*-240*c*
del perdón, 240-241, 240*c*-241*c*
Falta de atención, manejo de la conducta, 294
Familia, 48*t*-50*t*
apoyo, 86, 86*c*
con recién nacido
favorecimiento de la integridad familiar, 242-243, 242*c*-243*c*
identificación de riesgos, 264, 264*c*
presencia, facilitación, 234, 234*c*
Familiar(es)
favorecimiento
de la implicación, 241, 241*c*
de la integridad, 241-242, 241*c*-242*c*
de la integridad, familia con recién nacido, 242-243, 242*c*-243*c*
movilización, 391, 391*c*
planificación
anticoncepción, 399, 399*c*
embarazo no deseado, 400, 400*c*
infertilidad, 400, 400*c*
procesos, mantenimiento, 363*c*-364*c*
terapia, 472, 472*c*
Favorecimiento
de la implicación, familiar, 241, 241*c*
de la integridad, familiar, 241-242, 241*c*-242*c*
de la normalización, 243-244, 243*c*-244*c*
de la perfusión cerebral, 244-245, 244*c*-245*c*
de la resiliencia, 245, 245*c*
comunidad, 246, 246*c*
de la salud, comunidad, 52*t*
de la seguridad en el vehículo, 247-248, 247*c*-248*c*

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Favorecimiento *(cont.)*
del apego, 248-249, 248*c*-249*c*
del confort
físico, 34*t*, 36*t*
psicológico, 34*t*, 45*t*
del rol parental, 251-252, 251*c*-252*c*
Feto, reanimación, 434-435
Final del embarazo, vigilancia, 486-487, 486*c*-487*c*
Fisioterapia, torácica, 252-253, 252*c*-253*c*
Fitoterapia, 253, 253*c*
Flebotomía
donación de sangre, 253-254, 253*c*-254*c*
muestra de sangre venosa, 254, 254*c*
Fototerapia
piel, 255, 255*c*
recién nacido, 255, 255*c*
regulación del estado de ánimo, 256, 256*c*

G

Gestión
de casos, 257, 257*c*
de crisis, 34*t*, 46*t*
de la cadena de suministro, 257-258, 257*c*-258*c*
de la competencia, 258, 258*c*
de la información, 34*t*, 50*t*-52*t*
de los recursos económicos, 259, 259*c*
del protocolo de investigación, 259, 259*c*
Glucemia
manejo
de la hiperglucemia, 302
de la hipoglucemia, 306-307
Grupo de apoyo, 260, 260*c*

H

Habilidad(es)
psicomotora, 204, 204*c*
sociales, modificación de la conducta, 381
Hemoderivados, administración, 61
Hemorragia
prevención, 421-422
reducción, 185
digestiva, 185-186
epistaxis, 185
heridas, 186
útero, anteparto, 187
útero, posparto, 187-188
Heridas
cuidados, 144, 144*c*
ausencia de cicatrización, 145, 145*c*
drenaje cerrado, 145-146, 145*c*-146*c*
irrigación, 272, 272*c*
protección, 146-147, 146*c*-147*c*
quemaduras, 147, 147*c*
disminución de la hemorragia, 186
enfermería, 502
manejo, 34*t*, 41*t*
Hiperactividad, manejo de la conducta, 294
Hipercalcemia, 281, 281*c*
Hiperfosfatemia, 282, 282*c*
Hiperlipidemia
manejo, 302-303, 302*c*-303*c*
vínculos NIC y NOC, 548, 548*t*-549*t*
Hipermagnesemia, 282-283, 282*c*-283*c*
Hipernatremia, 283, 283*c*
Hiperpotasemia, 284, 284*c*
Hipertermia
maligna, 408, 408*c*
manejo, 304-305, 304*c*-305*c*
Hipnosis, 261, 261*c*
facilitación de la autohipnosis, 231, 231*c*
manejo
de las náuseas, 329-330
del vómito, 361-362
Hipocalcemia, 284-285, 284*c*-285*c*
Hipofosfatemia, 286, 286*c*
Hipomagnesemia, 287, 287*c*
Hiponatremia, 287-288, 287*c*-288*c*
Hipopotasemia, 288-289, 288*c*-289*c*
Hipotensión, manejo, 307, 307*c*
Hipotermia
manejo, 308, 308*c*
terapia de inducción, 467-468, 467*c*-468*c*
Humor, 262, 262*c*

