



# GUÍA

de diagnósticos enfermeros  
del paciente  
en hemodiálisis

(Interrelaciones NANDA-NOC-NIC)







DOMINIO 1. Promoción de la salud

DOMINIO 2. Nutrición

DOMINIO 3. Eliminación e intercambio

DOMINIO 4. Actividad/reposo

DOMINIO 5. Percepción/cognición

DOMINIO 6. Auto percepción

DOMINIO 7. Rol/relaciones

guía de  
**Diagnósticos Enfermeros**  
del paciente en hemodiálisis  
(Interrelaciones NANDA-NOC-NIC)

**GRUPO DE REVISORES DE LA 2ª EDICIÓN**

Directora del Equipo de Revisión

Esther Salces Sáez

Supervisora de la Unidad de Gestión Clínica Nefrología-  
Diálisis del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

Coordinadora del Equipo de Revisión

M<sup>a</sup> Carmen Carmona Valiente

Enfermera Gestora de casos del Hospital Universitario de  
Puerto Real (Cádiz)

DOMINIO 8. Sexualidad

DOMINIO 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés

DOMINIO 10. Principios vitales

DOMINIO 11. Seguridad/protección

DOMINIO 12. Confort

DOMINIO 13. Crecimiento/ desarrollo



## Guía de Diagnósticos Enfermeros del Paciente en Hemodiálisis (Interrelaciones NANDA, NOC, NIC)

© SEDEN

Calle de la Povedilla, nº 13. Bajo Izda  
28009 Madrid. España

ISBN Papel: 978-84-697-7655-1 ■ ISBN en línea: 978-84-697-5788-8

Depósito Legal: M-33482-2017

Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin el permiso escrito del titular del Copyright.

El contenido de esta publicación se presenta como un servicio a la profesión sanitaria, reflejando las opiniones, conclusiones o hallazgos propios de los autores incluidos en la publicación. Dichas opiniones, conclusiones o hallazgos no son necesariamente los de SEDEN, por lo que la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica no asume ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha publicación.



# PRESENTACIÓN

**E**l deseo de mejorar en las diferentes áreas de trabajo (asistencial, investigación, gestión y docencia) ha sido y continúa siendo, para la enfermería, uno de los principales retos.

Para optimizar la calidad de los cuidados que ofrecemos a los pacientes es necesario garantizar su continuidad y para ello debemos utilizar la misma terminología y un registro sistematizado que sea común para todos nosotros, que refleje nuestra actividad, y facilite su evaluación y su posterior comparación con otras intervenciones enfermeras.

El equipo de enfermería del Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, realizó una exhaustiva revisión para la elaboración de un manual de diagnósticos enfermeros bajo la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) para el paciente con insuficiencia renal crónica. Desde la Junta Directiva de la SEDEN consideramos que se trata de una excelente labor de sistematización de cuidados y por tanto queremos colaborar en su actualización.

*Junta Directiva de la SEDEN*







# ÍNDICE

7. Introducción 1ª Edición

11. Introducción 2ª Edición

15. Uso de la Guía

17. Observaciones

## 21. DOMINIO 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Clase 2: Gestión de la salud.

Disposición para mejorar la gestión de la salud - 00162 ...**21**

Gestión ineficaz de la salud - 00078 ...**23**

Autor: J. Javier Fernández Montero

Enfermero de la Unidad de Gestión Clínica de Nefrología- Diálisis del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

## 25. DOMINIO 2. NUTRICIÓN

Clase 5: Hidratación.

Exceso de volumen de líquidos - 00026 ...**25**

Autor: J. Javier Fernández Montero

Enfermero de la Unidad de Gestión Clínica de Nefrología-Diálisis del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

## 27. DOMINIO 3. ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Clase 2: Función gastrointestinal.

Riesgo de estreñimiento - 00015 ...**27**

Autor: J. Javier Fernández Montero

Enfermero de la Unidad de Gestión Clínica de Nefrología-Diálisis del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

## 29. DOMINIO 4. ACTIVIDAD/REPOSO

Clase 1: Sueño/reposo.

Insomnio - 00095 ...**29**

Clase 2: Actividad/ejercicio

Deterioro de la movilidad física - 00085 ...**31**

Autor: Mª Carmen del Campo Romero

Enfermera de la Unidad de Gestión Clínica de Nefrología-Diálisis del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)



Clase 3: Equilibrio de la Energía.

Fatiga - 00093 ...**33**

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar.

Riesgo de intolerancia a la actividad - 00094 ...**35**

Clase 5: Autocuidado.

Déficit autocuidado. Alimentación - 00102 ...**37**

Déficit de autocuidado: Vestido - 00109 ...**39**

Autor: M<sup>a</sup> Carmen del Campo Romero

Enfermera de la Unidad de Gestión Clínica de Nefrología-Diálisis del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

#### **41. DOMINIO 5. PERCEPCIÓN/COGNICIÓN**

Clase 4: Cognición.

Conocimientos deficientes - 00126 ...**41**

Disposición para mejorar los conocimientos - 00161 ...**43**

Autor: M<sup>a</sup> Carmen del Campo Romero

Enfermera de la Unidad de Gestión Clínica de Nefrología-Diálisis del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

#### **45. DOMINIO 6. AUTOPERCEPCIÓN**

Clase 1: Autoconcepto.

Desesperanza - 00124 ...**45**

Clase 2: Autoestima

Baja autoestima situacional - 00120 ...**47**

Autor: M<sup>a</sup> Carmen Carmona Valiente

Enfermera Gestora de casos del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

#### **49. DOMINIO 7. ROL/RELACIONES**

Clase 1: Roles del cuidador.

Cansancio del rol de cuidador - 00061 ...**49**

Riesgo de cansancio del rol del cuidador - 00062 ...**51**

Clase 3: Desempeño del rol.

Desempeño ineficaz del rol - 00055 ...**53**

Autor: M<sup>a</sup> Carmen Carmona Valiente.

Enfermera Gestora de casos del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

#### **55. DOMINIO 8. SEXUALIDAD**

Clase 2: Función sexual.

Disfunción sexual 00059 ...**55**

Autor: Esther Salces Sáez

Supervisora de la Unidad de Gestión Clínica Nefrología-Diálisis del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

#### **57. DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Clase 2: respuestas de afrontamiento.

Afrontamiento Defensivo - 00071 ...**57**

Afrontamiento familiar comprometido - 00074 ...**59**

Afrontamiento familiar incapacitante - 00073 ...**61**

Afrontamiento Ineficaz - 00069 ...**63**

Ansiedad - 00146 ...**65**

Duelo complicado - 00135 ...**67**



Impotencia - 00125 ...**69**

Negación Ineficaz - 00072 ...**71**

Temor - 00148 ...**73**

Autor: Esther Salces Sáez.

Supervisora de la Unidad de Gestión Clínica Nefrología-Diálisis del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

## **75. DOMINIO 11. SEGURIDAD/PROTECCIÓN**

Clase 1. Infección.

