



NANDA INTERNATIONAL



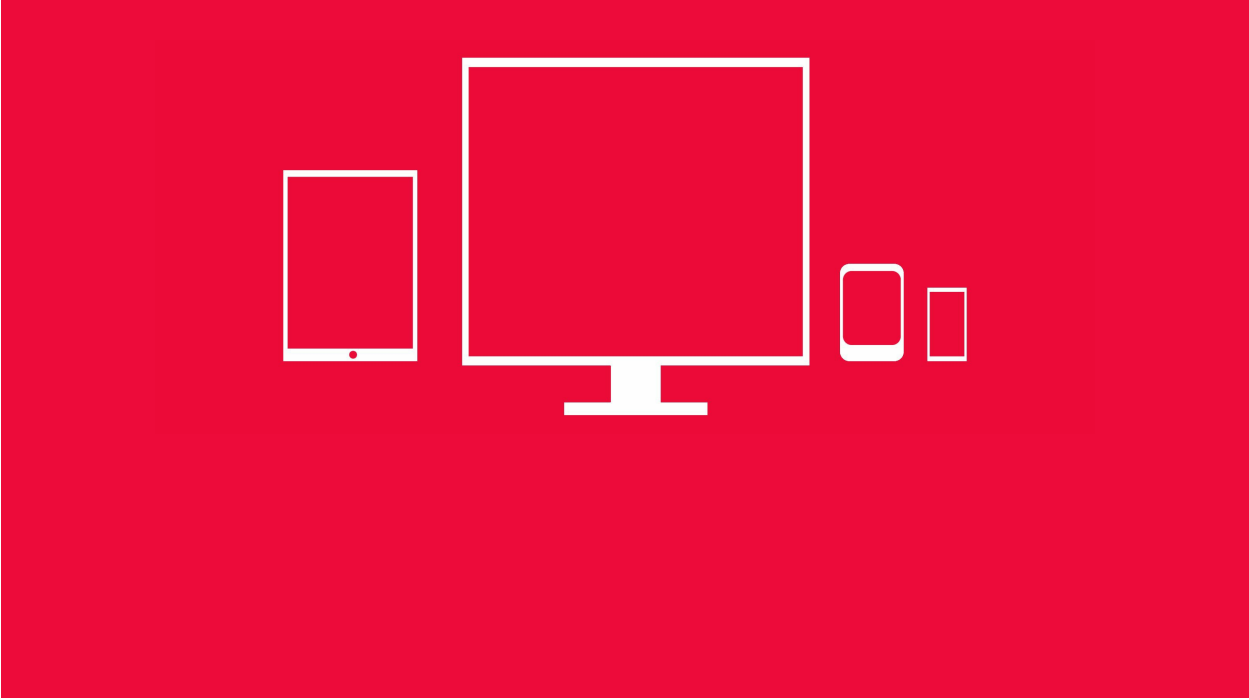
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I

Definições e Classificação

2018-2020

11ª Edição





advertencia

Se ha hecho todo lo posible para asegurar la calidad de redacción de este trabajo, ahora versión digital. Destacamos, sin embargo, que las diferencias en la presentación de contenidos pueden ocurrir dependiendo de las características técnicas específicas de cada dispositivo de lectura.

Nota: Enfermería está en constante evolución. A medida que la investigación básica y ampliar nuestros conocimientos, se hacen nuevos descubrimientos. Los autores de este trabajo consultado fuentes que se consideran fiables, en un esfuerzo por proporcionar información completa y, en general, de acuerdo con las normas aceptadas en el momento de su información de la publicación.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I

Definições e Classificação

2018-2020

11ª Edição

T. Heather Herdman, PhD, RN, Shigemi

Kamitsuru FNI, PhD, RN, FNI

traducción:

Regina Machado Garcez

Revisión técnica:

Alba Lucía Bottura Leite de Barros (coordinación) Profesor de
Enfermería Escuela Paulista de la Universidad Federal de Sao Paulo (Unifesp). *compañero*
por la NANDA Internacional.

Anamaria Alves Napoleón

Profesor Asociado, Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de São Carlos (UFSCar). Jefe de la División de Enfermería
Hospital Universitario de UFSCAR - Ebserh.

Dina Lopes de Almeida Monteiro da Cruz

Profesor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo
(USP). *compañero* por la NANDA Internacional.

Marta José Avena

Enfermera. Profesor del Departamento de Enfermería Pediátrica, Escuela Paulista de Enfermería de la Universidad Federal de Sao Paulo (Unifesp).

Virginia Visconde Brasil

Profesor Asociado de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal
Goiás (UFG).

Versión para imprimir de
este trabajo: 2018



2018

El trabajo publicado originalmente bajo el título *Nanda diagnósticos de enfermería internacionales: definiciones y clasificación*, undécima edición, 2018-2020. ISBN 9781626239296

Todos los derechos reservados. En la primera parte de este libro puede ser traducida o reproducida en cualquier forma sin el consentimiento previo del editor.

publicación autorizada de la edición en portugués de enfermería NANDA Internacional de Diagnósticos: Definiciones y Classification, 2018-2020, Undécima edición, editado por T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.

Copyright © 2017 por la NANDA Internacional; 1994, 1996, 1998, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2012, 2014 por la NANDA Internacional.

© Primera edición en idioma portugués en 2018 por Artmed Publishing Ltd, Porto Alegre, Brasil, el Grupo de Educación SA Empresa.

edición en idioma Inglés de este libro es publicado por Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, Nueva York, Nueva York 10001 (EE.UU.).

Jefe de Redacción: *Leticia obispo de Lima*

Colaboran en este número: Coordinador Editorial: *Alberto*

Schwanke

Editorial: *Tiele Patricia Machado*

lectura final: *Sandra Godoy*

editorial: *Kaele Acabado Ideas*

Portada original: *Kaele Acabado Ideas*

producción digital: *Kaele Acabado Ideas*

Imagen de la portada: *Oficina de Estadísticas del Trabajo, Departamento de Trabajo, Occupational Outlook Handbook, 2016-17 Edition, Médicos y Cirujanos de Estados Unidos, en Internet, en <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/physicians-and-surgeons.htm> (visitado 19 de de octubre de, 2017).*

D536 diagnósticos de enfermería de la NANDA-I: Definiciones y
clasificación 2018-2020 [recurso electrónico] / [NANDA
Internacional]; Traducción: Regina Machado Garcez; Revisión
técnica: Alba Lucía Bottura Leite de Barros ... [et al.]. - 11. Ed. -
Porto Alegre: Artmed,

Editada como libro impreso en 2018. ISBN

978-85-8271-504-8

1. enfermería. I. NANDA Internacional.

CDU 616-083

Catalogación en publicación: Karin Lorient Menoncin - CRB 10/2147



Reservados todos los derechos de publicación en portugués, Artmed Publishing Ltd,
una división del grupo de educación SA Av Jerônimo de Ornelas, 670 - .. Santana
90040-340 - Porto Alegre, RS

Teléfono: (51) 3027-7000 - Fax: (51) 3027-7070

Está prohibido duplicación o reproducción de este volumen, en su totalidad o en parte en cualquier forma o por cualquier medio
(electrónico, mecánico, de grabación, de copiado de la foto, distribución, web, etc.) sin el permiso expreso del editor. SAN PABLO

Rua Doutor Cesario Mota Jr., 63 - Vila Buarque 01221-020 - São

Paulo - SP Teléfono: (11) 3221 hasta 9033 SAC 0800 703-3444

- www.grupoa.com.br

Dedicamos este libro a la memoria de nuestro fundador,
Dra. Marjory Gordon

gracias

Es casi innecesario mencionar que la dedicación de varias personas a la labor de la NANDA-I es evidente cuando donar su tiempo y se esfuerzan por perfeccionar la terminología y taxonomía. No hay duda de que la terminología refleja la dedicación de las personas que investigan, desarrollan o refinar el diagnóstico y voluntarios que forman el Comité de Diagnóstico para el Desarrollo (DDC, Diagnóstico Comité para el Desarrollo), y su Director, el Prof. más Dickon Weir-Hughes. Este libro es el resultado de incansable trabajo voluntario de un grupo de personas muy dedicadas y de gran talento que desarrollan, revisión y estudio de los diagnósticos de enfermería durante más de 40 años. Nos gustaría dar las gracias especialmente al Dr. Takao Camila Lopes, de la Escuela de Enfermería de San Pablo, que trabajó en la organización de la Universidad Federal, actualización y mantenimiento de la base de datos terminológica NANDA-I, que apoya la tarea de normalización terminológica. También nos gustaría reconocer e individualmente gracias a Susan Gallagher-Lepak, PhD, RN, Director de la Facultad de Salud, Educación y Bienestar Social de la Universidad de Wisconsin / Green Bay, por su contribución a esta edición de libros de NANDA-I como autor de la sección revisada "Fundamentos del diagnóstico de enfermería" de la Parte 2. por favor, póngase en contacto con nosotros por e-mail **execdir@nanda.org** en caso de duda sobre cualquiera de los contenidos, o si encuentra errores para que puedan ser corregidos en futuras publicaciones.

**T. Heather Herdman, PhD, RN, Shigemi
Kamitsuru FNI, PhD, RN, FNI
NANDA International, Inc.**

Presentación de la edición brasileña

Con gran placer, se presenta la traducción al portugués de la edición 2018-2020 *Diagnóstico de enfermería NANDA-I*.

Esta nueva edición presenta cambios significativos, que merecen una cuidadosa lectura de los primeros capítulos del libro, debido a su impacto en la forma en que utilizamos los diagnósticos de enfermería en la enseñanza, la investigación y la atención clínica. Entre estos cambios, podemos citar la inclusión de dos nuevas categorías de indicadores de diagnóstico - "las poblaciones de riesgo" y "condiciones asociadas" - que incluyen indicadores para los que las enfermeras no pueden actuar de forma independiente.

Además de los cambios estructurales y contenidos descritos en las partes 1 y 2 de este libro, hemos tenido cambios significativos durante la traducción y revisión de los diagnósticos. La mayoría de estos cambios se originaron durante el proceso de producción editorial minucioso de Artmed Editorial, que utiliza esta edición una herramienta de memoria de traducción. Esta herramienta permitió una normalización completa de los términos indicadores de diagnóstico, que es fundamental contar con una taxonomía como resultado de excelente calidad.

También el cuidado de la revisión de la traducción, la adaptación transcultural de la terminología. Este proceso se llevó a cabo por investigadores consideran competentes *expertos* por su participación en la enseñanza, la investigación y el uso de la NANDA-I en la práctica clínica, y el dominio de las dos lenguas y sus culturas. Esta revisión también incluye la colaboración de la Dra. Heather T. Herdman, quien aclaró cuestiones importantes relacionadas con la comprensión de términos y expresiones. Como resultado, varios indicadores de diagnóstico, así como algunos títulos de diagnóstico, habían mejorado sus traducciones.

Títulos de los diagnósticos que habían cambiado sus traducciones en este tema: la traducción anterior	
	nueva traducción
patrón de sueño alterado	Alteración en los patrones de sueño
control emocional inestable	control emocional lábil
la identidad personal con problemas	Alteración de la identidad personal
con problemas de riesgo identidad personal	riesgo de trastorno de identidad personal
Proceso de crianza ineficaces	Proceso perinatóológico ineficaces
riesgos de los procesos de crianza ineficaces	ineficaz riesgos del proceso perinatóológico
Provisión para la creación de un mejor proceso de eliminación de los niños	para mejorar el proceso de perinatóológico Riesgo resiliencia
comprometida	alteración de Riesgo resiliencia
el riesgo de úlceras por presión	riesgo de daño presión
Seca riesgo para la visión	riesgo sequedad ocular
Riesgo respuesta adversa del medio de contraste con el riesgo de yodo reacción	adversa a medios de contraste yodados

Una vez más, animamos a la participación de los lectores en sugerencias y / o preguntas que envían con respecto a los términos traducidos a los canales de servicio del Grupo La presentados en este libro, ya que estos contribuyen al refinamiento de la clasificación. También animamos a los investigadores para dar continuidad en sus investigaciones con el fin de elevar el nivel de las pruebas de diagnósticos de enfermería de la NANDA-I, contribuyendo de esta manera al conjunto de conocimientos de enfermería.