I

ICE. *Véase* Investigación, comparativa de la eficacia (ICE)
Identificación
de riesgos, 263, 263*c*
enfermedades infecciosas, 263-264, 263*c*-264*c*
familia con recién nacido, 264, 264*c*
genéticos, 265, 265*c*
del paciente, 265-266, 265*c*-266*c*
Imagen corporal, mejora, 372-373
Incontinencia intestinal, cuidados, 137
encopresis, 137
Inducción, secuencia rápida, 266-267, 266*c*-267*c*
Infancia media, 6-12 años
desarrollo, 200-201, 200*c*-201*c*
nutrición, 209-210, 209*c*-210*c*
seguridad, 217, 217*c*
Infección(es)
control, 126-127, 126*c*-127*c*, 197, 197*c*
intraoperatorio, 127-128, 127*c*-128*c*
y epidemiología, enfermería, 497-498
protección, 429-430, 429*c*-430*c*
Infertilidad, 400, 400*c*
Información preparatoria: sensorial, 267, 267*c*
Informe de incidencias, 267-268, 267*c*-268*c*
Infusión
de células madre, 268, 268*c*
subcutánea continua, administración de medicación, 65-66, 65*c*-66*c*
Inhalatoria, administración de medicación, 66-67, 66*c*-67*c*
Inmovilización, 269, 269*c*
cuidados de, 153, 153*c*
Inserción
central, manejo del acceso venoso central, 334, 334*c*
periférica, 334-335, 334*c*-335*c*

Institute of Medicine (IOM), 7
Insuficiencia
arterial, 133, 133*c*
venosa, 134, 134*c*
Interacciones sociales
estimulación cognitiva, 225
manejo del estado de ánimo, 348-349
Intercambio
de gases
ayuda a la ventilación, 105
destete de la ventilación mecánica, 182
de información de cuidados de salud, 269, 269*c*
Interpretación de datos de laboratorio, 269-270, 269*c*-270*c*
Intervención(es), 554-557
base de investigación, 7
cambios
importantes, 555-557
pequeños, 557
centrales, especialidades de enfermería, 494-524
anestesiología enfermera/enfermería de cuidados postanestésicos, 495
enfermería
de adicciones, 495-496
de campamentos recreativos, 496
de cirugía plástica, 496-497
de comunidad de fe, 497
de control de infecciones y epidemiología, 497-498
de cuidados, ambulatorios, 498
de cuidados, de pacientes con VIH/SIDA, 498
de cuidados, intensivos, 499
de cuidados, paliativos y terminales, 499-500
de cuidados, penitenciarios, 500
de dermatología, 500
de desastres, 501
de diabetes, 501
de discapacidad del desarrollo, 501-502
de heridas, ostomías y continencia, 502
de infusión intravenosa, 502-503
de lesiones de la médula espinal, 503
de manejo del dolor, 503-504
de nefrología, 504
de neurociencias, 505
de otorrinolaringología y cabeza/cuello, 505
de quemaduras, 506
de rehabilitación, 506
de salud de la mujer, 506-507
de salud domiciliaria, 507
de salud laboral, 508
de salud para viajes, 508
de salud pública/comunitaria, 509
de salud universitaria, 509
de trasplantes, 510
de urgencias, 510
de violencia doméstica, 511
de vuelo, 511
escolar, 511-512
forense, 512
gastroenterológica, 513
genética, 513
gerontológica, 513-514
hematológica/oncológica pediátrica, 514
holística, 515
informática, 515
legal, 516
matrona, 516
médico-quirúrgica, 516-517
neonatal, 517-518
obstétrica, 518
oftalmológica, 519
oncológica, 519
pediátrica, 520
perioperatoria, 520-521
psiquiátrica de niños y adolescentes, 522
psiquiátrica/salud mental, 521
radiológica, 522-523
traumatológica, 523
urológica, 523-524
vascular, 524
clasificación de intervenciones de enfermería
tiempo estimado y nivel de formación necesarios para realizar, 526, 527*t*-538*t*
definición, 2
en caso de crisis, 270-271, 270*c*-271*c*
NIC, 558-560
nuevas, 558-559
revisadas, 559-560
octava edición, 554
revisadas, 554-557
prioritarias, condiciones clínicas, 540
séptima edición, revisadas en esta edición, 557
viabilidad de la realización, 7-8
Intubación en secuencia rápida, 266-267, 266*c*-267*c*
Investigación
comparativa de la eficacia (ICE), 24-25
descriptiva, NIC, 19-20
NIC, 18-26
análisis de *big data*, 25
de las intervenciones, 20-21
diseño y estudio de intervenciones complejas, 25
investigación comparativa de la eficacia, 24-25
investigación descriptiva, 19-20
investigación sobre la efectividad de las intervenciones, 21-24, 22*c*-23*c*
procesamiento de lenguaje natural, 25-26
sobre la efectividad de la intervención, NIC, 21-24, 22*c*-23*c*
IOM. *Véase* Institute of Medicine (IOM)
Irrigación
de la vejiga urinaria, 272-273, 272*c*-273*c*
de los oídos, 273, 273*c*
de los ojos, 273-274, 273*c*-274*c*
nasal, 274, 274*c*