Riesgo de infección - 00004 ...**75**

Clase 2. Lesión física

Deterioro de la integridad cutánea - 00046 ...**77**

Riesgo de caídas - 00155 ...**79**

Riesgo de traumatismo vascular - 00213 ...**81**

Autor: Agustín Ramírez Rodríguez

Enfermero de la Unidad de Gestión Clínica de Nefrología-Diálisis del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

## **83. DOMINIO 12. CONFORT**

Clase 1. Confort físico.

Dolor Agudo - 00132 ...**83**

Dolor Crónico - 00133 ...**85**

Autor: Agustín Ramírez Rodríguez

Enfermero de la Unidad de Gestión Clínica de Nefrología-Diálisis del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

**87. Glosario de terminología empleada**

**89. Bibliografía**






# INTRODUCCIÓN (1ª Edición)

La presente guía ofrece la posibilidad de interrelacionar los tres lenguajes estandarizados: NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification), NIC (Nursing Interventions Classification), del paciente con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis.

Con el establecimiento entre éstas clasificaciones, pretendemos orientar en el uso de los lenguajes a la práctica clínica para facilitar el manejo de los registros de cuidados en aplicaciones informáticas. En definitiva, todo aquello que permita ampliar y enriquecer la disciplina enfermera. Además, ésta guía intenta ser útil desde el punto de vista clínico, no sólo con la finalidad de escribir lo que hacemos, sino lo que sabemos de nuestros pacientes.

Tras haber estudiado a los pacientes con IRC en programa en tratamiento de hemodiálisis y a sus familiares, se han identificado cuáles son los problemas más comunes que tienen tras una valoración (diagnósticos), qué es lo que queremos conseguir en ellos (resultados), cómo lo vamos a medir (indicadores), y por último qué herramientas vamos a utilizar para conseguirlo (intervenciones enfermeras). Las interrelaciones se han obtenido a partir de la práctica clínica de enfermeras/os que están utilizando esta metodología en los dos últimos años y han sido desarrollados por un grupo de expertos clínicos de la Unidad de Diálisis del Hospital Universitario de Puerto Real.



A continuación, se describe la metodología que ha seguido este grupo para llegar al objetivo propuesto.

- 】 Identificar los diagnósticos enfermeros y establecer las interrelaciones entre las intervenciones y los resultados esperados en los pacientes de las unidades de hemodiálisis.
- 】 Elaborar una guía de cuidados de los pacientes atendidos en hemodiálisis que oriente y facilite la atención para uso de los enfermeros.

La metodología empleada fue el grupo de mejora formado por un panel de expertos. La secuencia de trabajo llevada a cabo ha sido la siguiente:

- 】 Búsqueda bibliográfica actualizada.
- 】 Realización de talleres de formación avanzados en temas relacionados con el proceso enfermero.
- 】 Sesiones grupales, en las que se acordó que la toma de decisiones del grupo fuese mediante acuerdo y consenso. Se distinguen distintas fases:
  - 1ª Fase: Identificación y selección de diagnósticos más comunes en nuestros pacientes.
  - 2ª Fase: Revisión de dicha selección de diagnósticos.
  - 3ª Fase: Interrelación NANDA, NIC y NOC.
  - 4ª Fase: Diseño y elaboración de la guía.

El resultado del grupo de trabajo ha sido la presente guía.

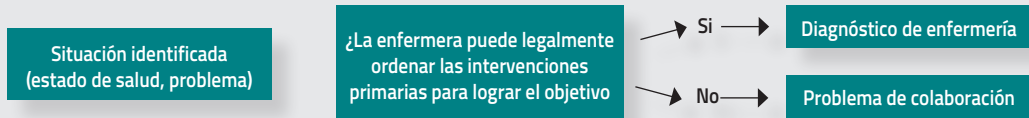


Es importante destacar para comprender esta guía la siguiente consideración:

*“La práctica de la enfermería comporta a menudo unas relaciones de cooperación con otras disciplinas de la asistencia sanitaria. En muchos casos, estas colaboraciones proporcionan a la enfermera intervenciones adicionales para añadir al plan de cuidados de enfermería del paciente. Como en cualquier relación de cooperación, es frecuente que las funciones y actividades se superpongan.*

*En 1983, Capernito presentó un modelo para la práctica que describe la perspectiva clínica de las enfermeras como asistente primario y en colaboración con otras disciplinas. Este modelo no solo organiza el enfoque de la práctica enfermera, sino que también ayuda a diferenciar la enfermería de otras disciplinas sanitarias.”*

En este modelo de práctica clínica es en el que nos hemos basado para la elaboración de la guía y las interrelaciones que se presentan derivan de diagnósticos enfermeros. El gráfico adjunto nos ayuda a diferenciar cuando estamos ante un problema de colaboración o interdisciplinario y un diagnóstico enfermero.





# INTRODUCCIÓN (2ª Edición)


**E**l principal objetivo de esta edición ha sido actualizar la presente guía, haciendo uso de la última Bibliografía publicada a fecha de 2017.

La actualización de la presente guía incluye:

- 】 Incorporación, eliminación y revisión de diagnósticos, (NANDA internacional 2015-2017).
- 】 Cambios de localización dentro de los dominios, (NANDA).
- 】 Cambios en las etiquetas diagnóstica (NANDA internacional 2015-2017).
- 】 Inclusión de dominios (NANDA internacional 2015-2017).
- 】 Incorporación y revisión de resultados e indicadores correspondientes (NOC 5ª edición).
- 】 Revisión de escalas de medida (Clasificación de resultados de enfermería NOC 5ª edición).

El proceso que hemos utilizado para la revisión de la guía ha tenido las siguientes fases:

- 】 Revisión individual de los dominios asignados.
- 】 A continuación realizamos reuniones presenciales y revisamos cada uno de los diagnósticos de manera conjunta. Cualquier discrepancia la hemos discutidos hasta llegar al consenso.
- 】 Para poder decidir e identificar el mantenimiento de los diagnósticos, la inclusión de nuevos y la eliminación o exclusión de algunos existente hemos debatido e intercambiado opiniones y puntos de vista con enfermeros/as de nuestra unidad, llegando a una decisión unánime. Hemos discutido cuales



son los diagnósticos mas apropiados en nuestra área de práctica clínica después de muchas horas de análisis y búsqueda bibliográfica.

¿Qué hay de nuevo en esta edición?

】 Cambios en las definiciones de los diagnósticos de promoción de la salud y riesgo. Las definiciones de los diagnósticos de promoción de la salud empiezan con la frase "expresa deseo de mejorar" y en los diagnósticos de riesgo se elimina el término "riesgo" y se sustituye por la palabra "vulnerable" (cambios en la terminología NANDA internacional pág. 5).

】 Cambios en las etiquetas de los siguientes diagnósticos:

1. Manejo inefectivo del régimen terapéutico por la nueva etiqueta diagnóstica "Gestión ineficaz de la salud".
2. "Manejo efectivo del régimen terapéutico" por la nueva etiqueta diagnóstica "Disposición para mejorar la gestión de la salud".
3. Deterioro del patrón de "sueño" por la nueva etiqueta diagnóstica de "Insomnio".
4. "Duelo disfuncional" por "Duelo complicado".