Alba Lucía Bottura Leite de Barros

Profesor Unifesp Enfermería Escuela Paulista. *compañero*

por la NANDA Internacional.

prefacio

A principios de la década de 1970, las enfermeras y educadores en los Estados Unidos encontraron que las enfermeras, de forma independiente, diagnosticaban y trataban "algo" en relación con los pacientes y sus familias que era diferente de los diagnósticos médicos. Este descubrimiento abre una nueva puerta a la taxonomía de diagnósticos de enfermería y la creación de la organización profesional que ahora se conoce como la NANDA Internacional (NANDA-I). Al igual que los médicos utilizan los diagnósticos médicos, las enfermeras deben tener "algo" para documentar una práctica holística integral, ayudando a los estudiantes a adquirir nuestro conjunto específico de conocimientos y logrando la recolección de enfermeras y análisis de datos, mejorando así la disciplina de enfermería. Se tardó más de 40 años, y el concepto de "diagnóstico de enfermería" inspirado y alentado a enfermeras en todo el mundo para buscar una práctica independiente, basada en la experiencia profesional. Anteriormente, las enfermeras que no vivían en América del Norte eran tan sólo los usuarios finales de la Taxonomía NANDA-I. Hoy en día, el desarrollo y la mejora de la Taxonomía tienen el gran esfuerzo global. De hecho, durante este ciclo de liberación recibimos más material para el análisis de los nuevos diagnósticos y propuestas de revisión de los países fuera de América del Norte. La organización también ha vuelto verdaderamente internacional: hay miembros participantes de América, Europa y Asia, la formación de comités, llevándolos como directores y la gestión de las organizaciones en las funciones ejecutivas. ¿Quién habría pensado que un hablante no nativo de Inglés,

En esta versión 2018-2020, 11ª edición, taxonomía de diagnósticos 244, de los que 17 son nuevos. Cada diagnóstico es producto del trabajo de uno o más de nuestros muchos voluntarios NANDA-I, y la mayoría de ellos tienen base de evidencia definitiva. Cada nuevo diagnóstico fue objetivo

el debate y la mejora de los miembros de nuestro Comité de Desarrollo de Diagnóstico (DDC) antes del final enviado a los miembros de la NANDA-I de voto y aprobación. Esta aprobación no significa que el diagnóstico se ha "finalizado" o "listos para su uso" en todos los países o áreas. Sabemos que la práctica y las reglas y directrices de enfermería varían de país a país. Esperamos que la publicación de estos nuevos diagnósticos facilita más estudios de validación en diferentes partes del mundo, con el fin de alcanzar un mayor nivel de evidencia.

materiales de las presentaciones para el análisis de los nuevos diagnósticos son siempre bienvenidas. Pero por el momento, tenemos una gran necesidad de revisar los diagnósticos existentes para reflejar la evidencia más reciente. En la preparación de esta edición, nos esforzamos para poner de relieve los problemas subyacentes de diversos diagnósticos actualmente en uso. Más de 70 diagnósticos no tienen ningún nivel de evidencia (LOE, *Grado de comprobación*) lo que significa que no hubo cambios importantes estos diagnósticos por lo menos desde 2002, cuando se presentaron los criterios para la LOE. Además, para el tratamiento eficiente de los problemas descritos en cada diagnóstico, existe la necesidad de factores relacionados o de riesgo. Sin embargo, después de la redistribución de algunos de estos factores "en poblaciones de riesgo" y "condiciones relacionadas" (objetos que no se pueden tratar de forma independiente por enfermeras), hay varios diagnósticos que ahora se han relacionado o factores de riesgo.

La NANDA-I se traduce en cerca de 20 idiomas diferentes. La traducción del resumen de Inglés a otros idiomas puede ser una tarea frustrante. Cuando se enfrentan con dificultades de la traducción del Inglés al japonés, recordé la historia del siglo XVIII sobre los eruditos que tradujeron un libro de texto de anatomía en holandés a los japoneses, sin ningún diccionario. Se dice que estos estudiosos veces tomó un mes para traducir una sola página! En este momento diccionarios y traductores automáticos a pesar de que la traducción de títulos, las definiciones y los indicadores de diagnóstico sigue siendo una tarea fácil. La traducción conceptual, a diferencia de la traducción palabra por palabra, los traductores exigen una clara comprensión del concepto de la intención. Cuando las condiciones son resumen en Inglés o se definen de manera muy amplia, Es más difícil asegurar una correcta traducción de los conceptos. Con los años, he aprendido que a veces un cambio muy pequeño del término original Inglés puede

facilitar el trabajo de los traductores. y comentarios *realimentación* los lectores pueden ayudar a mejorar la traducción de nuestra terminología, además de aumentar la claridad de los términos en Inglés. A partir de esta edición,

tenemos tres principales socios editores.

Establecemos una asociación directa con el Grupo para nuestra traducción al portugués, y Igaku-Shoin durante gran parte de nuestro mercado en Asia. Las otras regiones del mundo, incluida la versión original en Inglés, serán asumidas por un equipo de Thieme Medical Publishers, Inc. Somos muy emocionados con estas asociaciones y las posibilidades de que estas excelentes organizaciones pueden aportar a nuestra asociación, además de proporcionar nuestra terminología en todo el mundo.

Quiero dar la bienvenida a la labor de todos los voluntarios de la NANDA-I, miembros de comités y sus directores y miembros de las juntas, el tiempo, el compromiso, la dedicación y apoyo continuo. Quiero agradecer a nuestros empleados, encabezados por el Director Ejecutivo, el Dr. T. Heather Herdman, por su esfuerzo y apoyo.

En particular, agradezco a los miembros de la DDC para la excelente y oportuno trabajo sobre la revisión analítica y la terminología de edición representado en este libro. En particular, agradezco a la dirección del Director de la DDC ya 2014 Profesor Dickon Weir-Hughes. Este comité notable, con representantes de América del Norte y del Sur y Europa, es el verdadero "motor" de contenidos y conocimientos de la NANDA-I. Estoy muy impresionado y satisfecho con el trabajo sorprendente y completa de estos voluntarios en los últimos años.

Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI

Presidente de la NANDA Internacional, Inc.

Los brotes en los diagnósticos enfermeros

Taxonomía II NANDA-I

Ansiedad
lactancia
Ansiedad relacionada con la muerte de
vacío Autoconcepto Autocuidado
De autocuidado alimentos autocuidado
para el baño de autocuidado para la
auto-cuidado íntimo de llevar bienestar
espiritual del binomio madre-feto higiene
bucal seco autonegligencia Autoestima La
automutilación
la capacidad de adaptación campo de
energía equilibrada

transferencia de la capacidad de

choque

conducta de salud comportamiento

organizada decisión Conflicto de

comunicación verbal comunicación

Conflicto en papel Confusión

Comfort Conocimiento

estreñimiento

El estreñimiento funcional

impulsos de control sanitario

Control de Contaminación

Control emocional

deambulación El gasto

cardíaco deglución dentición

el desempeño del rol de

Desarrollo

de las vías respiratorias

diarrea

alimentos dignidad humana

dinámico de potencia Dolor

disreflexia autonómica

dinámico

Dolor durante el parto

Eliminación Lucha

Envenenamiento

Participación en actividades recreativas balance de las

actividades de electrolito de la esperanza de vida Estrés

Fatiga

la función hepática función

neurovascular La función sexual

de glucosa en sangre

Hiperbilirrubinemia

hipertermia hipotermia

la hipotermia perioperatoria

La imagen corporal

identidad personal

Incontinencia Infección

La infección en el sitio quirúrgico

insomnio

Integridad de la integridad de la membrana mucosa

de la integridad del tejido de la piel La interacción

social Lesiones Aislamiento social

accidentes de trabajo

Lesiones Lesiones posicionamiento presión

perioperatorio lesión térmica

conocimientos sobre la salud

Levántate

La muerte súbita

Mantenimiento de la Salud

Inicio Mantenimiento miedo

Movilidad Memoria

motilidad gastrointestinal mutilación

genital femenina Náuseas Negación

La negligencia unilateral

Nutrición

La obesidad nutrición

equilibrada

la sexualidad normal

respiración de alimentación

estándar patrón patrón de

sueño

la perfusión tisular Parenthood

errante Pesar

planificación de las actividades de

energía

proceso de la presión arterial estable

perinatólogo Falls familia proceso

de protección de producción de la

leche materna

reacciones adversas al contraste yodado Reacción

alérgica

reacción alérgica al látex

quirúrgico regulación del

humor recuperación

Religiosidad Relación

Resiliencia

Respuesta al destete de retención

ocular Sequedad Sangrado Salud

Sentado

síndrome de dolor crónico

síndrome agudo abstinencia de sustancias neonatal

síndrome de abstinencia desequilibrio metabólico

Síndrome Síndrome de desuso

síndrome de estrés para el síndrome de

ancianos traumatismo Síndrome violación

frágil cambio síndrome post-trauma

sobrepeso

sufrimiento espiritual que

sufren la soledad moral del

sueño

El suicidio

asfixia

la tensión del papel actividad

de toma de decisiones

tolerancia a la termorregulación

la toma de decisiones emancipado en

Transición Trauma inmigración

La tristeza trauma

físico

el intercambio de gases

El tromboembolismo venoso Bond

ventilación espontánea

La violencia dirigida a otro tipo de

violencia dirigida a sí mismo volumen de

líquido

líquido equilibrado Volumen

material suplementario

videos:

Introducción al sistema de clasificación de la NANDA-I

Lo que es nuevo en la edición 2018-2020 *diagnóstico de enfermería NANDA-I*

abstracto

Parte 1 La terminología de la NANDA International - Organización e información general

1 introducción 2

Lo que es nuevo en la edición 2018-2020 del diagnóstico de enfermería 3

Enmiendas o revisiones

- 3.1 Procesos y procedimientos para la presentación de análisis de diagnóstico y
- 3.2 Los cambios en la configuración de diagnóstico promoción de la salud
- 3.3 Nuevos diagnósticos de enfermería
- 3.4 Diagnósticos de enfermería revisados
- 3.5 Diagnóstico de enfermería retira
- 3.6 Los comentarios de los títulos de los diagnósticos de enfermería
- 3.7 Normalización de indicadores términos de diagnóstico
- 3.8 Introducción de "poblaciones en riesgo" y "condiciones relacionadas"

4 Régimen y organización

- 4.1 Consideraciones internacionales para el uso de los diagnósticos de enfermería de la NANDA-I
- 4.2 Declaraciones de posición de la NANDA Internacional

- 4.3 Una invitación para unirse a la NANDA Internacional

Parte 2 Aspectos teóricos de diagnósticos de enfermería NANDA Internacional

5 Fundamentos del diagnóstico de enfermería

- 5.1 introducción
- 5.2 Como enfermera (o estudiante de enfermería) diagnosticado?
- 5.3 La comprensión de los conceptos de enfermería
- 5.4 evaluación del paciente
- 5.5 diagnóstico de enfermería
- 5.6 Planificación / intervención
- 5.7 reevaluación continua
- 5.8 El uso de un diagnóstico de enfermería
- 5.9 Breve resumen del capítulo
- 05:10 referencias

6 razonamiento clínico: la evaluación del paciente al momento del diagnóstico

- 6.1 introducción
- 6.2 El proceso de enfermería
- 6.3 análisis de los datos
- 6.4 Identificación del potencial diagnóstico de enfermería (hipótesis diagnósticas)
- 6.5 Evaluación detallada
- 6.6 resumen
- 6.7 referencias