J

Justificación, intervención NIC
nueva, 559
revisada, 560

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

L

Lactancia
asesoramiento, 99-100, 99*c*-100*c*
supresión, 454, 454*c*
Lactante
apoyo al procedimiento, 87, 87*c*
cuidados, 162, 162*c*
ayuda para la exploración ocular, 162-163, 162*c*-163*c*
prematuro, 163-164, 163*c*-164*c*
recién nacido, 164-165, 164*c*-165*c*
desarrollo
0-3 meses, 198, 198*c*
4-6 meses, 198-199, 198*c*-199*c*
7-9 meses, 199, 199*c*
10-12 meses, 199, 199*c*
educación parental, 195, 195*c*
mejora del desarrollo, 378-379, 378*c*-379*c*
nutrición
0-3 meses, 206, 206*c*
4-6 meses, 207, 207*c*
7-9 meses, 207, 207*c*
10-12 meses, 207, 207*c*
seguridad
0-3 meses, 214, 214*c*
4-6 meses, 214, 214*c*
7-9 meses, 215, 215*c*
10-12 meses, 215, 215*c*
Lesiones por presión
cuidados, 148, 148*c*
prevención, 423, 423*c*
Líquidos. *Véase también* Electrólitos
manejo, 330-331, 330*c*-331*c*, 331-332, 331*c*-332*c*
monitorización, 384-385, 384*c*-385*c*
reposición, 443, 443*c*
Llevar un diario, 275, 275*c*
Ludoterapia, 276, 276*c*