】 Cambios en las escalas Likert:

1. Nunca "manifestado" este termino se sustituye por "demostrado".
2. Utilización de dos escalas para un solo indicador.





】 Codificación de diagnóstico NANDA, resultados, indicadores NOC e intervenciones NIC que facilitaran su uso en sistemas informáticos.

La Taxonomía de NANDA-I utiliza códigos de 5 dígitos. Ej; Dolor crónico 00133.

La codificación de la NOC utiliza códigos de 4 dígitos y en los indicadores se añaden dos dígitos. Ej; Control del dolor (1605) Reconoce el comienzo del dolor (160502).

La taxonomía NIC tiene asignada a cada intervención un código único de cuatro dígitos. Ej; Manejo del dolor 1400.


Las actividades no están codificadas debido a su gran número.

】 Siguiendo recomendación, definiciones y clasificación 2015-2017 hemos ordenado los diagnósticos de esta guía en primer lugar por dominio, a continuación por clases y después por orden alfabético.

】 Cambio de posición del diagnóstico 00125 IMPOTENCIA del dominio 6 Autopercepción al dominio 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés (NANDA pág. 314).

】 Inclusión de los siguientes diagnósticos enfermeros:

1. 00026 Exceso de volumen de líquidos.
2. 00161 Disposición para mejorar los conocimientos.
3. 00124 Desesperanza.



4. 00155 Riesgo de caídas.

5. 00213 Riesgo de traumatismo vascular.

】 Cambios en la estructura de la tabla siguiendo las etapas del proceso enfermero:

1. ¿Cuál es el diagnóstico enfermero del paciente? Etiqueta diagnóstica.

2. ¿Cuáles son los resultados del paciente que estamos intentando conseguir? NOC.

3. ¿Cómo los vamos a medir? Indicadores.

4. ¿Qué intervenciones vamos a utilizar para obtener estos resultados? NIC.

## USO DE ESTA GUÍA

La guía se presenta estructurada según los dominios y clases de la Taxonomía II NANDA. A cada dominio le corresponde un color, facilitándonos así la búsqueda de diagnósticos.

Los diagnósticos más prevalentes, incluyendo su definición, se presenta en fichas.

Los diagnósticos están ordenados en primer lugar por dominios, a continuación por clases y por último por orden alfabético.

Las características definitorias no están ordenadas según su importancia, se enumeran por orden alfabético.

En el anverso de la ficha, aparece una tabla con el dominio, clase, etiqueta diagnóstica y su definición que dan entrada a las interrelaciones con los resultados (NOC) indicadores e intervenciones (NIC).


En el reverso, nos encontramos con las características definitorias/factores de riesgo del diagnóstico y las escalas que vamos a utilizar para medir los indicadores de resultados correspondientes.

**Las interrelaciones no pretenden ser determinantes ni sustituyen el juicio clínico profesional, solo representan la experiencia clínica.**



## OBSERVACIONES

- ▶ En primer lugar, hay que considerar que los diagnósticos seleccionados en esta guía corresponden a la población de pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz), con las características socioeconómicas propias del lugar.
- ▶ Con objeto de hacer una guía operativa y de fácil consulta para los/las profesionales, las definiciones que se han incluido corresponden a las características de todas las aparecidas en la bibliografía consultada.
- ▶ El grupo acordó por consenso que para simplificar y facilitar el uso práctico de la guía se seleccionaron para cada diagnóstico un máximo de cuatro resultados, y cuatro intervenciones.
- ▶ Hay que insistir que sin una valoración de enfermería es imposible determinar el diagnóstico correcto.
- ▶ Los factores relacionados con R/C (causas probables) y los manifestados por M/P (datos encontrados en la valoración) consideramos que se deben reflejar cuando se haga la valoración del paciente y se identifique un diagnóstico.
- ▶ Utilizamos el conocimiento de las características definitorias (p. ej., signos o síntomas) para confirmar los diagnósticos identificados tras la valoración de enfermería. Para identificar algunos diagnósticos solo necesitamos una característica definitoria (p. ej., diagnósticos de promoción de la salud) mientras




que para otros necesitamos tres o cuatro síntomas y así obtener precisión en el diagnóstico.

- » En ésta guía priorizamos los diagnósticos enfermeros ya que éstos son la base de las intervenciones de enfermería.
- » Las intervenciones seleccionadas están basadas en las características definitorias y factores de riesgo.
- » Hemos tomado la decisión de eliminar ciertos diagnósticos después de eliminar datos y reducir el diferencial entre los diagnósticos. Otros han sido eliminados por no estar incluidos en la NANDA internacional 2015-2017.
- » Por otra parte, en la guía aparecen etiquetas diagnósticas que, al ser problemas interdisciplinarios o de colaboración con otros/as profesionales en los que solo intervenimos, los resultados de éstos no dependen directamente de los enfermeros/as pero se pueden medir. Estas etiquetas diagnósticas son las siguientes:
  1. Exceso de volumen de líquidos-00026.
  2. Insomnio-00095.
  3. Dolor agudo-00132.
  4. Dolor crónico-00133.

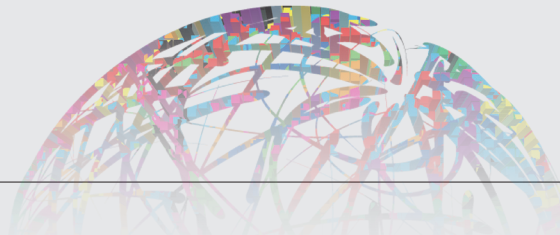


- ▶ Aparecen también diagnósticos que no van asociados a un resultado en los que solo vamos a intervenir durante el periodo de tiempo que dura el tratamiento de hemodiálisis. Con nuestras intervenciones no podemos mejorar los resultados, pero sí medirlos (p.ej: si está en la escala 2 del indicador permanecerá en la misma escala). En estos casos, solo aparecen las intervenciones, los diagnósticos (de suplencia) que presentan éstas características son:
  1. Déficit de autocuidados: vestido-00109.
  2. Déficit de autocuidado: alimentación-00102.
- ▶ No todas las intervenciones o acciones enfermeras están basadas en diagnósticos enfermeros. El modelo tripartito para la práctica de enfermería (Kamitsuru, 2008) nos indica el foco de las intervenciones; diagnóstico medico, diagnóstico enfermero y protocolos organizativos. Todos ellos guían las intervenciones o actividades enfermeras, algunas de las cuales son dependientes, otras interdependientes y otras independientes. (NANDA pág. 123).
- ▶ En los diagnósticos de riesgo no aparecen características definitorias al no estar presente aún el problema de salud en la persona/cuidador, pero sí, existir una predisposición a desarrollarlos. Es decir, son pacientes susceptibles por presentar unos factores de riesgo mayores que otros, a desarrollar un problema de salud.

- 
- » Por último, recordar que los diagnósticos presentes en la Guía no son excluyentes del resto de los diagnósticos establecidos por la NANDA Internacional 2015-2017. Cada profesional de enfermería ante un problema de salud real o potencial, así como de colaboración, deberá establecer el diagnóstico que corresponda según la taxonomía NANDA Internacional 2015-2017, esté o no recogido en la Guía.

## AGRADECIMIENTOS

A Rosario García Palacios por su ayuda y colaboración en todo momento.