7 Introducción a la taxonomía de los diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional

7.1 introducción

7.2 Clasificación en enfermería

7.3 El uso de la taxonomía de la NANDA-I

7.4 Estructuración de los planes de estudios de enfermería

7.5 La identificación de un diagnóstico de enfermería fuera del área de especialización

7.6 Una taxonomía de diagnósticos de enfermería de la NANDA-I: una breve historia

7.7 referencias

8 Las especificaciones y configuración de Taxonomía de los diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional

8.1 Estructura de la Taxonomía II

8.2 Un sistema multiaxial para construir conceptos de diagnóstico

8.3 definiciones ejes

8.4 Preparación y presentación de un diagnóstico de enfermería

8.5 perspectivas de futuro

8.6 lectura recomendada

8.7 referencias

9 Preguntas frecuentes

9.1 introducción

9.2 Cuando necesitamos diagnósticos de enfermería?

9.3 En lenguajes enfermeros estandarizados

9.4	Acerca de la NANDA-I
9.5	Acerca de los diagnósticos de enfermería
9.6	Acerca de las características que definen
9.7	En los factores relacionados
9.8	Los factores de riesgo
9.9	En la diferenciación entre diagnósticos de enfermería similares
09:10	En el desarrollo de un plan de tratamiento
09:11	En la enseñanza y el aprendizaje de los diagnósticos de enfermería
09:12	Sobre el uso de la NANDA-I en los EHR
09:13	Acerca de preparación y el examen de diagnóstico
09:14	Acerca de los diagnósticos enfermeros libro NANDA-I
09:15	referencias

10 glosario

10.1	diagnóstico de enfermería
10.2	diagnóstico ejes
10.3	Componentes de un diagnóstico de enfermería
10.4	Definiciones para la clasificación de los diagnósticos de enfermería
10.5	referencias

Parte 3 diagnósticos de enfermería NANDA internacional

promoción de dominio 1. Salud

Percepción de clase 1 de la Salud

La participación en actividades recreativas disminuido

Estilo de vida La disposición a sedentarios **conocimientos sobre la salud** mejorado

control de la salud de clase 2

comportamiento de la salud propensos a arriesgar

control ineficaz **salud**

voluntad de **control sanitario** mejorado

control sanitario familia ineficaces

mantenimiento ineficaz **protección de la**

salud ineficaz

salud comunidad pobre

Síndrome de ancianos frágiles

riesgo **el síndrome de ancianos frágiles**

2. Dominio de Nutrición

Clase 1 Ingestión

producción insuficiente **La lactancia**

materna ineficaz

Amamantamiento Arreglo para interrumpido **Amamantamiento**

mejorado

tragar dañado

la dinámica de los alimentos adolescente ineficaces

la dinámica de los alimentos niño ineficaces

dinámica ineficaz **de alimentación** infantil

estándar ineficaz **de alimentación** infantil

nutrición des **equilibrada**: menos que las necesidades corporales

voluntad de **nutrición** mejorado

El sobrepeso

obesidad

riesgo **sobrepeso**

La digestión Clase 2 Clase 3

Clase Metabolismo 4

Absorción

riesgo **la función hepática** Riesgo de deterioro de la **glucosa**

en la **sangre** inestable

hiperbilirrubinemia Riesgo neonatal **hiperbilirrubinemia** Riesgo

neonatal **síndrome de desequilibrio metabólico**

5 hidratante Clase

des riesgo **El balance de líquidos de volumen de**

electrolito Riesgo pobres **volumen de líquido** deficiente

el volumen de líquido Riesgo excesivo **volumen de**

líquido des **equilibrado**

3. Eliminación de dominio y el intercambio

Función Clase urinaria 1

eliminación urinaria alterada

incontinencia urinaria de esfuerzo

incontinencia urinaria de urgencia

riesgo **incontinencia** urinaria de urgencia

incontinencia urinaria funcional

incontinencia urinaria desbordamiento

incontinencia reflejo de micción

retención urinario

Clase 2 Función Gastrointestinal

estreñimiento

riesgo **estreñimiento**

estreñimiento percibido

El estreñimiento funcional Riesgo crónica **estreñimiento**

funcional crónica

diarrea

incontinencia intestinal

motilidad gastrointestinal Riesgo disfuncional **motilidad**

gastrointestinal disfuncional

la función respiratoria 4 función

tegumentario Clase Clase 3

el intercambio de gases dañado

4. Actividad de dominio / sueño

Clase 1 de dormir / de descanso

insomnio

perturbación en **patrón de sueño**

privación **sueño**

voluntad de **sueño** mejorado

Actividad de Clase 2 / ejercicio

capacidad de transferencia dañado

deambulación dañado

El levantarse herido

movilidad con silla de ruedas deteriorada

movilidad discapacitados físicos

movilidad Deterioro de la cama

sentado Riesgo de deterioro **síndrome**

de desuso

Clase 3 Balance de Energía

campo de energía des **Fatiga equilibrada**

perambulation

Clase 4 respuestas cardiovasculares / pulmonares

gasto cardíaco disminución del riesgo **gasto**

cardíaco disminuido

patrón de respiración Riesgo ineficaces **perfusión tisular** disminución

del riesgo cardíaco **perfusión tisular** cerebro ineficaces

perfusión tisular Riesgo ineficaz periférico **perfusión**

tisular Riesgo ineficaz periférico **presión arterial** inestable

respuesta disfuncional **destetar**

en **actividad tolerancia**

en el riesgo **actividad tolerancia**

ventilación espontánea dañado

clase de autocuidado 5

déficit **la alimentación de autocuidado**

déficit **autocuidado, baño**

déficit **autocuidado para la higiene íntima**

déficit **vestidor autocuidado**

Arreglo para la mejora de la **autocuidado**

autonegligencia Mantenimiento del Hogar dañado

5. Percepción de dominio / cognición

Clase 1 Atención

el abandono unilateral

Clase 2 Orientación

3 sensación de Clase / Clase 4

cognición percepción

confusión Riesgo de aguda **confusión**

agudo

confusión crónica

conocimiento prestación pobre para **conocimiento**

mejorado

control de los impulsos ineficaz

control emocional lábil

memoria dañado

Comunicación de la clase 5

voluntad de **comunicación** mejorado

la comunicación verbal dañado

Dominio 6. La autopercepción

Clase 1 Self-

voluntad de **yo** Mejora de Riesgo **la dignidad**

humana des cometido **esperanza**

voluntad de **esperanza** Perturbación en la mejora **la**

identidad personal

trastorno en el riesgo **la identidad personal**

2 Se estima Clase

bajo **autoestima** bajo riesgo crónica **autoestima**

bajo crónica **autoestima** Situacional Riesgo

Bajo **autoestima** situacional

Cuerpo de la clase Imagen 3

perturbación en **la imagen corporal**

Dominio 7. Funciones y relaciones

Efectos de escritorio de clase 1 del cuidador

paternidad Riesgo de deterioro de la **paternidad** Voluntad de deterioro **paternidad** mejorado

la tensión del papel Riesgo cuidador **tensión del papel** cuidador

Clase 2 relaciones familiares

los procesos familiares disfuncional

los procesos familiares Voluntad de interrupción **los procesos familiares** Mejora de Riesgo **enlace** herido

documentos de la clase 3 Rendimiento

Conflicto en el papel padre / madre

desempeño de los roles ineficaz

la interacción social dañado

relación Riesgo ineficaces **relación** prestación ineficaz para **relación** mejorado

8. La sexualidad Area

Clase Clase 1 2 La identidad

sexual Función Sexual

Dis **Estándar función sexual**

sexualidad ineficaz

3 Reproducción Clase

riesgo **madrefeto** perturbado

proceso perinatóológico Riesgo ineficaces **proceso**

perinatóológico prestación ineficaz para **proceso perinatóológico** mejorado

9. Hacer frente dominio / tolerancia al estrés

Clase 1 Respuestas postraumático

síndrome de estrés para el cambio

riesgo **El síndrome post traumático** **síndrome de**
estrés cambio **síndrome traumático de violación**

riesgo **síndrome post-traumático**

riesgo **transición** complejo **inmigración**

Clase 2 Respuestas enfrentan

ansiedad

Hacer frente a la ansiedad relacionada con

la muerte defensiva

afrontamiento prestación ineficaz para **afrontamiento**

mejorado

afrontamiento familia comprometida

afrontamiento La voluntad de la familia con discapacidad **afrontamiento**

mejora de la familia

afrontamiento comunidad de diseño ineficaz **afrontamiento** Mejora
de la comunidad

sobrecarga **La negación de**

miedo y estrés ineficaz

weigh sopesar Riesgo complicada **ponderar**

complicado

la planificación de la actividad Riesgo ineficaces **la**

planificación de la actividad ineficaz

la regulación del humor dañado

elasticidad Riesgo de deterioro de la **elasticidad**

Voluntad de deterioro **elasticidad** mejorado

impotencia

riesgo **impotencia**

voluntad de **poder** mejorado

dolor crónica

Clase 3 neuroconductual **estrés**

la capacidad de adaptación disminuido intracraneal

comportamiento des organizado el riesgo infantil **comportamiento des organizado**

Voluntad de bebé **comportamiento organizado** mejorada del lactante

disreflexia autonómica

riesgo **disreflexia autonómica**

sustancias síndrome de abstinencia agudo

riesgo **sustancias síndrome de abstinencia aguda de abstinencia**

neonatal **Síndrome de dominio 10. Los principios de la vida**

Valores Clase 1 Clase

2 creencias

voluntad de **bienestar espiritual** mejorado

3 La consistencia de clase entre los valores / creencias / acciones

religiosidad Riesgo de deterioro de la **religiosidad**

Voluntad de deterioro **religiosidad** mejorado

sufrimiento espiritual

riesgo **El sufrimiento de conflictos**

sufrimiento espiritual decisión moral

voluntad de **toma de decisiones** mejorado

la toma de decisiones emancipado Riesgo de deterioro de la **emancipado de**

toma de decisiones Voluntad de deterioro **emancipado de toma de decisiones** mejorado

11. La seguridad de dominio / protección

infección Clase 1

riesgo **infección**

riesgo **infección en el sitio quirúrgico**

Clase 2 Lesión física

riesgo **aspiración**

riesgo **sequedad en la boca**

riesgo **choque**

dentición dañado

claro ineficaz de las vías respiratorias

riesgo **dis la función neurovascular** periférico

La integridad de la membrana mucosa Riesgo deteriorado por vía oral **la integridad de la**

membrana mucosa deteriorada por vía oral

integridad de la piel Riesgo de deterioro de la **integridad**

de la piel dañado

la integridad del tejido Riesgo de deterioro de la **la integridad**

del tejido Riesgo de deterioro de la **lesión**

riesgo **lesión** Riesgo del tracto urinario **lesión** Riesgo de córnea **perioperatoria**

lesión posicionamiento

riesgo **daños por presión**

riesgo **lesión térmica**

riesgo **muerte súbita** el riesgo infantil **caídas**

la recuperación quirúrgica Riesgo de retraso **la**

recuperación quirúrgica Riesgo de retraso **sequedad**

ocular

riesgo **sangría**

riesgo **asfixia**

riesgo **trauma** Riesgo vascular

trauma físico

riesgo **tromboembolismo venoso**

3 La violencia de clase

automutilación

riesgo **automutilación**

riesgo **la mutilación genital femenina**

riesgo **suicidio**

riesgo **la violencia dirigida a los demás**

riesgo **La violencia dirigida a sí mismo**

Peligros ambientales Clase 4

contaminación

riesgo **contaminación**

riesgo **envenenamiento**

riesgo **accidentes de trabajo**

5 procesos defensivos de clase

riesgo **reacciones adversas a medios de contraste yodados**

riesgo **reacción alérgica**

reacción alérgica al látex

riesgo **reacción alérgica al látex**

Clase 6 termorregulación

hipertermia

hipotermia

riesgo **hipotermia**

riesgo **La termorregulación hipotermia**

perioperatoria Riesgo ineficaces **termorregulación**

ineficaz

Dominio 12. Comfort

Clase 1 comodidad física

confort Voluntad de deterioro **confort** mejorado

dolor agudo

dolor crónica

Dolor síndrome de dolor crónico

en Náuseas trabajo del parto

Clase 2 Confort ambiental

confort Voluntad de deterioro **confort** mejorado

Clase 3 Confort sociales

confort Voluntad de deterioro **confort** mejorado

aislamiento social

riesgo **soledad**

13. Dominio de crecimiento / desarrollo

1 Clase 2 Crecimiento

Desarrollo clase

riesgo **desarrollo** tarde

referencias

material suplementario

Parte 1

La terminología de la NANDA Internacional - Organización e información general

1. Introducción

Parte 1 se presenta la información de introducción de la nueva edición de la NANDA Internacional de Taxonomía, 2018-2020, que incluye una visión general de los principales cambios en esta edición: diagnósticos nuevos y revisados, diagnósticos retirados, los cambios en el diagnóstico de valores, la revisión analítica continua para estandarizar los términos indicadores de diagnóstico, y la introducción *de condiciones adjunta y las poblaciones en riesgo*.