M

Mama, exploración, 228-229
Manejo
ambiental, 277-278, 277*c*-278*c*
comunidad, 278, 278*c*
prevención de la violencia, 278-279, 278*c*-279*c*
seguridad, 279, 279*c*
seguridad del trabajador, 279-280, 279*c*-280*c*
de enfermedades transmisibles, 289-290, 289*c*-290*c*
de la anafilaxia, 291
de la arritmia, 291-292, 291*c*-292*c*
de la conducta, 292
autolesión, 293
falta de atención e hiperactividad, 294
sexual, 295
de la demencia, 295-296, 295*c*-296*c*
baño, 296-297, 296*c*-297*c*
deambulación errática, 297-298, 297*c*-298*c*
de la desatención unilateral, 298, 298*c*
de la diarrea, 299, 299*c*
de la disreflexia, 299-300, 299*c*-300*c*
de la eliminación urinaria, 300, 300*c*
de la energía, 300-301, 300*c*-301*c*
de la evacuación, 34*t*, 36*t*
de la hiperglucemia, 302, 302*c*
de la hiperlipidemia, 302-303, 302*c*-303*c*
de la hipertensión, 303-304, 303*c*-304*c*
de la hipertermia, 304-305, 304*c*-305*c*
de la hipervolemia, 305-306, 305*c*-306*c*
de la hipoglucemia, 306-307, 306*c*-307*c*
de la hipotensión, 307, 307*c*
de la hipotermia, 308, 308*c*
de la hipovolemia, 308-309, 308*c*-309*c*
de la inmovilidad, 34*t*, 36*t*
de la instrumentación quirúrgica, 309-310, 309*c*-310*c*
de la medicación, 310-311, 310*c*-311*c*
de la nutrición, 312-313, 312*c*-313*c*
de la parada cardiorrespiratoria, 313-314, 313*c*-314*c*
de la perfusión tisular, 34*t*, 41*t*
de la quimioterapia, 314-315, 314*c*-315*c*
de la radioterapia, 315-316, 315*c*-316*c*
de la sedación, 316-317, 316*c*-317*c*
de la sensibilidad periférica alterada, 317, 317*c*
de la tecnología, 318, 318*c*
reproductiva, 318-319, 318-319*c*
de la terapia
electroconvulsiva (TEC), 319-320, 319*c*-320*c*
trombolítica, 320-321, 320*c*-321*c*
de la termorregulación, 321, 321*c*
de la vacunación, 322-323, 322*c*-323*c*
de la ventilación mecánica
invasiva, 323-324, 323*c*-324*c*
no invasiva, 324-325, 324*c*-325*c*
prevención de la neumonía, 325-326, 325*c*-326*c*
de la vía aérea, 326
artificial, 327
de las alucinaciones, 328, 328*c*
de las convulsiones, 328-329, 328*c*-329*c*
de las ideas delirantes, 329, 329*c*
de las náuseas, 329-330, 329*c*-330*c*
de líquidos, 330-331, 330*c*-331*c*, 331-332, 331*c*-332*c*
de los electrólitos, 280, 280*c*, 331-332, 331*c*-332*c*
de los trastornos de la alimentación, 332-333, 332*c*-333*c*
de muestras, 333, 333*c*
del acceso venoso central, inserción
central, 334, 334*c*
periférica, 334-335, 334*c*-335*c*
del apaciguamiento, 335-336, 335*c*-336*c*
del asma, 219
del confort, 337, 337*c*
del delirium, 337-338, 337*c*-338*c*
del desfibrilador
externo, 338, 338*c*
interno, 339-340, 339*c*-340*c*
del dolor
agudo, 340-341, 340*c*-341*c*
crónico, 341, 341*c*
enfermería, 503-504
parto, 341-342, 341*c*-342*c*
del edema cerebral, 342-343, 342*c*-343*c*
del equilibrio ácido-base, 34*t*, 38*t*, 343