**DOMINIO 1.** Promoción de la salud.

**CLASE 2.** Gestión de la salud: Identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y el bienestar.

**00162 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA SALUD.**

### DEFINICIÓN

Patrón de regulación e integración en la vida diaria del paciente renal de un régimen terapéutico para el tratamiento de su enfermedad y sus secuelas, que puede ser reforzado.

NOC	INDICADORES	NIC
<b>3108</b> Autocontrol: enfermedad renal.	<b>310804</b> Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito.	<b>5250</b> Apoyo en toma de decisiones.
<b>1857</b> Conocimiento: manejo de la enfermedad renal.	<b>185707</b> Estrategias para prevenir complicaciones. <b>185723</b> Cuando contactar con un profesional sanitario.	<b>7400</b> Orientación en el sistema sanitario. <b>6610</b> Identificación de riesgos.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Expresa deseos de mejorar la gestión de la enfermedad.
- › Expresa deseos de mejorar la gestión de los factores de riesgo.
- › Expresa deseos de mejorar la gestión del régimen terapéutico.

## ESCALAS

### 3108

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

### 1857

1. Ningún conocimiento.
2. Conocimiento escaso.
3. Conocimiento moderado.
4. Conocimiento sustancial.
5. Conocimiento extenso.

## DOMINIO 1. Promoción de la salud.

CLASE 2. Gestión de la salud: Identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y el bienestar.

### 00078 GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD.

#### DEFINICIÓN

Patrón de regulación e integración en la vida diaria del paciente renal, de un régimen terapéutico para el tratamiento de su enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar sus objetivos de salud específicos.

NOC	INDICADORES	NIC
<b>3108</b> Autocontrol: enfermedad renal.	<b>310803</b> Participa en las decisiones de atención sanitaria. <b>310804</b> Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito.	<b>5520</b> Facilitar el aprendizaje.
<b>1600</b> Conducta de adhesión.	<b>16002</b> Busca información relacionada con la salud a partir de diversas fuentes. <b>16003</b> Utiliza información relacionada con la salud procedente de diversas fuentes para desarrollar estrategias.	<b>4410</b> Establecimiento de objetivos comunes. <b>4470</b> Ayuda en la modificación de uno mismo.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud.
- › Dificultad con el régimen terapéutico prescrito.

## ESCALA

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

## DOMINIO 2. Nutrición.

### CLASE 5. Hidratación: Incorporación y absorción de líquidos y electrolitos.

#### 00026 EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS.

### DEFINICIÓN

Aumento de la retención de líquidos isotónicos en un paciente renal

NOC	INDICADORES	NIC
<b>0601</b> Equilibrio hídrico.	<b>060101</b> Presión arterial. <b>060107</b> Entradas y salidas diarias equilibradas. <b>060112</b> Edemas periféricos. <b>060123</b> Calambres musculares.	<b>4120</b> Manejo de líquidos.
<b>0603</b> Severidad de la sobrecarga de líquidos.	<b>060308</b> Edema generalizado. <b>060317</b> Aumento de la presión sanguínea. <b>060318</b> Aumento de peso.	<b>2100</b> Terapia de hemodiálisis.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Alteraciones en la presión arterial.
- › Anasarca.
- › Disnea.
- › Edema.

## ESCALA

### 0601

1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido.  
4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.

1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.

### 0603

1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.

## DOMINIO 3. Eliminación e Intercambio.

CLASE 2. Función Gastrointestinal: Proceso de absorción y excreción de los productos finales de la digestión.

### 00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO.

#### DEFINICIÓN

Vulnerabilidad del paciente renal a sufrir una disminución en la frecuencia de defecación acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces, que puede comprometer su salud.

NOC	INDICADORES	NIC
<b>0501</b> Eliminación intestinal.	<b>050101</b> Patrón de eliminación.	
<b>1902</b> Control de riesgo.	<b>190220</b> Identifica los factores de riesgo. <b>190208</b> Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.	<b>0430</b> Control intestinal. <b>0450</b> Manejo del estreñimiento/impacción fecal.



## FACTORES DE RIESGO

- › Agentes farmacológicos.
- › Hábitos dietéticos inadecuados.
- › Ingesta de líquidos insuficiente.
- › Toma de sales de hierro.

## ESCALA

### 0501

1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido.  
4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.
1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.

### 1902

1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado.  
5. Siempre demostrado.



DOMINIO 4. Actividad/reposo.

CLASE 1. Sueño/reposo: Sueño, reposo, descanso, relajación o inactividad.

00095 INSOMNIO.

## DEFINICIÓN

Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

NOC	INDICADORES	NIC
0004 Sueño.	000403 Patrón de sueño. 000404 Calidad de sueño.	2300 Administración de medicación. 1850 Mejorar el sueño.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Cambios en el patrón del sueño.
- › Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- › Energía insuficiente.
- › Insatisfacción con el sueño.

## ESCALA

**0004**

1. Gravemente comprometido.
2. Sustancialmente comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.

**DOMINIO 4. Actividad/reposo.**

**CLASE 2. Actividad/ejercicio: Mover partes del cuerpo (movilidad), trabajar o realizar acciones a menudo (aunque no siempre) contra resistencia.**

**00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA.**

### DEFINICIÓN

Limitación del movimiento físico independientemente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades del paciente renal durante el tratamiento de hemodiálisis o en sus actividades diarias.

NOC	INDICADORES	NIC
<b>0212</b> Movimiento coordinado.	<b>021205</b> Control del movimiento. <b>021209</b> Movimiento en la dirección deseada. <b>021212</b> Movimiento con la precisión deseada.	<b>1806</b> Ayuda en el autocuidado: transferencia.  <b>0840</b> Cambio de posición.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Disminución de la amplitud de movimientos.
- › Disnea de esfuerzo.

## ESCALA

1. Gravemente comprometido.
2. Sustancialmente comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.

**DOMINIO 4.** Actividad/reposo.

**CLASE 3.** Equilibrio de la energía: Estado de equilibrio dinámico entre el ingreso y el gasto de recursos.

**0093 FATIGA.**

### DEFINICIÓN

El paciente renal mantiene una sensación abrumadora y sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental habitual.

NOC	INDICADORES	NIC
<b>0002</b> Conservación de la energía.	<b>000201</b> Equilibrio entre actividad y reposo. <b>000205</b> Adapta el estilo de vida al nivel de energía.	<b>0180</b> Manejo de energía.
<b>0001</b> Resistencia.	<b>000101</b> Realización de la rutina habitual.	



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Deterioro de la habilidad para mantener la actividad física habitual.
- › Deterioro de la habilidad para mantener las rutinas habituales.
- › Energía insuficiente.

## ESCALA

### 0001

1. Gravemente comprometido.
2. Sustancialmente comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.

### 0002

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

## DOMINIO 4. Actividad/reposo.

### CLASE 4. Respuesta Cardiovasculares/pulmonares: Mecanismos cardiopulmonares que apoyan la actividad y el reposo.

#### 00094 RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD.

#### DEFINICIÓN

El paciente renal es vulnerable a experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas que puede comprometer su salud.