Se identifican las personas y grupos que presentaron diagnósticos nuevas o revisadas aprobadas.

Los lectores pueden notar que casi todos los diagnósticos tienen algún cambio a medida que trabajamos para aumentar la estandarización de los términos utilizados en nuestros indicadores de diagnóstico (características definitorias, factores relacionados, factores de riesgo). Por otra parte, la adopción de las categorías de las personas en situación de riesgo y las condiciones asociadas fue un proceso difícil, dirigido por el Dr. Shigemi Kamitsuru. Se revisaron los factores de riesgo relacionados o cada diagnóstico para ver si se cumplen las definiciones de estos términos.

2 Lo que es nuevo en la edición 2018-2020

diagnósticos de enfermería

Se han hecho cambios en esta edición de la *realimentación* recibido de los lectores, para satisfacer las necesidades de los estudiantes y profesionales y para proporcionar apoyo adicional a los educadores. se añadieron nuevos datos sobre el razonamiento clínico; Todos los capítulos han sido revisados para esta edición.

3 Cambios y revisiones

3.1 Procesos y procedimientos para la presentación de análisis de diagnóstico y

3.1.1 Presentación de los diagnósticos NANDA-I: Procedimiento analítico

Las propuestas de nuevos diagnósticos y análisis de diagnóstico se someten a un análisis sistemático para determinar la consistencia con los criterios establecidos para el diagnóstico de enfermería. Todas las observaciones se someten posteriormente a las etapas de acuerdo con la evidencia que indica el nivel de desarrollo o validación.

Los diagnósticos pueden presentarse en diversas etapas de desarrollo (por ejemplo, título y la definición; .. título, definición, que definen las características o factores de riesgo, a nivel teórico para el desarrollo y la validación clínica, o el título, definición, características definitorias y factores relacionados).

El proceso de análisis de corriente para la aceptación de nuevos diagnósticos y revisadas en la terminología está siendo revisada, ya que la organización busca siempre utilizar un proceso más robusto y basado en la evidencia. A medida que las nuevas normas se elaboran, estarán disponibles en *síto web* NANDA-I (www.nanda.org).

información estará disponible en el *proceso de análisis completo y análisis rápido Proceso* para todas las presentaciones de los diagnósticos nuevos y revisados, por lo que el proceso es totalmente articulado y aprobado por el Consejo de Administración de la NANDA-I. Información sobre la *procedimiento para apelar una decisión del Comité de Diagnóstico para el Desarrollo (DDC, Comité de Desarrollo de diagnósticos de la NANDA-I) en el análisis de un diagnóstico* son también

disponible en nuestro *sitio*. Este proceso explica el recurso gubernativo a los que envió el material en caso de no aceptación.

3.1.2 Presentación de los diagnósticos NANDA-I: criterios de nivel de evidencia (LOE, *Grado de comprobación*)

El Comité de Educación e Investigación de la NANDA-I (Comité de Investigación y Educación de la NANDA-I) se ha encargado de examinar y revisar estos criterios, en su caso, para reflejar mejor el estado de la ciencia en relación con la enfermería basada en la evidencia. Se recomienda a las personas interesadas en el envío de un diagnóstico para el análisis de consultar *sitio web* NANDA-I, que publica actualizaciones a medida que están disponibles (www.nanda.org).

LOE 1: Recibido para el desarrollo (se refiere a NANDA-I)

LOE 1.1: Sólo el título

El título es claro, como se indica en nivel básico y apoyo literatura identificada. La NANDA-I que envió a consultar y proporcionar directrices para el desarrollo de medios de diagnóstico de instrucciones impresas y talleres (*talleres*). En esta etapa, el título se clasifica como "Recibido para el desarrollo" e identificado como tal en el *sitio web* NANDA-I.

1.2 Nivel de evidencia: Título y definición

El título es claro y declarado en un nivel básico. Es coherente con ella. El título y la definición son diferentes de otros diagnósticos y configuración de la NANDA-I. La definición difiere de las características que definen y título. Estos componentes no son parte de la definición. En esta etapa, el diagnóstico debe ser consistente con la definición actual de los diagnósticos de enfermería de la NANDA-I (ver *Glosario*). El título y la configuración de apoyo tienen identificadas las referencias bibliográficas. En esta etapa, el título y la definición se clasifican como "Recibido para el desarrollo" y se identifican como tales en *sitio web* NANDA-I.

LOE 1.3: nivel teórico

La definición, características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo, se ofrecen con la literatura citada, en su caso. Se puede utilizar la opinión de expertos para apoyar la necesidad de un diagnóstico. La intención de los diagnósticos recibido este nivel es permitir que el concepto de la discusión, la prueba de utilidad y aplicabilidad clínica y de investigación estimulante. En esta etapa, el título y las partes componentes se clasifican como "Recibido para el desarrollo y la validación clínica" e identificado como tal en *sitio web* NANDA-I.

LOE 2: Aceptado para su publicación e inclusión en la taxonomía de NANDA-I

LOE 2.1: Título, definición, características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo, y la literatura

Literatura se cita por la definición, así como para cada una de las características que definen y cada factor relacionado, o cada uno de los factores de riesgo. Por otra parte, existe la necesidad de resultados e intervenciones de enfermería, terminología estandarizada en enfermería (p. Ej., El

Clasificación de Resultados de Enfermería [NOC] y Clasificación de Intervenciones de enfermería [NIC]) se ofrecen para cada diagnóstico.

LOE 2.2: Análisis conceptual

Se cumplen los criterios de la LOE 2.1. Además, una revisión de la literatura relevante narrativa, que culminó en un escrito el análisis conceptual, es necesario demostrar la existencia de un conjunto considerable de conocimientos para apoyar el diagnóstico. El análisis de la literatura / conceptual soporta el título y la configuración e incluye la discusión y la evidencia de las características definitorias y factores relacionados (para el diagnóstico centrados en el problema), factores de riesgo (para el diagnóstico de riesgo) o características que definen (por diagnóstico promoción de la salud).

LOE 2.3: Estudios de consenso relacionadas con el diagnóstico utilizando expertos

Se cumplen los criterios de la LOE 2.1. Los estudios incluyen aquellos que lo soliciten la opinión de los expertos, la técnica Delphi y estudios similares de componentes de diagnóstico, en la que las enfermeras son los sujetos.

OSL 3: En apoyo clínico (validación y pruebas)

LOE 3.1: Síntesis de la literatura

Se cumplen los criterios de la LOE 2.2. La síntesis aparece en la forma de un examen integrado de la literatura. Los términos de búsqueda / términos MeSH (*Encabezamientos de temas médicos*) utilizado en la revisión están dentro de la ayuda a los futuros investigadores.

3.2 Nivel de evidencia: Los estudios clínicos relacionados con el diagnóstico, pero no generalizables a la población

Se cumplen los criterios de la LOE 2.2. La narrativa incluye una descripción de los estudios relacionados con el diagnóstico con características definitorias y factores relacionados o de riesgo. Los estudios pueden ser cualitativos o cuantitativos en la naturaleza usando muestras no aleatorias, en el que los pacientes son sometidos.

LOE 3.3: Los estudios clínicos bien diseñados con muestras pequeñas

Se cumplen los criterios de la LOE 2.2. La narrativa incluye una descripción de los estudios relacionados con el diagnóstico con características definitorias y factores relacionados o de riesgo. muestras aleatorias se utilizan en estos estudios, pero el tamaño de la muestra es limitada.

LOE 3.4: Estudios clínicos con muestra aleatoria bien diseñado de tamaño suficiente para permitir la generalización a la población como un todo

Se cumplen los criterios de la LOE 2.2. La narrativa incluye una descripción de los estudios relacionados con el diagnóstico con características definitorias y factores relacionados o de riesgo. muestras aleatorias se utilizan en estos estudios y el tamaño de la muestra es suficiente para permitir la generalización de los resultados para la población como un todo.

3.2 Los cambios en la configuración de diagnóstico promoción de la salud

La definición general para el diagnóstico de enfermería promoción de la salud se modificó durante este ciclo de revisión. Este cambio refleja el reconocimiento de las poblaciones para las que la salud se puede mejorar con la enfermera actúa como agente para los pacientes, incluso si no pueden verbalizar intenciones (p. Ej., Recién nacidos, pacientes con condiciones que impiden la verbalización deseos, etc.). La definición revisada es la siguiente (nuevas palabras están en cursiva):

juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y lograr potencial para la salud humana. Estas respuestas se expresan como una disposición a mejorar los comportamientos de salud específicos y pueden ser utilizados en cualquier estado de la salud. *En las personas que no pueden expresar su propia voluntad de mejorar los comportamientos de salud, las enfermeras pueden determinar la existencia de una condición de promoción de la salud y actuar en beneficio del individuo.*

respuestas de promoción de la salud pueden existir en un individuo, familia, grupo o comunidad.

Nuevos diagnósticos de enfermería 3.3

Un conjunto de trabajo significativo que representa diagnósticos nuevos y revisados diagnóstico se presenta al Comité de Desarrollo de Nanda

I, con una parte sustancial de estos diagnósticos presentados a los miembros de la NANDA-I para el análisis en este ciclo de revisión. La NANDA-I quisiera aprovechar esta oportunidad para felicitar a los que han presentado algún material para su análisis o revisión que ha cumplido con los criterios del nivel de evidencia. Se aprobaron 17 nuevos diagnósticos por el comité, el Consejo de Administración de la NANDA-I y los miembros de la NANDA-I (▶ Tab. 3.1).