acidosis metabólica, 344
acidosis respiratoria, 345
alcalosis metabólica, 346
alcalosis respiratoria, 347
del estado de ánimo, 348-349, 348*c*-349*c*
del estreñimiento, 349, 349*c*
del marcapasos
permanente, 350-351, 350*c*-351*c*
transitorio, 351-352, 351*c*-352*c*
del pesario, 352-353, 352*c*-353*c*
del peso, 353, 353*c*
del prolapso rectal, 354, 354*c*
del prurito, 354-355, 354*c*-355*c*
del riesgo, 34*t*, 46*t*
cardíaco, 355, 355*c*
del shock, 356, 356*c*
cardíaco, 357, 357*c*
sepsis, 357-358, 357*c*-358*c*
vasogénico, 358-359, 358*c*-359*c*
volumen, 359, 359*c*
del torniquete neumático, 360-361, 360*c*-361*c*
del vómito, 361-362, 361*c*-362*c*
intestinal, 362
neurológico, 34*t*, 38*t*
respiratorio, 34*t*, 41*t*
Mantenimiento del hogar, asistencia, 101-102, 101*c*-102*c*
Marketing social, 364-365, 364*c*-365*c*
Masaje, 365, 365*c*
abdominal, 365-366, 365*c*-366*c*
Mecánica corporal, favorecimiento, 243
Mediación, conflictos, 366, 366*c*
Medicación
administración, 62, 62*c*
cutánea, 63, 63*c*
disco intraocular, 63-64, 63*c*-64*c*
enteral, 64-65, 64*c*-65*c*
infusión subcutánea continua, 65-66, 65*c*-66*c*
inhalatoria, 66-67, 66*c*-67*c*
intradérmica, 67, 67*c*
intraespinal, 68-69, 68*c*-69*c*
intramuscular (i.m.), 69-70, 69*c*-70*c*
intraósea, 70-71, 70*c*-71*c*
intrapleural, 71-72, 71*c*-72
intravenosa (i.v.), 72-73, 72*c*-73*c*
nasal, 73-74, 73*c*-74*c*
oftálmica, 74-75, 74*c*-75*c*
oral, 75-76, 75*c*-76*c*
ótica, 76-77, 76*c*-77*c*
rectal, 77, 77*c*
reservorio ventricular, 78, 78*c*
subcutánea, 79, 79*c*
vaginal, 79-80, 79*c*-80*c*
conciliación, 121-122, 121*c*-122*c*
desprescripción, 181-182, 181*c*-182*c*
manejo, 38*t*, 310-311, 310*c*-311*c*
cannabis medicinal, 311, 311*c*
dispositivo de infusión portátil, 311-312, 311*c*-312*c*
prescripción, 418-419, 418*c*-419*c*
prescrita, 205-206, 205*c*-206*c*
Meditación, facilitación, 233-234, 233*c*-234*c*
Mejora
de la alfabetización en salud, 366-367, 366*c*-367*c*
de la autoconciencia, 367, 367*c*
de la autoeficacia, 368, 368*c*
de la autoestima, 368-369, 368*c*-369*c*
de la capacidad funcional, 369, 369*c*
de la colaboración, 369-370, 369*c*-370*c*
de la comunicación, 34*t*, 42*t*
déficit auditivo, 370, 370*c*
déficit del habla, 371, 371*c*
déficit visual, 371-372, 371*c*-372*c*
de la práctica religiosa, 373-374, 373*c*-374*c*
de la socialización, 374, 374*c*
de la tos, 375, 375*c*
de las aptitudes para la vida diaria, 375-376, 375*c*-376*c*
de los sistemas de apoyo, 376, 376*c*
de roles, 377, 377*c*
del afrontamiento, 377-378, 377*c*-378*c*
del desarrollo, lactante, 378-379, 378*c*-379*c*
del sueño, 379-380, 379*c*-380*c*
Micción estimulada, 380, 380*c*
Micción/defecación, ayuda con el autocuidado, 107, 107*c*
Modelo(s)
de Análisis de Resultado del Estado Actual (AREA), razonamiento clínico reflexivo, 17, 18*f*
de lenguaje estandarizado, uso, 10-15, 12*f*
de razonamiento clínico, NIC, 17-18, 18*f*
Modificación, conducta, 381
habilidades sociales, 381
Modificadores, etiqueta de intervención, 558
Monitorización
con vídeo, vigilancia, 487-488, 487*c*-488*c*
de la presión intracraneal (PIC), 383, 383*c*
de las extremidades inferiores, 384, 384*c*
de líquidos, 384-385, 384*c*-385*c*
de los signos vitales, 385-386, 385*c*-386*c*
abstinencia
de las drogas, 481
del alcohol, 481
administración
de analgésicos, 57-58
de anestesia, 291
de hemoderivados, 61
de medicación, 62
cuidados
cardíacos, 130
de la circuncisión, 136
del parto por cesárea, 244-245
en la emergencia, 169-170
intraparto, 170-171
extubación endotraqueal, 229-230, 229*c*-230*c*
fisioterapia torácica, 165-166
infusión de células madre, 268
manejo
de la anafilaxia, 291
de la hipertensión, 303-304
de la sedación, 316-317
de la terapia trombolítica, 80-81