NOC	INDICADORES	NIC
0005 Tolerancia a la actividad.	000518 Facilidad para realizar ABVD.	0180 Manejo de la energía.
0002 Conservación de la energía.	000201 Equilibrio entre actividad y descanso. 000205 Adapta el estilo de vida al nivel de energía.	
1902 Control de riesgo.	190220 Identifica los factores de riesgo. 190208 Modifica su estilo de vida para reducir el riesgo.	



## FACTORES DE RIESGO

- › Pérdida de la condición física.
- › Problemas circulatorios.
- › Enfermedad respiratoria.

## ESCALA

### 0005

1. Gravemente comprometido.
2. Sustancialmente comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.

### 1902-0002

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.



**DOMINIO 4.** Actividad/reposo.

**CLASE 5.** Autocuidado: Habilidad para llevar a cabo las actividades de cuidados del propio cuerpo y de las funciones corporales.

**00102 DEFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN.**

### DEFINICIÓN

Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación del paciente renal durante el tratamiento de hemodiálisis.

#### NIC

**1803** Ayuda en el autocuidado: alimentación.

**1050** Alimentación.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

### En el paciente renal durante el tratamiento de hemodiálisis

- › Deterioro de la habilidad para comer por sí solo de manera aceptable.
- › Deterioro de la habilidad para llevarse la comida a la boca.
- › Deterioro de la habilidad para el manejo de utensilios.

**DOMINIO 4.** Actividad/reposo.

**CLASE 5.** Autocuidado: Habilidad para llevar a cabo las actividades de cuidados del propio cuerpo y de las funciones corporales.

**00109 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO.**

### DEFINICIÓN

Deterioro de la capacidad del paciente renal para realizar o completar las actividades de vestirse por sí mismo, durante el tratamiento de hemodiálisis.

#### NIC

**1630.** Vestirse.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

### En el paciente renal durante el tratamiento de hemodiálisis

- › Deterioro de la habilidad para abrocharse la ropa.
- › Deterioro de la habilidad para ponerse y quitarse la ropa.

## DOMINIO 5. Percepción/cognición.

CLASE 4. Cognición: Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje.

### 00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES.

#### DEFINICIÓN

Carencia o deficiencia de información cognitiva del paciente renal relacionada con un tema específico.

NOC	INDICADORES	NIC
1802 Conocimiento: dieta prescrita.	180201 Dieta prescrita. 180206 Alimentos permitidos. 180209 Pautas para la preparación de los alimentos.	5614 Enseñanza: dieta prescrita.
1857 Conocimiento: manejo de la enfermedad renal.	185701 Enfermedad renal inespecífica. 185702 Signos y síntomas de la enfermedad renal. 185703 Curso habitual del proceso de la enfermedad.	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.

*Continúa en página siguiente*



Viene de página anterior

NOC	INDICADORES	NIC
<b>1808</b> Conocimiento: medicación.	<b>180810</b> Uso correcto de la medicación prescrita. <b>180819</b> Efectos terapéuticos de la medicación.	<b>5616</b> Enseñanza: medicamentos prescritos.
<b>1814</b> Conocimiento: procedimiento terapéutico.	<b>181401</b> Procedimiento terapéutico.	<b>5618</b> Enseñanza: procedimiento/tratamiento.

## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Conocimiento insuficiente.
- › No sigue completamente las instrucciones.

## ESCALA

1. Ningún conocimiento.
2. Conocimiento escaso.
3. Conocimiento moderado.
4. Conocimiento sustancial.
5. Conocimiento extenso.

## DOMINIO 5. Percepción/cognición.

CLASE 4. Cognición: Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje.

### 00161 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS.

#### DEFINICIÓN

Patrón de conocimientos del paciente renal relacionados con un tema específico o su adquisición que puede ser reforzado.

NOC	INDICADORES	NIC
<b>1802</b> Conocimiento: dieta prescrita.	<b>180204</b> Objetivos de la dieta. <b>180226</b> Estrategias para aumentar el cumplimiento de la dieta.	
<b>1857</b> Conocimiento: manejo de la enfermedad renal.	<b>185708</b> Estrategias para prevenir complicaciones. <b>185730</b> Estrategias para afrontar los efectos adversos de la enfermedad.	<b>4420</b> Acuerdo con el paciente. <b>5510</b> Educación para la salud.
<b>1808</b> Conocimiento: medicación.	<b>180805</b> Efectos secundarios de la medicación. <b>180820</b> Efectos adversos de la medicación.	<b>5540</b> Potenciación de la disposición de aprendizaje.
<b>1814</b> Conocimiento: procedimiento terapéutico.	<b>181402</b> Propósito del procedimiento.	



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Expresa deseo de mejorar el aprendizaje.

## ESCALA

1. Ningún conocimiento.
2. Conocimiento escaso.
3. Conocimiento moderado.
4. Conocimiento sustancial.
5. Conocimiento extenso.



## DOMINIO 6. Autopercepción.

### CLASE 1. Autoconcepto: Percepción sobre el yo total.

#### 00124 DESESPERANZA.

### DEFINICIÓN

Estado subjetivo en que el paciente renal percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.

NOC	INDICADORES	NIC
1201 Esperanza.	120126 Expresión de optimismo. 120112 Establecimiento de objetivos.	5330 Control del estado de ánimo.  5310 Dar esperanza.
1300 Aceptación; estado de salud.	130008 Reconoce la realidad de la situación de la salud. 130011 Toma decisiones relacionados con la salud.	



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Claves verbales pesimistas (por ej.: "no puedo", suspiros).
- › Disminución de la iniciativa.
- › Implicación en el cuidado inadecuada.
- › Pasividad.

## ESCALA

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

## DOMINIO 6. Autopercepción.

### CLASE 2. Autoestima: Evaluación de la propia valía, capacidad, significado y éxito.

#### 00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL.

#### DEFINICIÓN

Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía del paciente renal en respuesta a una situación actual (hemodiálisis).

NOC	INDICADORES	NIC
1205 Autoestima.	120502 Aceptación de las propias limitaciones. 120507 Comunicación abierta.	5400 Potenciación de la autoestima.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Conducta indecisa.
- › Subestima su habilidad para gestionar la situación.
- › Verbalización de negación de sí mismo.

## ESCALA

1. Nunca positivo.
2. Raramente positivo.
3. A veces positivo.
4. Frecuentemente positivo.
5. Siempre positivo.

## DOMINIO 7. Rol/relaciones.

CLASE 1. Roles de cuidador: Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que proporcionan los cuidados y que no son profesionales de la salud.

### 00061 CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR.

#### DEFINICIÓN

Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas del paciente en programa de hemodiálisis.

NOC	INDICADORES	NIC
2508 Bienestar del cuidador principal.	250801 Satisfacción con la salud física.	7040 Apoyo al cuidador principal.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- » Dificultad para llevar a cabo el rol de cuidador, actividades de cuidados, estado de salud fisiológica, emocional y socioeconómica.

## ESCALA

1. No del todo satisfecho.
2. Algo satisfecho.
3. Moderadamente satisfecho.
4. Muy satisfecho.
5. Completamente satisfecho.