Tabla 3.1 Nuevos diagnósticos de enfermería de la NANDA-I, 2018-2020

aprobado diagnóstico (nuevo)	Quien se somete a análisis
Zona 1: Promoción de la salud	
Disposición para mejorar el conocimiento sobre la salud Clase 1: Percepción de la Salud	B. Flores, PhD, RN, BC-WHNP
2 dominios: Nutrición	
la dinámica de los alimentos ineficaces de Clase 1: Ingestión adolescentes	Mlynarczyk S., PhD, RN; Dewy M., PhD, RN; G. Lyte, PhD, NR
la dinámica de los alimentos ineficaces de clase hija 1: Ingestión	Mlynarczyk S., PhD, RN; Dewy M., PhD, RN; G. Lyte, PhD, NR
ineficaz alimentación infantil Clase dinámica 1: La ingestión	Mlynarczyk S., PhD, RN; Dewy M., PhD, RN; G. Lyte, PhD, NR
riesgo síndrome de metabólica Clase desequilibrio 4: Metabolismo	VE Fernández-Ruiz, PHM; MM López-Santos, PHM; D. Armero-Barranco, PhD; JM-Xandri Graupera, phm; JA-Paniagua Urban, phm; M. sole-Agusti, phm; MD Arrillo-Izquierdo, PHM; A. Ruiz-Sánchez, PHM
Dominio 4: Actividad / sueño	
desequilibrada campo de energía Clase 3: Balance de Energía	Frisch N., PhD, RN, FAAN; H. Butcher, PhD, RN; D. Shields, PhD, RN, CCRN, AHN-BC, QTTT
riesgo presión sanguínea inestable Clase 4: respuestas cardiovasculares / pulmonares	C. Amoin, DSN, MN NR
Dominio 9: Hacer frente / tolerancia al estrés	
Riesgo complicada transición migratoria Clase 1: Respuestas postraumático	R. Rifa, RN, PhD

síndrome de abstinencia neonatal Clase 3: Estrés neuroconductual	LM Cleveland, PhD, RN, PNP-BC
aguda Clase sustancias síndrome de abstinencia 3: neuroconductual Estrés	L. Clapp, RN, MS, CACIII; K. Mahler, RN, BSN
síndrome de abstinencia aguda Clase sustancias de riesgo 3: Estrés neuroconductual	L. Clapp, RN, MS, CACIII; K. Mahler, RN, BSN
Zona 11: Seguridad / protección	
El riesgo de infección en el sitio quirúrgico Clase 1: Infección	FF Ercole, PhD, RN; Chianca TCM, PhD, RN; C. Fields, MSN, RN; TGR Manzano, BSN, RN; LMC Franco, MSN
Clase de riesgo seca la boca 2: lesión física	I. Eser, PhD, RN (1); Duruk N., PhD, RN (2)
Clase de riesgo de TEV 2: lesión física	G. Meyer, Ph.D., RN, CNL
Clase de riesgo MGF 3: Violencia	I. Jiménez-Ruiz, PhD, RN; P.-Almansa Martínez, PhD, RN
ocupacional clase de riesgo de lesiones 4: Riesgos ambientales	F. Sánchez-Ayllón, PhD, NR
Clase de riesgo termorregulación ineficaces 6: La termorregulación	Comité de Desarrollo de diagnóstico

Diagnóstico de enfermería revisado 3.4

72 diagnósticos fueron revisados durante este ciclo. la ► La Tabla 3.2 presenta estos diagnósticos, se destacan las revisiones realizadas en cada uno e identifica los remitentes / revisados.

tabla 3.2 diagnósticos de enfermería de la NANDA-I revisados, 2018-2020

aprobado diagnóstico (revisada)	CD					
	examen					
	la retirada de CD	Agregado FRE /	FRE eliminado	definición añadida	revisadas	Comentarios
Zona 1: Promoción de la salud						
La participación en actividades recreativas disminuido (00097)	1	5		6	sí	El ajuste se ha cambiado para que sea consistente con la literatura actual y para reflejar una respuesta humana.
La mala salud de la comunidad (00215)					sí	La palabra se retiró "miembro" y la definición de las características definidoras, siendo reemplazado por la palabra "grupo".
conducta de salud propensos al riesgo (00188)			2	1	sí	Un factor relacionado fue aprobado para ser añadido. El término "estilo de vida / comportamiento" fue sustituida por "estilo de vida y / o acciones", y el término "salud" fue reemplazado por "el nivel de bienestar".
mantenimiento de la salud ineficaces (00099)					sí	El término "mantener la salud" fue reemplazado por "mantener el bienestar."
2 dominios: Nutrición						
producción la leche materna insuficiente (00216)					sí	definición de cambio para dar claridad al concepto. El título fue cambiado para reflejar una respuesta humana.
ineficaces para lactantes estándar de alimentación (00107)					sí	La definición fue cambiado para quitar la barra final, "/", la expresión

						"Suck / tragar" y dar claridad a este concepto.
riesgo de glucosa en sangre inestable (00179)					sí	Se eliminó la palabra "azúcar" en la definición.
hiperbilirrubinemia neonatal (00194)				1	sí	Revisada para reflejar el cambio real de la bilirrubina no conjugada circulante, con la eliminación de la mención de la modificación de la definición del color de la piel.
riesgo hiperbilirrubinemia neonatal (00230)				1	sí	Revisada para reflejar el cambio real de la bilirrubina no conjugada circulante, con la eliminación de la mención de la modificación de la definición del color de la piel.
líquidos volumen excesivo (00026)					sí	definición revisada para dar claridad al concepto.
3 dominio: Eliminación y el intercambio						
retención urinaria (00023)					sí	definición revisada para dar claridad al concepto.
motilidad gastrointestinal disfuncional (00196)				5	no	
riesgo motilidad gastrointestinal disfuncional (00197)				1	sí	Revisada para que sea compatible con el diagnóstico se centra en el problema.
incontinencia intestinal (00014)	4	1			sí	Definición revisada para mejorar la concisión.
Dominio 4: Actividad / sueño						
Alteración en el patrón de sueño (00198)	1	1			sí	Definición revisada para la eliminación de la palabra sueño y para dar claridad al concepto.
deterioro de la movilidad física (00085)					sí	Definición revisada para eliminar la palabra "física", que ya está en el título, <i>deterioro de la movilidad física</i> (00085).
Intolerancia a la actividad (00092)			1	2	no	

riesgo de intolerancia a la actividad (00094)				2	no	
alteración de la ventilación espontánea (00033)	1				sí	definición revisada para dar claridad al concepto.
la perfusión tisular periférica ineficaz (00204)				2	no	
baño de déficit de autocuidado (00108)					sí	definición revisada para dar claridad al concepto.
vestidor déficit de autocuidado (00109)					sí	definición revisada para dar claridad al concepto.
abastecimiento deficitario de autocuidado (00102)					sí	definición revisada para dar claridad al concepto.
déficit de autocuidado higiene personal (00110)					sí	definición revisada para dar claridad al concepto.
Zona 5: Percepción / cognición						
confusión aguda (00128)				7	sí	Definición revisada para ser coherente con el diagnóstico de riesgo.
crónica Confusión (00129)	7	8			sí	Definición cambiado para ser coherente con la literatura actual.
déficit de conocimiento (00126)					sí	Definición revisada para ser coherente con el diagnóstico de la promoción de la salud.

deterioro de la memoria (00.131)	9	11			sí	Definición cambiado para ser coherente con la literatura actual.

Zona 6: Autopercepción

baja autoestima crónica (00119)					sí	Definición cambió para eliminar la barra, "/", la expresión "auto-evaluación / sentimientos."

Zona 7: Funciones y relaciones

tensión de rol de cuidador (00061)				9	sí	Definición cambió para eliminar la barra, "/", la expresión "otros familiares / significativo" y dar claridad al concepto.
papel de Riesgo cepa cuidador (00062)				32	sí	Definición cambió para eliminar la barra, "/", la expresión "familia / pareja" y dar claridad a este concepto.
paternidad deteriorada (00056)				5	sí	Definición revisada para ser coherente con el diagnóstico de la promoción de la salud y el riesgo. En Inglés, el término "vigilante "Fue cambiado a" cuidador ". En portugués, la traducción se mantuvo: "cuidador".
paternidad o alteración de maternidad riesgo (00057)				2	sí	Definición revisada para ser consistentes con el diagnóstico promoción de la salud y se centró en el problema.
Disposición para la paternidad o maternidad mejorado (00164)					sí	Definición revisada para ser consistentes con los diagnósticos de riesgo y se centró en el problema.
alteración de riesgo de bonos (00058)					sí	Definición cambió para eliminar la barra "/" en

						expresión "padres / pareja".
procesos familiares disfuncionales (00063)	3				sí	Definición cambiado para ser coherente con el diagnóstico de la promoción de la salud.
procesos familiares interrumpidas (00060)					sí	Definición cambiado para ser coherente con el diagnóstico de la promoción de la salud.
8 dominio: Sexuality						
La disfunción sexual (00059)					sí	En Inglés, la palabra " excitación "Fue cambiado a" excitación "En la definición de ser coherente con la literatura. En portugués, la traducción se mantuvo "excitación".
Proceso perinatólógico ineficaz (00221)				1	sí	Definición cambió para dar claridad al concepto.
riesgo proceso perinatólógico ineficaz (00227)				1	sí	Definición cambió para dar claridad al concepto.
riesgo del binomio madre-feto perturbado (00209)					sí	Definición modificada para eliminar el término "simbiótica del binomio madre-feto" y para dar claridad al concepto.
Dominio 9: Hacer frente / tolerancia al estrés						
síndrome de post-traumatismo (00141)				6	no	
síndrome de estrés para el cambio (00114)				1	no	
riesgo de síndrome de estrés cambiando (00149)				2	no	
planificación de actividades ineficaces (00199)				1	no	
afrontamiento ineficaces (00069)					sí	Definición cambiado para ser consistente con otros diagnósticos y hacer frente a dar claridad a este concepto.

Mejora arreglo para hacer frente (00158)					sí	Definición cambiado para ser consistente con otros diagnósticos y hacer frente a dar claridad a este concepto.
La impotencia (00125)				9	no	
el sentimiento de riesgo impotencia (00152)				2	no	
Resiliencia deteriorada (00210)		2		9	sí	Definición cambiado para ser consistente con otros diagnósticos y resiliencia para proporcionar claridad al concepto.
Riesgo resistencia deteriorada (00211)				13	sí	Definición cambiado para ser consistente con otros diagnósticos y resiliencia para proporcionar claridad al concepto.
Disposición para resiliente mejorado (00212)					sí	Definición cambiado para ser consistente con otros diagnósticos y resiliencia para proporcionar claridad al concepto.
disreflexia autonómica (00009)				19	no	
autonómica riesgo de disreflexia (00010)				3	no	
comportamiento desorganizado del infante (00116)					sí	Definición cambiado para ser consistente con otros diagnósticos conductuales y organizados para dar claridad al concepto.
bebés riesgo comportamiento desorganizado (00115)				9	sí	Definición cambiado para ser consistente con otros diagnósticos conductuales y organizados para dar claridad al concepto.
Disposición para mejorar el rendimiento infantil dispuesto (00117)					sí	Definición cambiado para ser consistente con otros diagnósticos conductuales y organizados para dar claridad al concepto.
Dominio 10: Principios de la Vida						

emancipado problemas para la toma de decisiones (00242)				3	no	
deterioro del riesgo de toma de decisiones emancipado (00244)				2	no	
sufrimiento moral (00175)					sí	Definición cambió para eliminar la barra "/" en las expresiones "decisiones / acciones éticas / morales."
alteración de la religiosa (00169)				3	no	
alteración de riesgo religiosidad (00170)				4	no	
sufrimiento espiritual (00066)				13	no	
Zona 11: Seguridad / protección						
riesgo Integridad de la alteración de la membrana mucosa oral (00247)				1	no	
Deterioro de la integridad de la piel (00 046)		5		3	no	
El riesgo de muerte súbita del lactante (00156)				2	no	Revisada para que sea consistente con las nuevas directrices de la muerte súbita del lactante.
integridad de los tejidos deteriorados (00044)		5			no	
riesgo trauma físico (00038)					sí	Definición revisada para eliminar la palabra "accidental", ya que no todos los traumas son de carácter accidental. El título fue cambiado para reflejar el ajuste, que es específico para un trauma físico.

La automutilación (00151)				1	no	
riesgo de autolesión (00139)				4	no	
La termorregulación ineficaz (00008)				5	no	
Zona 12: Comfort						
El dolor agudo (00132)					sí	definición revisado para incluir límite de tiempo <3 meses para mantener la coherencia con la definición de dolor crónico.

Abreviaturas: CD, que definen característica; FRE, factor relacionado; Vier factor de riesgo.

3.5 Diagnósticos de enfermería retirados

ocho fueron retirados terminología de diagnóstico este problema. En la 10ª edición, que había sido informado de que uno de estos diagnósticos se tomarían si no se modificaron. No había ninguna revisión, por lo que fue retirado. Animamos a las enfermeras de pediatría para evaluar una nueva conceptualización de este diagnóstico, presentándolo a la NANDA-I como un nuevo diagnóstico.