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Monitorización *(cont.)*
de las convulsiones, 316-317
del edema cerebral, 342-343
del shock, 356
monitorización
fetal electrónica antes del parto, 387
fetal electrónica durante el parto, 388
neurológica, 389-390
nutrición parenteral total, administración, 80-81
parto
inducción, 266
supresión de las contracciones, 454-455
precauciones en la hipertermia maligna, 408
prevención de hemorragia, 421-422
epistaxis, 186
heridas, 186
útero anteparto, 187
útero posparto, 187-188
regulación de la temperatura, perioperatoria, 441
restricción química, 446
sobredosis, 482
terapia
de inducción de hipotermia, 467-468
intravenosa (i.v.), 474
triaje, centro de urgencias, 483-484
vigilancia, 485-486
del equilibrio ácido-base, 386-387
fetal electrónica
antes del parto, 387, 387*c*
durante el parto, 388, 388*c*
hemodinámica invasiva, 388-389, 388*c*-389*c*
neurológica, 389-390, 389*c*-390*c*
nutricional, 390
remota, vigilancia, 488, 488*c*
respiratoria, 390-391, 390*c*-391*c*
Movilidad articular, 464-465, 464*c*-465*c*
Movilización familiar, 391, 391*c*
Muerte perinatal, facilitación de la superación de la aflicción, 235-236, 235*c*-236*c*
Muestra de sangre
arterial, punción arterial, 432, 432*c*
capilar, 392, 392*c*
venosa, flebotomía, 254, 254*c*
Musicoterapia, 392, 392*c*

N

NANDA International, 32
NANDA-I, 4
NIC. *Véase* Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)
Niño(s)
apoyo en la protección contra abusos, 91-93
cuidados, 165-166, 165*c*-166*c*
manejo de la vacunación, 322-323
nutrición
13-18 meses, 208, 208*c*
19-24 meses, 208, 208*c*
25-36 meses, 208-209, 208*c*-209*c*
seguridad
13-18 meses, 215-216, 215*c*-216*c*
19-24 meses, 216, 216*c*
25-36 meses, 216, 216*c*
y adolescentes, enfermería psiquiátrica, 522
Nivel de formación necesario, definición, 526
NPT. *Véase* Nutrición, parenteral total (NPT), administración
Nutrición
adolescente, 12-21 años, 210, 210*c*
asesoramiento, 100, 100*c*
infancia media, 6-12 años, 209-210, 209*c*-210*c*
lactante
0-3 meses, 206, 206*c*
4-6 meses, 207, 207*c*
7-9 meses, 207, 207*c*
10-12 meses, 207, 207*c*
manejo, 312-313, 312*c*-313*c*
monitorización, 390
niño
13-18 meses, 208, 208*c*
19-24 meses, 208, 208*c*
25-36 meses, 208-209, 208*c*-209*c*
parenteral total (NPT), administración, 80-81, 80*c*-81*c*
primera infancia, 1-5 años, 209, 209*c*
terapia, 476, 476*c*

O

Occupation Safety and Health Administration (OSHA), 431
Ocular
ayuda para la exploración, cuidados del lactante, 162-163, 162*c*-163*c*
sequedad, prevención, 422, 422*c*
Oftálmica, administración de medicación, 74-75, 74*c*-75*c*
Oído
administración de medicación, 76-77, 76*c*-77*c*
cuidados, 149-150, 149*c*-150*c*
irrigación, 273, 273*c*
Ojos
cuidados, 150, 150*c*
irrigación, 273-274, 273*c*-274*c*
Omaha System Problem List, 32
Orientación
anticipatoria, 394-395
en el sistema sanitario, 395, 395*c*
en la realidad, 396
OSHA. *Véase* Occupation Safety and Health Administration (OSHA)
Ostomías, enfermería, 502
Outcome and Assessment Information Set (OASIS), 4

P

Paciente
aceptabilidad, 8
resultados, NOC, 8
Pandemias, precauciones, 411, 411*c*
Pareja, apoyo en la protección contra abusos, 93
Parto, 398
inducción, 266, 266*c*
manejo del dolor, 266, 341*c*-342*c*
preparación, 414-415, 414*c*-415*c*
supresión de las contracciones, 454-455, 454*c*-455*c*