## DOMINIO 7. Rol/relaciones.

**CLASE 1. Roles del cuidador: Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que proporcionan los cuidados y que no son profesionales de la salud.**

### 00062 RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR.

#### DEFINICIÓN

Vulnerable a tener dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas, que puede comprometer la salud del paciente renal.

NOC	INDICADORES	NIC
1902 Control de riesgo.	190220 Identifica los factores de riesgo. 190208 Modifica su estilo de vida para reducir el riesgo.	7040 Apoyo al cuidador principal.
1302 Afrontamiento de problemas.	130205 Verbaliza aceptación de la situación.	



## FACTORES DE RIESGO

- › El cuidador no está preparado para asumir ese papel.
- › Inexperiencia del cuidador.
- › Deterioro de la salud del cuidador.
- › Patrón de relación entre el cuidador y el receptor de cuidados ineficaz.
- › Tiempo de descanso del cuidador insuficiente.

## ESCALA

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.



## DOMINIO 7. Rol/relaciones.

CLASE 3. Desempeño del rol: Calidad del funcionamiento según los patrones de conducta socialmente esperados.

### 00055 DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL.

#### DEFINICIÓN

Patrón de conducta y expresión propia de un paciente renal que no concuerda con el contexto ambiental, las normas y las expectativas.

NOC	INDICADORES	NIC
1501 Desempeño del rol.	150107 Descripción de los cambios de rol con la enfermedad o incapacidad.	5370 Potenciación de roles.
1305 Modificación psicosocial: cambio de vida.	130501 Establecimiento de objetivos realistas.	



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Adaptación al cambio ineficaz.
- › Cambio en la percepción del rol.
- › Conflicto de rol.

## ESCALA

### 1501

1. Inadecuado.
2. Ligeramente adecuado.
3. Moderadamente adecuado.
4. Sustancialmente adecuado.
5. Completamente adecuado.

### 1305

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

## DOMINIO 8. Sexualidad.

### CLASE 2. Función sexual: Capacidad o habilidad para participar en actividades sexuales.

#### 00059 DISFUNCIÓN SEXUAL.

#### DEFINICIÓN

Estado en el que un paciente en programa de hemodiálisis experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.

NOC	INDICADORES	NIC
0119 Funcionamiento sexual.	011911 Expresa interés sexual. 011922 Comunica las necesidades sexuales con la pareja.	5248 Asesoramiento sexual.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Alteración en: excitación, satisfacción y actividad sexual.

## ESCALA

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

## DOMINIO 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.

### CLASE 2. Respuestas de afrontamiento: Procesos de gestión de estrés del entorno.

#### 0071 AFRONTAMIENTO DEFENSIVO.

### DEFINICIÓN

Situación en la que un paciente renal experimenta, de forma repetida, una autoevaluación falsamente positiva como mecanismo de defensa frente a una situación nueva de salud.

NOC	INDICADORES	NIC
1300 Aceptación: estado de salud.	130008 Reconoce la realidad de la situación de salud. 130011 Toma de decisiones relacionadas con la salud.	5230 Mejorar el afrontamiento.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Actitud de superioridad respecto a los demás.
- › Negación de problemas y/o debilidades.
- › Proyección de culpa y/o responsabilidad.

## ESCALA

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

## DOMINIO 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.

### CLASE 2. Respuestas de Afrontamiento: Procesos de gestión del estrés del entorno.

#### 00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO.

### DEFINICIÓN

El cuidador proporciona un apoyo, consuelo, ayuda o estímulo insuficiente o inefectivo (o hay peligro que ello suceda) para que el paciente renal maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su cambio en la salud y lo hace de manera insuficiente o ineficaz, o dicho apoyo se ve comprometido.

NOC	INDICADORES	NIC
<b>2604</b> Normalización de la familia.	<b>260417</b> Reconoce el potencial de deterioro para alterar las rutinas de la familia.	<b>7040</b> Apoyo al cuidador principal.
<b>2205</b> Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos.	<b>220503</b> Monitorización del estado de salud del receptor de los cuidados (paciente).	<b>7110</b> Fomentar la implicación familiar.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Conducta protectora del cuidador incongruente con las habilidades y necesidades de autonomía del paciente renal.
- › El cuidador abandona al paciente renal.
- › El paciente renal expresa o confirma una queja o preocupación sobre la respuesta del cuidador de referencia a su problema de salud.

## ESCALA

### 2604

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

### 2205

1. Inadecuado.
2. Ligeramente adecuado.
3. Moderadamente adecuado.
4. Sustancialmente adecuado.
5. Completamente adecuado.



## DOMINIO 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.

### CLASE 2. Respuestas de Afrontamiento: Procesos de gestión del estrés del entorno.

#### 00073 AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE.

### DEFINICIÓN

Conducta del cuidador del paciente renal que inhabilita sus propias capacidades y las del paciente renal para abordar de forma eficaz las tareas esenciales para la adaptación del paciente al cambio en su salud o con su situación de salud.

NOC	INDICADORES	NIC
<b>2604</b> Normalización de la familia.	<b>260417</b> Reconoce el potencial de deterioro para alterar las rutinas de la familia.	<b>7040</b> Apoyo al cuidador principal.
<b>2205</b> Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos.	<b>220508</b> Monitorización del estado de salud del receptor de los cuidados (paciente).	<b>7110</b> Fomentar la implicación familiar.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › El cuidador abandona al paciente renal.
- › El cuidador adopta síntomas de la enfermedad del paciente renal.
- › Desatención de las necesidades básicas del paciente renal.
- › Desatención al régimen terapéutico.

## ESCALA

### 2604

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

### 2205

1. Inadecuado.
2. Ligeramente adecuado.
3. Moderadamente adecuado.
4. Sustancialmente adecuado.
5. Completamente adecuado.

## DOMINIO 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.

### CLASE 2. Respuestas de afrontamiento: Procesos de gestión de estrés del entorno.

#### 00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ.

### DEFINICIÓN

El paciente renal es incapaz para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas que se pondrán en práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

NOC	INDICADORES	NIC
1302 Afrontamiento de los problemas.	130203 Verbaliza sensación de control. 130221 Busca información acreditada sobre el diagnóstico.	5250 Apoyo en la toma de decisiones.
0906 Toma de decisiones.	090601 Identifica información relevante. 090602 Identifica alternativas.	5230 Mejorar el afrontamiento.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Capacidad de resolución de problemas insuficiente.
- › Incapacidad para manejar la situación.
- › Incapacidad para pedir ayuda.

## ESCALA

### 1302

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

### 0906

1. Gravemente comprometido.
2. Sustancialmente comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.

## DOMINIO 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.

### CLASE 2. Respuestas de afrontamiento: Procesos de gestión del estrés del entorno.

#### 00146 ANSIEDAD.

### DEFINICIÓN

Sensación vaga e intranquilizadora del paciente renal de malestar, amenaza o aprensión causado por la anticipación de un peligro inespecífico. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al paciente tomar medidas para afrontar la amenaza.

NOC	INDICADORES	NIC
1211 Nivel de ansiedad.	121117 Ansiedad verbalizada.	
1402 Autocontrol de la ansiedad.	140204 Busca informador para reducir la ansiedad. 140216 Ausencia de manifestación de una conducta de ansiedad. 140217 Controla la respuesta de la ansiedad.	5820 Disminución de la ansiedad. 6040 Terapia de relajación.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Síntomas fisiológicos, conductuales, cognitivos y afectivos.