Riesgo crecimiento desproporcionado (00113), 13 de dominio, siete Clase 1. Otros diagnósticos fueron retirados terminología, después del análisis del Comité de Desarrollo Diagnosis. Ellos eran incompatibles con la literatura actual o no tenían suficiente evidencia para respaldar su estancia en la terminología.

La falta de adherencia (00079), Zona 1, Clase 2. Este diagnóstico fue bastante antiguo, la última revisión se llevó a cabo en 1998. No es más consistente con la mayor investigación en el área, con el mayor enfoque en la idea de pertenencia a la conformidad. [NT]

Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos (00160), Dominio 2, Clase 5.

Disposición para mejorar la eliminación urinaria (00166), Dominio 3, Clase 1.

Estos diagnósticos no tenían suficiente evidencia para respaldar su mantenimiento en la terminología.

alteración de la función cardiovascular de riesgo (00239), dominio 4, Clase 4. Este diagnóstico no presentó suficiente diferenciación de otros diagnósticos cardiovasculares en la terminología.

riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz (00202), dominio 4, clase 4.

riesgo de perfusión renal ineficaz (00203), dominio 4, Clase 4. Estos diagnósticos no fueron considerados independientemente modificable por la práctica de enfermería.

desequilibrio de riesgos en la temperatura corporal (00005), Zona 11, Clase 6 - sustituido por nuevo diagnóstico *riesgo termorregulación ineficaces (00274)*. Los comentarios de este diagnóstico condujeron al reconocimiento de que el concepto que importaba era la termorregulación, y la definición y los factores de riesgo fueron consistentes con el diagnóstico actual, *termorregulación*

ineficaz (00008). Por lo tanto, el título y el ajuste se han cambiado, lo que lleva a la necesidad de eliminar el código actual y adoptar un nuevo código.

3.6 Revisión de títulos diagnósticos de enfermería

Se han hecho cambios en 11 títulos de diagnósticos de enfermería. La intención era asegurarse de que el título del diagnóstico fue consistente con la literatura actual y refleja una respuesta humana. Los cambios en los títulos de diagnóstico se presentan en ► Tabla 3.3.

Tabla 3.3 Los comentarios de los títulos de los diagnósticos de enfermería de Nanda I, 2018-2020

dominio	título anterior	nuevo título
1. Promoción de la Salud	actividad de recreación Poor (00097)	La participación en actividades recreativas disminuyó
2. Nutrición	leche insuficiente (00216)	producción insuficiente de leche materna
2. Nutrición	Ictericia neonatal (00194)	hiperbilirrubinemia neonatal
2. Nutrición	riesgo de ictericia neonatal (00230)	neonatal riesgo de hiperbilirrubinemia
11. Seguridad / protección	alteración de la mucosa oral (00045)	Integridad de la alteración de la mucosa bucal
11. Seguridad / protección	alteración de Riesgo mucosa oral (00247)	riesgo Integridad de la alteración de la membrana mucosa oral
11. Seguridad / protección	riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (00156)	el riesgo de muerte súbita del lactante
11. Seguridad / protección	Riesgo trauma (00038)	riesgo de trauma físico
11. Seguridad / protección	Riesgo respuesta alérgica (00217)	riesgo de reacción alérgica
11. Seguridad / protección	alérgica Respuesta al látex (00041)	reacción alérgica al látex
11. Seguridad / protección	Riesgo de una respuesta alérgica al látex (00042)	reacción alérgica al látex riesgo

3,7 normalización de los términos indicadores de diagnóstico

En los tres ciclos anteriores de este libro, había una obra que estaba destinado a reducir la variación en los términos utilizados para las características definitorias, factores relacionados y factores de riesgo. Fue un intenso trabajo realizado durante el ciclo anterior de este (10a edición), con varios meses dedicados al análisis, revisión y normalización de los términos de uso. Esta tarea implicó muchas horas de análisis, búsquedas bibliográficas, discusión y consulta con expertos clínicos de diferentes especialidades.

El proceso incluyó un análisis individual de las áreas asignadas, seguido por un segundo revisor verificó que los términos en uso y recomendó recientemente de forma independiente. A continuación, los dos revisores se reunieron en persona o a través de videoconferencia de Internet, y analizaron la línea juntos fila por tercera vez. Una vez alcanzado un consenso, un tercer revisor realizó un nuevo análisis independiente de los términos utilizados y recomendados. Se discuten las diferencias hasta que se alcanzó un consenso. Después de finalizar el proceso para cada uno del diagnóstico, incluyendo la nueva y revisada, fue comenzado a un proceso de filtrado términos similares. Por ejemplo, se buscaron todos los términos con la raíz "pulmonar" para asegurar el mantenimiento de la coherencia. expresiones comunes, como los informes expresados, declara, no, inadecuado, inapropiado, excesivo, etc., también se utilizaron para el filtrado. Este proceso continúa hasta que el equipo no pudo encontrar términos adicionales que no habían sido analizadas.

El estudio continuó durante 11 Taxonomía este ciclo. Sabemos que el trabajo no se ha completado, no es perfecto y que puede haber discrepancias sobre algunos cambios realizados. Creemos, sin embargo, que estos cambios continúan mejorando los indicadores de diagnóstico, lo que hace que sean más útiles clínicamente y ofrecer un mejor diagnóstico de soporte.

Los beneficios son muchos, pero lo siguiente puede ser el más destacado:

- **Las traducciones deben ser mejoradas.** Varias de las preguntas difíciles de contestar se hicieron en años anteriores. Algunos ejemplos son:

- Cuando usted dice *falta* en Inglés, el significado es *ausencia de o insuficientes*? A menudo, la respuesta es "ambos"! Aunque la dualidad de este término puede ser aceptado en Inglés, la falta de claridad crea confusión para los profesionales que no son hablantes nativos de inglés, por lo que la traducción a los idiomas en que se emplea una palabra diferente dependiendo del significado pretendido.
- Hay una razón por la cual ciertas características que lo definen se colocan en singular, y otro diagnóstico, la misma característica aparece en plural (p. Ej., Ninguna persona [s] significativa [s], la ausencia de persona importante, la ausencia de personas significativas)?
- Hay muchos términos que son similares o que son ejemplos de otros términos usados en la terminología. Por ejemplo, ¿cuál es la diferencia entre *de color anormal de la piel* (p. g., *pálido, oscurecido*), *cambios de color*, *cianosis*, *palidez*, *cambios en el color de la piel* y *cianosis leve*? Las diferencias son importantes? Estos términos podrían combinarse en un solo término? Algunas traducciones son casi los mismos (p. Ej., *el color anormal de la piel, cambios de color, cambios en el color de la piel*); Se puede utilizar el mismo término o tiene que traducir la palabra exacta del Inglés? Es muy importante que los traductores "hacer todo lo posible" para garantizar la claridad conceptual para traducir los términos - hay una diferencia entre los términos "oscuro color de la piel" y "color de la piel cianótica," y esto puede afectar el juicio clínico de un persona.

Reducir la variación de esta manera debe simplificar el proceso de traducción, como un término / expresión se utilizará en toda la terminología para los indicadores de diagnóstico similares.

- **La claridad de las enfermeras en la práctica clínica debe ser mejorado.**

Puede ser confuso para los estudiantes y las enfermeras que trabajan en la práctica clínica cuando son términos similares, aunque con ligeras diferencias en los diferentes diagnósticos. Ellos son los mismos? Hay algunas diferencias sutiles que no entienden? ¿Por NANDA-I no es clara? Y ¿qué pasa con todos los "p. ej. "En

terminología? Ellos están ahí para enseñar, para aclarar, para enumerar todos los ejemplos posibles? Parece que hay una mezcla de las posibles razones por aparecer en la terminología.

Se dará cuenta de que muchos "p. Ej. "Se retiraron, a no ser notado que una necesidad real. "Consejos para la enseñanza" presente en paréntesis, desaparecieron también - la terminología no es el lugar para ello. Hicimos nuestro mejor esfuerzo para condensar términos y estandarizar siempre que sea posible.

- Este trabajo facilita la codificación de **indicadores de diagnóstico**, que debería permitir que sean utilizados para alimentar las bases de datos en los registros médicos electrónicos, y aumentar la disponibilidad de herramientas para apoyar las decisiones en cuanto a la precisión en el diagnóstico y su vinculación con los planes de tratamiento adecuados. Todos los términos se codifican ahora para su uso en los registros médicos electrónicos, que nos pidieron en repetidas ocasiones por diversas organizaciones y proveedores.

3.8 Introducción de "en riesgo las poblaciones" y "condiciones relacionadas"

Los lectores de este libro se darán cuenta de la utilización de estos nuevos términos en el análisis de los indicadores de diagnóstico en la mayoría de los diagnósticos: *las poblaciones en riesgo y condiciones asociadas*. Uno de los aspectos que tenemos dificultad en la terminología es la larga lista de factores relacionados, muchos de ellos no están sujetos a las intervenciones de enfermería independientes. El punto es que los datos son útiles para el diagnóstico del paciente, y se decidió que tenían que estar disponibles para las enfermeras durante su análisis de los posibles diagnósticos de enfermería. Sin embargo, ya que indican que las intervenciones deben dirigirse a los factores relacionados, hubo confusión entre los estudiantes y enfermeras que trabajan en la práctica clínica. Por lo tanto, hemos añadido dos nuevos términos a este tema para indicar claramente la información necesaria para hacer un diagnóstico, incluso si no están sujetos a las intervenciones de enfermería independientes. Los lectores encontrarán que muchos de los factores de riesgo relacionados viejos o han sido ahora re-categorizados como las poblaciones en riesgo o condiciones asociadas. Las expresiones fueron reposicionados "como lo fueron", es decir, no se llevó a cabo un nuevo trabajo conceptual; esta es una tarea que debe tomarse en el futuro.

Las poblaciones en riesgo son grupos de personas que comparten alguna característica que hace que cada miembro sea susceptible a la respuesta humana en particular, tales como las características demográficas, la historia de la salud / de la familia, etapas de crecimiento / desarrollo o la exposición a ciertos eventos / experiencias.

las condiciones asociadas Son diagnósticos médicos, lesiones, procedimientos, dispositivos médicos o agentes farmacéuticos. Estas condiciones no son modificables por la enfermera de forma independiente, aunque pueden apoyar la exactitud de los diagnósticos de enfermería.

[La falta de adherencia] RT N. En el diagnóstico original es el título " *incumplimiento* ". En inglés,

Se utiliza los términos " *incumplimiento* "(Falta de cumplimiento) y " *no adherencia* "(Falta de adhesión). Tal distinción no se refleja en portugués.

4 Gobierno y organización

4.1 Consideraciones internacionales para el uso de *diagnóstico* *Enfermería NANDA-I*

T. Heather Herdman

Como se señaló anteriormente, la NANDA Internacional, Inc., comenzó como una organización estadounidense; Por lo tanto, el diagnóstico precoz se desarrollaron principalmente por enfermeras en los Estados Unidos y Canadá. Sin embargo, en los últimos 20 a 30 años, hubo una participación creciente de enfermeras de todo el mundo, y hoy en día la lista de miembros de la NANDA-I implica enfermeras de alrededor de 40 países, y casi dos tercios de sus miembros proceden de países fuera América del Norte. el trabajo se lleva a cabo en todos los continentes con el uso de los diagnósticos de enfermería de la NANDA-I en los planes de estudio, la práctica clínica, la investigación y los programas de ordenador. El desarrollo y la mejora de los diagnósticos se producen en muchos países, y la mayoría de las investigaciones relacionadas con los diagnósticos de enfermería de la NANDA-I que sucede fuera de América del Norte.

Como reflejo de este aumento de la actividad, la contribución y uso internacional, el Norte American Nursing Diagnosis Association cambió su alcance y se convirtió en una organización internacional en 2002, cambiando su nombre a **NANDA International, Inc.** Por lo tanto, le pedimos **no se refiere a la organización como *North American Nursing Diagnosis Association* (o como en América del Norte Nursing Diagnosis Association International)** a menos que se refiere a algo que ocurrió antes de 2002 - el nombre no refleja nuestro alcance internacional, y **No es el nombre legal de nuestra organización.**

Mantenemos "NANDA" en nuestro nombre debido a su reconocimiento en

profesión de enfermería; por lo que este nombre como una marca más que un acrónimo, ya no "significa" más el nombre original de la asociación. A medida que la NANDA-I está siendo adoptado cada vez más en todo el mundo, se debe discutir cuestiones relacionadas con las diferencias de enfoque práctica de enfermería, la diversidad de los modelos de la práctica de enfermería, leyes y regulaciones diferentes, la competencia de las enfermeras y las diferencias educativas. En 2009, NANDA-I se dio cuenta de la Internacional de Reflexión reunión, que incluyó a 86 personas que representan a 16 países. En esa reunión, hubo grandes debates sobre la mejor manera de hacer frente a estas y otras cuestiones. Las enfermeras en algunos países no pueden utilizar los diagnósticos de enfermería naturaleza más fisiológicas, porque están en conflicto con el alcance actual de la práctica de estos profesionales. En otros países, las enfermeras tienen regulaciones para asegurar que todo lo que se hace en la práctica de enfermería puede demostrarse sobre la base de pruebas y, por tanto, se enfrentan a dificultades con los diagnósticos de mayor edad y / o asociada con intervenciones que no tienen apoyo en un nivel investigación sólida en la literatura. Como resultado, hubo conversaciones con líderes internacionales sobre el uso y la investigación de los diagnósticos de enfermería en busca de una manera que satisfaga las necesidades de la comunidad mundial. Estas discusiones resultaron en una decisión unánime para mantener la taxonomía como un conjunto de conocimientos intacta en todos los idiomas, para permitir que las enfermeras de todo el mundo ver, discuten y toman en cuenta los conceptos de diagnóstico en uso por los profesionales en su país y en el extranjero y participar en los debates, la investigación y la discusión acerca de la idoneidad de todos los diagnósticos. Traemos aquí una importante declaración acordada en la reunión, antes de presentar propios diagnósticos de enfermería:

No todos los diagnósticos de la NANDA-I Taxonomía son adecuados para todas las enfermeras en su práctica - y nunca fue así. Algunos son muy específicos
algunos especialidades no siendo,
necesariamente utilizado por todas las enfermeras en la práctica clínica [...] Hay diagnósticos en taxonomía que puede quedar fuera del alcance de la práctica o normas de enfermería área geográfica en la que las enfermeras trabajan.

Estos diagnósticos y / o factores de riesgo relacionados o no serían apropiados para ejercer en estas situaciones y no deben ser utilizados cuando se encuentra fuera de los estándares alcance o práctica de enfermería región geográfica. Sin embargo,

Sería apropiado

siendo visible en la taxonomía, ya que representa los juicios clínicos realizados por enfermeras *En todo el mundo, y no sólo hecha en una región o país determinado*. Todos los profesionales deben cumplir con las normas y el alcance de su práctica y trabajar con ellos de acuerdo con la ley o los reglamentos relacionados con su licencia profesional. También es importante que todas las enfermeras son conscientes de las áreas de práctica de enfermería existentes en el mundo, ya que esto añade datos a discusiones, pueden, con el tiempo, para apoyar la expansión de la práctica de enfermería en otros países. Por otro lado, estas personas pueden ser capaces de proporcionar pruebas en apoyo de la eliminación de la taxonomía diagnóstica actual, que, si no se muestra en las traducciones, probablemente no ocurriría.

Dicho esto, es importante que no se evite el uso de un diagnóstico, ya que, en opinión de un experto local o libro de texto publicado, no es adecuado. He conocido a los autores indican que las enfermeras en los sectores quirúrgicos "no pueden diagnosticar por qué no evaluar," o enfermeras en las unidades de cuidados intensivos "tienen que operar bajo un protocolo médico estricto que no incluye los diagnósticos de enfermería." Estas afirmaciones no se basan en hechos, sino que representan la opinión personal de estas enfermeras. Es importante, por lo tanto, que realmente buscan información sobre las regulaciones,

normas legislación y la práctica

profesional en su país y área de operación, en lugar de depender de decirle a una persona o un grupo de personas que pueden estar definir o describir un diagnóstico de enfermería inexacta.

Por último, las enfermeras deben identificar los diagnósticos apropiados para su área de especialización, que se encuentra dentro de su práctica o de acuerdo con las normas legales, y para la que estos profesionales son competentes. Educadores, gestores clínicos y de enfermería son clave para asegurar que las enfermeras realmente saben los diagnósticos localizados fuera del alcance de su práctica, en una región geográfica determinada. Muchos libros de texto en varios idiomas, incluyendo toda la taxonomía de la NANDA-I; En consecuencia, los diagnósticos de abstinencia

por la NANDA-I en cada país, sin duda, causar confusión importante del mundo. La publicación de la taxonomía no es así, de ninguna manera, una enfermera utilizar todos los diagnósticos que conforman; esto no es una justificación para una enfermera para actuar fuera del alcance de la licencia o regulación del ejercicio de la enfermería.

4.2 Declaraciones NANDA Internacional Posición

De vez en cuando, el Consejo de Administración de la NANDA-I tiene declaraciones de posición, a petición de los miembros o usuarios de la taxonomía. Actualmente hay dos declaraciones de posición: uno que se ocupa del uso de la Taxonomía NANDA-I como una estructura de evaluación y otro que se ocupa de la declaración de la estructura del diagnóstico de enfermería cuando son parte de un plan de atención. La NANDA-I publica estas declaraciones en un intento de evitar que otros interpreten su actitud frente a cuestiones importantes, y también para evitar interpretaciones o malentendidos.

4.2.1 Declaración posición número 1 de la NANDA Internacional

El uso de la Taxonomía II como una estructura de evaluación

evaluaciones de enfermería constituyen el punto de partida para la determinación de los diagnósticos de enfermería. Es esencial para ser utilizado en la práctica una estructura reconocida de valoración de enfermería para identificar problemas, riesgos y resultados de los pacientes * para fortalecer la salud.

La NANDA-I no aprueba un método o herramienta de evaluación individual. El uso de una estructura de enfermería basada en la evidencia como la evaluación de acuerdo con el Gordon funcional Normas de Salud, debe orientar las evaluaciones que proporcionan apoyo a las enfermeras en la determinación de los diagnósticos de enfermería de la NANDA-I. Para la determinación precisa de los diagnósticos de enfermería, una estructura de opinión y la práctica basada en la evidencia es la mejor.

* NANDA Internacional define paciente como "individuo, familia, grupo o comunidad."

4.2.2 Número 2 Declaración de posición de la NANDA Internacional

La estructura de la declaración del diagnóstico de enfermería, como parte de un plan de atención

La NANDA-I cree que la estructura de un diagnóstico de enfermería como una declaración que incluye el título del diagnóstico y los factores relacionados se evidencia mediante la definición de las características es la mejor práctica clínica y puede ser una estrategia de enseñanza eficaz. La precisión del diagnóstico de enfermería se valida cuando la enfermera puede, claramente, identificar y conectarse a las características que definen los factores relacionados y / o factores de riesgo encontrados con la evaluación del paciente ^{*} .

Si bien se reconoce como una buena práctica, puede ser que algunos sistemas de información no ofrecen esa oportunidad. enfermería liderazgo y expertos en informática de enfermería tienen que trabajar juntos para asegurar que hay soluciones en el mercado que permiten a las enfermeras para validar el diagnóstico preciso a través de la identificación clara de la declaración del diagnóstico, factores relacionados y / o de riesgo y las características que definen .

^{*} NANDA Internacional define paciente como "individuo, familia, grupo o comunidad."

4.3 Una invitación para unirse a la NANDA Internacional

Las palabras son poderosas. Nos permiten comunicar ideas y experiencias para que otros puedan participar de lo que entendemos. Los diagnósticos de enfermería ejemplifican una terminología precisa y potente que destaca y hace visible la única contribución de la enfermería a la salud mundial. Los diagnósticos de enfermería se comunican los juicios profesionales que las enfermeras hacen a diario a los pacientes, colegas, miembros de otras áreas y el público. Ellos hablan por nosotros.

4.3.1 NANDA Internacional: una organización dedicada a sus miembros

nuestra visión

NANDA International Inc. (NANDA-I) es una fuerza global para el desarrollo y el uso de una terminología estandarizada de enfermería para mejorar la atención de salud para todos.

Nuestra misión

Facilitar el desarrollo, mejora, difusión y uso de terminología estandarizada para diagnósticos de enfermería.

- Ofrecemos los principales diagnósticos de enfermería basada en la evidencia en el mundo en utilizar en la práctica y para la determinación de las intervenciones y los resultados.
- Financiamos la investigación por la NANDA-I Fundación. Somos una red mundial
- útil y motivador de las enfermeras comprometidos con mejorar la calidad de la atención profesional a través de la práctica basada en la evidencia.

nuestro propósito

El uso de los diagnósticos de enfermería fortalece todos los aspectos de la práctica de enfermería, desde que ganó el respeto profesional a garantizar la coherencia de la documentación para reembolsos.

La NANDA-I existe para desarrollar, mejorar y promover una terminología que refleja con precisión los ensayos clínicos de enfermeras. Esta perspectiva y única basada en la evidencia incluye la atención social, psicológica y espiritual.

Nuestra historia

NANDA Internacional, en sus orígenes, fue nombrado Norte American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y fue fundado en 1982. La organización surgió de la Conferencia Nacional de grupo, un grupo de trabajo establecido en la Primera Conferencia Nacional sobre la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería (primera Conferencia Nacional en la clasificación

Diagnósticos de enfermería), celebrada en St. Louis, Missouri, EE.UU., en 1973. La conferencia y el grupo de trabajo posterior promovieron la idea de la normalización de la terminología de enfermería. en

2002, relanzado como NANDA NANDA Internacional para reflejar el creciente interés internacional en el desarrollo del campo de la terminología de enfermería. Aunque no usamos más el nombre de "North American Nursing Diagnosis Asociación", ya no es apropiado para referirse a la organización, así (que no sea el uso correcto de la North American Nursing Diagnosis Asociación, Internacional), excepto en la cita anterior

2002 mantuvo "NANDA" como el nombre de la marca en nuestro nombre, debido a su reconocimiento internacional como líder en la terminología de los diagnósticos de enfermería.

En esta edición, los diagnósticos NANDA-I 244 aprobados para uso clínico, pruebas y refinamiento. Un análisis de procesos y diagnóstico de clasificación dinámica internacional aprueba y actualiza los términos y definiciones de las respuestas humanas identificadas.

La NANDA-I tiene las redes internacionales en países como Brasil, Colombia, Ecuador, Italia, México, Nigeria, Ghana, Perú y Portugal, así como un grupo de alemán; otros países, especialidades y / o interesados en lenguas forman una red con el debería hacer contacto NANDA-I con el CEO / **Director Ejecutivo de la NANDA-I a través de correo electrónico execdir@nanda.org** . El Nanda-I también tiene vínculos de colaboración con la terminología de enfermería de empresas de todo el mundo, tales como la Sociedad Japonesa de Diagnósticos de Enfermería (JSND), la Asociación para el Diagnóstico de Enfermería europeos comunes,

Intervenciones y los resultados (ACENDIO), la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y de diagnóstico Enfermería (AENTDE), la Asociación francófono Européenne des Résultats infirmiers Diagnostics intervenciones (AFEDI), así como publicaciones tales como *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* y *Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)*.