## ESCALA

### 1402

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

### 1211

1. Grave.
2. Sustancial.
3. Moderado.
4. Leve.
5. Ninguno.

## DOMINIO 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.

### CLASE 2. Respuestas de afrontamiento: Procesos de gestión del estrés del entorno.

#### 00135 DUELO COMPLICADO.

### DEFINICIÓN

Transtorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

NOC	INDICADORES	NIC
1309 Resiliencia personal.	130901 Verbaliza una actitud positiva. 130902 Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas.	5290 Facilitar el duelo.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Disminución en el desempeño de los roles vitales.
- › Evitación del duelo.
- › Persistentes recuerdos dolorosos.

## ESCALA

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.



## DOMINIO 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.

### CLASE 2. Respuestas de afrontamiento: Proceso de gestión del estrés del entorno.

#### 00125 IMPOTENCIA.

#### DEFINICIÓN

Pecepción del paciente renal de falta de control sobre una situación, incluyendo su percepción de que sus propias acciones no afectan significativamente al resultado.

NOC	INDICADORES	NIC
<b>1702</b> Creencias sobre la salud: percepción de control.	<b>170203</b> Esfuerzos para conseguir información. <b>170205</b> Creencias de que las propias acciones controlan los resultados sobre la salud.	<b>5250</b> Apoyo en toma de decisiones. <b>4410</b> Establecimientos de objetivos comunes.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Depresión.
- › Dudas sobre la ejecución del rol.
- › Participación inadecuada en el cuidado.
- › Sentido de control insuficiente.

## ESCALA

1. Muy débil. 2. Débil. 3. Moderado. 4. Intenso. 5. Muy intenso.

## DOMINIO 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.

### CLASE 2. Respuestas de afrontamiento: Procesos de gestión del estrés del entorno.

#### 00072 NEGACIÓN INEFICAZ.

### DEFINICIÓN

Intento consciente o inconsciente del paciente renal de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento para reducir la ansiedad y/o el temor, que le conduce a un detrimento de la salud.

NOC	INDICADORES	NIC
1402 Autocontrol de la ansiedad.	140204 Busca información para reducir la ansiedad.	5820 Disminución de la ansiedad.
1300 Aceptación: estado de salud.	130008 Reconoce la realidad de la situación de la salud.	5230 Mejorar el afrontamiento.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Falta de percepción de la relevancia de los síntomas o del peligro.
- › Incapacidad para admitir el impacto de la enfermedad en el estilo de vida.
- › Minimización de los síntomas.
- › Retraso en la busca o rechazo de la atención sanitaria en detrimento de la salud.

## ESCALA

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

## DOMINIO 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.

### CLASE 2. Respuestas de afrontamiento: Procesos de gestión del estrés del entorno.

#### 00148 TEMOR.

### DEFINICIÓN

Respuesta del paciente renal a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

NOC	INDICADORES	NIC
<b>1404</b> Autocontrol del miedo.	<b>140402</b> Elimina los factores precursorres del miedo. <b>140403</b> Busca información para reducir el miedo. <b>140408</b> Refiere disminución de la duración del episodio.	<b>5380</b> Potenciación de la seguridad. <b>5230</b> Mejorar el afrontamiento.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Identifica la causa u objeto del miedo.
- › Síntomas fisiológicos, conductuales, cognitivos y afectivos.

## ESCALA

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

## DOMINIO 11. Seguridad/protección.

### CLASE 1. Infección: Respuestas del huésped tras una invasión patógena.

#### 00004 RIESGO DE INFECCIÓN.

### DEFINICIÓN

Vulnerabilidad del paciente renal a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer la salud.

NOC	INDICADORES	NIC
<b>1902</b> Control de riesgo.	<b>190220</b> Identifica los factores de riesgo. <b>190208</b> Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.	<b>6540</b> Control de infecciones.
<b>1105</b> Integridad del acceso para hemodiálisis.	<b>110502</b> Coloración cutánea local. <b>110517</b> Temperatura de la piel en el sitio del acceso vascular. <b>110503</b> Supuración local.	<b>3440</b> Cuidados del sitio de incisión.



## FACTORES DE RIESGO

- › Alteración de la integridad cutánea.
- › Disminución de la hemoglobina.
- › Enfermedad crónica.
- › Procedimiento invasivo.

## ESCALA

### 1902

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

### 1105

1. Gravemente comprometido.
2. Sustancialmente comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.



**DOMINIO 11. Seguridad/protección.**

**CLASE 2. Lesión física: Lesión física o herida corporal.**

**00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.**

### DEFINICIÓN

Alteración de la epidermis/dermis de la zona del acceso vascular.

NOC	INDICADORES	NIC
<b>1105</b> Integridad del acceso para hemodiálisis.	<b>110502</b> Coloración cutánea local. <b>110507</b> Hematoma local.	<b>4240</b> Mantenimiento del acceso de hemodiálisis.



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Alteración de la integridad de la piel de la zona circundante al acceso vascular para hemodiálisis.

## ESCALA

**1105**

1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.

1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido.  
4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.

## DOMINIO 11. Seguridad/protección.

### CLASE 2. Lesión física: Lesión o herida corporal.

#### 00155 RIESGO DE CAÍDAS.

### DEFINICIÓN

Vulnerabilidad del paciente renal a un aumento de la susceptibilidad a las caídas que le pueden causar daño físico y comprometer su salud.

NOC	INDICADORES	NIC
<b>1902</b> Control de riesgo.	<b>190220</b> Identifica los factores de riesgo. <b>190208</b> Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.	<b>6486</b> Manejo ambiental: seguridad.
<b>1828</b> Conocimiento: prevención de caídas.	<b>182801</b> Uso correcto de dispositivos de ayuda. <b>182802</b> Uso correcto de los mecanismos de seguridad.	<b>6490</b> Prevención de caídas.



## FACTORES DE RIESGO

- › Deterioro de la movilidad.
- › Deterioro de la visión.
- › Edad > 65 años.
- › Uso de dispositivos de ayuda (por ejemplo: andador, bastón, silla de ruedas, etc.).

## ESCALA

### 1902

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

### 1828

1. Ningún conocimiento.
2. Conocimiento escaso.
3. Conocimiento moderado.
4. Conocimiento sustancial.
5. Conocimiento extenso.

**DOMINIO 11. Seguridad/protección.**

**CLASE 2. Lesión física: Lesión física o herida corporal.**

**00213 RIESGO DE TRAUMATISMO VASCULAR.**

### DEFINICIÓN

Vulnerabilidad del paciente renal a una lesión en una vena y tejidos circundantes relacionado con la presencia de un catéter y/o con la perfusión de soluciones, que puede comprometer su salud.

NOC	INDICADORES	NIC
<b>1902</b> Control de riesgo.	<b>190220</b> Identifica los factores de riesgo. <b>190208</b> Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo	<b>3590</b> Vigilancia de la piel.
<b>1105</b> Integridad del acceso para hemodiálisis.	<b>110501</b> Flujo de volumen de sangre a través de fistula o catéter venoso central. <b>110505</b> Soplo.	<b>4240</b> Mantenimiento del acceso para diálisis.



## FACTORES DE RIESGO

- › Dificultad en la visualización de la arteria o la vena (fístula arteriovenosa interna).
- › Lugar de inserción.
- › Tiempo que el catéter estará insertado.
- › Fijación insuficiente del catéter.

## ESCALA

### 1902

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

### 1105

1. Gravemente comprometido.
2. Sustancialmente comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.

**DOMINIO 12. Confort.**

**CLASE 1. Confort físico: Sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor.**

**00132 DOLOR AGUDO.**

### DEFINICIÓN

El paciente renal presenta una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial con un inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave y con un final anticipado o previsible.

NOC	INDICADORES	NIC
<b>1605</b> Control del dolor.	<b>160502</b> Reconoce el comienzo del dolor. <b>160511</b> Refiere dolor controlado.	<b>2210</b> Administración de analgésicos.  <b>1400</b> Manejo del dolor.
<b>1843</b> Conocimiento: manejo del dolor.	<b>184306</b> Uso correcto de la medicación prescrita. <b>184322</b> Técnicas de posicionamiento efectivo.	



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Autoinforme de intensidad del dolor utilizando escalas estandarizadas (p.ej. escalas de puntuación numérica EVA etc.).
- › Expresión verbal de dolor.
- › Postura de evitación del dolor.

## ESCALA

### 1605

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

### 1843

1. Ningún conocimiento.
2. Conocimiento escaso.
3. Conocimiento moderado.
4. Conocimiento sustancial.
5. Conocimiento extenso.



**DOMINIO 12. Confort.**

**CLASE 1. Confort físico: Sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor.**

**00133 DOLOR CRÓNICO.**

## DEFINICIÓN

El paciente renal presenta una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial con un inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, sin un un final anticipado o previsible y con una duración superior a tres meses.

NOC	INDICADORES	NIC
<b>1605</b> Control del dolor.	<b>160502</b> Reconoce el comienzo del dolor. <b>160511</b> Refiere dolor controlado.	<b>2210</b> Administración de analgésicos.  <b>1400</b> Manejo del dolor.
<b>1843</b> Conocimiento: manejo del dolor.	<b>184306</b> Uso correcto de la medicación prescrita. <b>184322</b> Técnicas de posicionamiento efectivo.	



## CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- › Autoinforme de intensidad del dolor utilizando escalas estandarizadas (p.ej. escalas de puntuación numérica EVA etc.).
- › Cambios en el patrón del sueño.
- › Expresión verbal del dolor.

## ESCALA

### 1605

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

### 1843

1. Ningún conocimiento.
2. Conocimiento escaso.
3. Conocimiento moderado.
4. Conocimiento sustancial.
5. Conocimiento extenso.



# GLOSARIO DE TERMINOLOGÍA EMPLEADA

## » ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Las actividades o acciones específicas que realiza la enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente 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.

## » CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

Claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero. Se dan en los diagnósticos reales y de salud.

## » CRITERIOS DE RESULTADOS

Son enunciados que describen una conducta mensurable del cliente, familia o grupo.

## » DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad.

## » ESCALA

Escala tipo Likert de cinco puntos. Estas escalas proporcionan suficientes opciones para demostrar la variabilidad en el estado, conducta o percepción del paciente descritos por el resultado.





### › FACTORES DE RIESGO

Factores del entorno, fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable.

### › INDICADORES DE RESULTADO

Sirven como criterios sensibles para medir la dimensión de un criterio de resultado.

### › INTERVENCIÓN

Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado de un paciente.

### › INTERRELACIÓN

Aquello que dirige una asociación de conceptos.

### › TAXONOMÍA

Tipo de clasificación; el estudio teórico de las clasificaciones sistemáticas, incluyendo sus fundamentos, principios, procedimientos y normas.

### › TAXONOMÍA NOC

La estructura de la taxonomía NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, indicadores y escalas de medición.

### › TAXONOMÍA NIC

La estructura de la taxonomía NIC tiene tres niveles: campos, clases e intervenciones.





# BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro LeFevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 4ª ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999. 275 p.
2. Campbell C. Tratado de Enfermería. Diagnósticos y Método. Barcelona: Doyma; 1987. 2085 p.
3. Carpenito LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Madrid: Mc Graw-Hill. Interamericana; 1996. 600 p.
4. Carpenito LJ. Diagnóstico de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana de España; 2002. 931 p.
5. Duarte G, Montesinos N. El Consenso como Estrategia de Implementación del Diagnóstico Enfermero, Valoraciones Estandarizadas y Selección de Etiquetas Diagnósticas. *Enferm Clin* 1999; 9 (4): 12-21.
6. Bulechek Gloria M, Butcher Howard K, Dochterman Joanne M, Wagner Cheryl M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013. 664 p.
7. Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación. Madrid: Doyma; 1996. 444 p.
8. Johnson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. Nursing Diagnoses, outcomes, and interventions. NANDA, NOC and NIC linkages. St. Louis: Mosby; 2001. 532 p.
9. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Iowa Outcomes Project. Nursing Classification (NOC). 2ª ed. Philadelphia: Mosby; 2000. 610 p.




10. Luis Rodrigo MT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 2ª ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 1996. 234 p.
11. Luis Rodrigo MT. Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión Crítica y Guía Práctica. Barcelona: Masson; 2000. 279 p.
12. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. CIE. 3ª ed. St. Louis: Mosby; 2001. 952 p.
13. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. NIC. 4ª ed. Madrid: Mosby; 2005. 1072 p.
14. Moorhead S, Johnson M, Mass ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013. 851 p.
15. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Harcour; 2001. 264 p.
16. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. Madrid: Elsevier; 2003. 300 p.
17. NANDA. Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015. 512 p.
18. Phaneuf M. La planificación de los Cuidados Enfermeros. Un sistema Integrado y Personalizado. México: Mc Graw-Hill. Interamericana; 1999. 284 p.


guía de  
**Diagnósticos Enfermeros**  
del paciente en hemodiálisis  
(Interrelaciones NANDA-NOC-NIC)





# GUÍA de dominios


 **DOMINIO 1: Promoción de la salud**  
Páginas 21 a 24

 **DOMINIO 2: Nutrición**  
Páginas 25 a 26


 **DOMINIO 3: Eliminación e intercambio**  
Páginas 27 a 28

 **DOMINIO 4: Actividad/reposo**  
Páginas 29 a 40


 **DOMINIO 5: Percepción/cognición**  
Páginas 41 a 44

 **DOMINIO 6: Autopercepción**  
Páginas 45 a 48




**DOMINIO 7: Rol/relaciones**  
Páginas 49 a 54 

**DOMINIO 8: Sexualidad**  
Páginas 55 a 56 

**DOMINIO 9: Afrontamiento tolerancia al estrés**  
Páginas 57 a 74 

**DOMINIO 10: Principios vitales** 

**DOMINIO 11: Seguridad/protección**  
Páginas 75 a 82 

**DOMINIO 12: Confort**  
Páginas 83 a 86 

**DOMINIO 13: Crecimiento/desarrollo** 