El compromiso de la NANDA Internacional

La NANDA-I se basa organización, dedicada a sus miembros y comprometida con el desarrollo de la terminología de los diagnósticos de enfermería. El resultado deseado de trabajo de la asociación es ofrecer a las enfermeras en todos los niveles y áreas, una terminología estandarizada de enfermería con el que puede:

- Nombre respuestas humanas reales o potenciales a los problemas de salud y los procesos de la vida.
- Desarrollar, mejorar y difundir la terminología basada en la evidencia, juicios clínicos representativos realizados por enfermeras.
- Facilitar el estudio de los fenómenos que afectan a las enfermeras para mejorar la atención al paciente, la seguridad y los resultados obtenidos, mediante el cual las enfermeras son responsables.
- Documentar el cuidado de modo que no es el reembolso de los servicios de enfermeras.
- Contribuir al desarrollo de la tecnología de la información y las normas de información, asegurando la inclusión de términos de enfermería en los registros médicos electrónicos.

La terminología de enfermería es fundamental para definir el futuro de la práctica de enfermería y para hacer que los estudios de enfermería están representados en el paciente - el liderazgo global de la NANDA-I en este esfuerzo. Únete a nosotros y participar en este proceso emocionante.

oportunidades de participación

La participación de los miembros de la NANDA-I es fundamental para el crecimiento y desarrollo de la terminología de enfermería. Hay varias oportunidades de participación en comités, además del desarrollo, uso y mejora de diagnóstico e investigación. También hay oportunidades de trabajo en las conexiones internacionales y la formación de redes de trabajo con los líderes de enfermería.

4.3.2 ¿Por qué unirse a la NANDA-I?

Redes profesionales que trabajan

- Las relaciones profesionales se construyen a través del trabajo en los comités, participan en nuestras numerosas conferencias y Diagnóstico de Enfermería foro de discusión, y contactos a través de nuestro directorio de miembros en línea.
- El número de miembros de la red Grupos NANDA-I Conectar colegas de un país, de una región, idioma o especialidad de enfermería. La contribución y logros profesionales son reconocidos por nuestros premios (Premio Fundadores, Premio Mentores, el Premio del Premio Único de Contribuyente y Editor). Se ofrecen premios de investigación de financiación por la NANDA-I Fundación.
- *Fellows* Se identifican por la NANDA-I como líderes en enfermería con experiencia en la terminología de enfermería en áreas tales como la educación, la administración, la práctica clínica, la información y la investigación.

medio

- Los miembros reciben una suscripción gratuita a nuestra publicación científica *en línea* la *Diario Internacional del Conocimiento de Enfermería* (IJNK). El IJNK comunica esfuerzos y ejecución de lenguaje de enfermería estandarizado a nivel mundial para el desarrollo. la *sitio web* NANDA-I ofrece recursos para el desarrollo,
- mejora y presentación de diagnósticos de enfermería, actualizaciones Taxonomía de la NANDA-I y el directorio de suscripción en línea.

Beneficios para los miembros

- Los miembros reciben descuentos en las publicaciones en Inglés taxonomía de la NANDA-I, incluidas las versiones impresas y electrónicas de *Diagnóstico de enfermería NANDA-I*.
- Nos hemos asociado con organizaciones que ofrecen productos / servicios de interés para la comunidad de enfermeras, con precios ventajosos para los miembros. Descuentos para los miembros se aplican a nuestra conferencia cada dos años, y los productos de la NANDA-I, tales como camisetas y bolsas. Nuestros honorarios para los miembros regulares se basan en la
- clasificación de países realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esperamos que esto permitirá que más personas interesadas en la NANDA-I del trabajo involucrado en la definición de la dirección de la organización.

Cómo convertirse en un miembro

visita www.nanda.org para obtener más información y orientación para convertirse en un miembro.

4.3.3 ¿Quién está usando la taxonomía de la NANDA-I?

- ¿Quién tiene compatibilidad con la Organización Internacional de Normalización (ISO)
- Que está registrado en el HL7 Internacional ¿Quién tiene
- acceso a SNOMED-CT
- ¿Quién tiene compatibilidad con el Sistema Único de lenguaje médico que utiliza la terminología reconocida por la American Nurses Association taxonomía de la NANDA-I está actualmente disponible en idiomas como el alemán, euskera, chino, español (ediciones europeas en español y español de América), estonio, francés, holandés, Inglés, italiano, japonés, indonesio (bahasa), portugués, sueco y checo.

Para obtener más información y para convertirse en un miembro, visita *sitio web* NANDA-I en www.nanda.org

Parte 2

Aspectos teóricos de diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional

5 Fundamentos del diagnóstico de enfermería

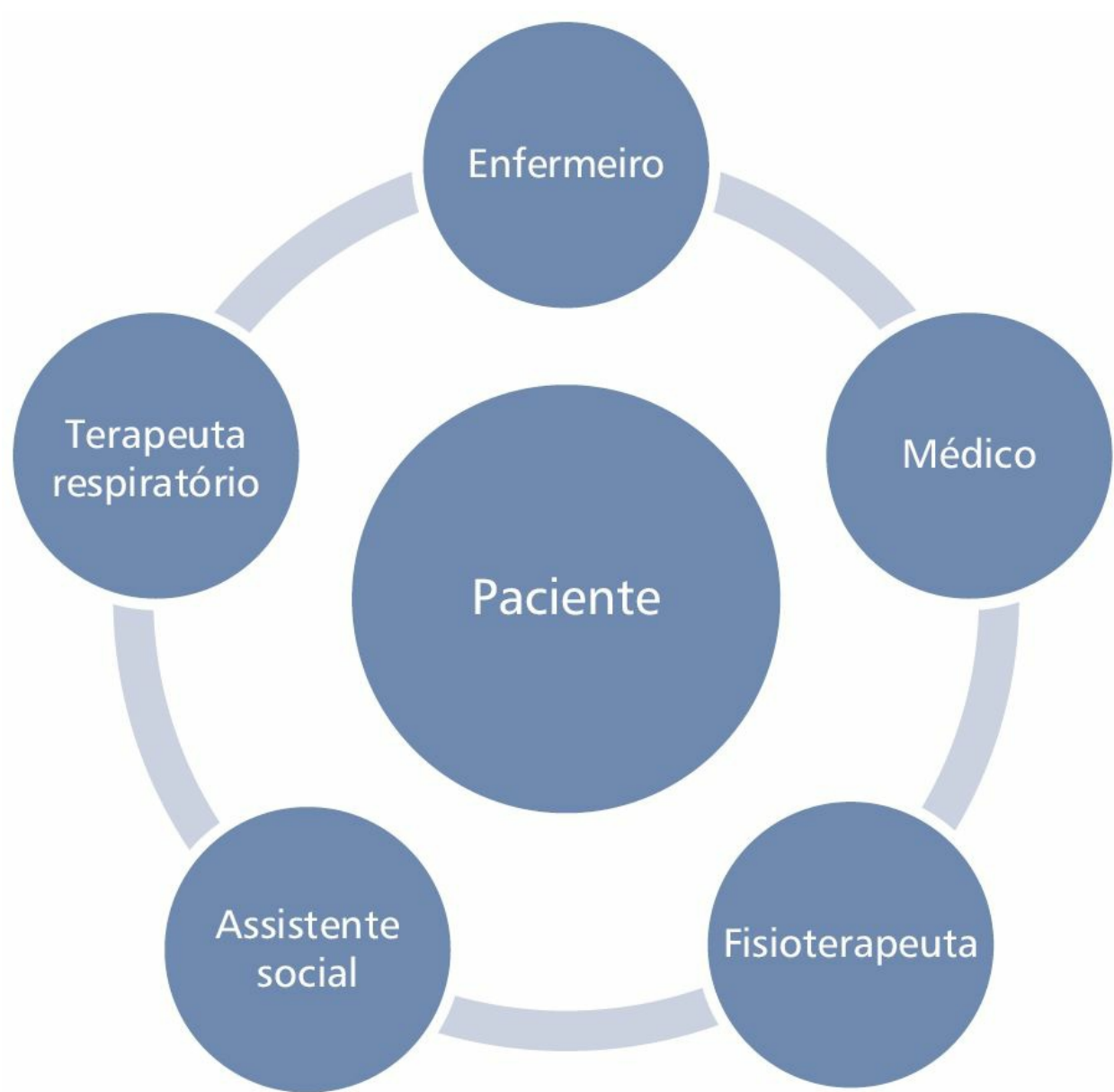
Susan Gallagher-Lepak

5.1 Introducción

cuidado de la salud se lleva a cabo por diversos tipos de profesionales, entre médicos, enfermeras y terapeutas físicos, entre otros. Esto sucede en los hospitales y otros lugares en la cadena de atención (p. Ej., Clínicas, atención a domicilio, centros de atención a largo plazo, iglesias, prisiones). Cada disciplina de la salud aporta un conjunto único de conocimientos para el cuidado del paciente. De hecho, un conjunto único de conocimiento es una característica clave para una profesión.

Es la cooperación y, a veces superpuestos, entre los profesionales de la salud (▶ Fig. 5.1). Por ejemplo, el médico en un hospital puede instruir al paciente a caminar dos veces al día. El terapeuta se centra en los músculos y los principales movimientos requeridos para caminar. Puede haber participación de un terapeuta respiratorio si se usa la terapia de oxígeno para el tratamiento de una afección respiratoria. La enfermera tiene una visión holística del paciente, incluyendo el equilibrio y la fuerza muscular asociada a caminar, así como la confianza y la motivación. El trabajador social puede involucrarse con el plan de salud para ayudar con la cobertura de algunos equipos necesarios.

Figura 5.1 Ejemplo de un equipo de asistencia sanitaria cooperativa.



Cada profesión en el cuidado de la salud es una manera de describir " **Qué "Y sabe" como "Hechos** en relación con la reunión. En este capítulo se concentra básicamente en "lo que" la profesión sabe. Una profesión puede tener un lenguaje común que se utiliza para describir y codificar sus conocimientos. Los médicos tratan las enfermedades y el uso de la taxonomía

Clasificación Internacional de Enfermedades (CID) para la representación y codificación de problemas médicos tratado. Psicólogos, psiquiatras y otros profesionales de la salud mental el tratamiento de trastornos mentales y el consumo

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). Las enfermeras tratan a las respuestas humanas a los problemas y / o procesos de la vida y la salud utilizan la taxonomía de diagnósticos de enfermería de la NANDA International, Inc. (NANDA-I). Una taxonomía de diagnósticos de enfermería y el proceso de cómo usarla se describen con más detalle.

La Taxonomía NANDA-I proporciona una manera de clasificar y categorizar las áreas de interés de una enfermera (es decir, el foco de diagnósticos). Cuenta con 244 diagnósticos de enfermería, agrupados en las zonas 13 y 47 de clase. Según el Diccionario de Cambridge en línea (2017), un dominio es "un área de interés"; ejemplos de áreas en Taxonomía

la NANDA-I incluyen Actividad / descanso, Hacer frente / tolerancia al estrés, la eliminación y el intercambio y la Nutrición. Las áreas se dividen en clases, que son grupos con atributos comunes.

Las enfermeras se ocupan de las respuestas a los problemas de salud / procesos de la vida entre los individuos, familias, grupos y comunidades. Estas respuestas son la preocupación central de los cuidados de enfermería y toman el círculo asignado a la profesión en ► Figura 5.1. Un diagnóstico de enfermería se puede centrar en un problema, una promoción del estado de salud o un riesgo potencial.

- **El diagnóstico se centró en un problema** - un ensayo clínico con respecto a una *respuesta humana indeseable* una condición de salud / proceso de la vida que existe en un individuo, familia, grupo o comunidad.
- **el diagnóstico del riesgo** - un juicio clínico sobre la *susceptibilidad* de un individuo, familia, grupo o comunidad para el desarrollo de una respuesta humana no deseado a una condición de proceso salud / vida.
- **diagnóstico promoción de la salud** - un juicio clínico sobre la *motivación es de Deseo* para aumentar el bienestar y lograr potencial para la salud humana. Estas respuestas se expresan como una disposición a mejorar los comportamientos de salud específicos y pueden ser utilizados en cualquier estado de la salud. En las personas que no pueden expresar su propia voluntad de mejorar los comportamientos de salud, las enfermeras pueden determinar la existencia de una condición de promoción de la salud y actuar

para el beneficio del individuo. respuestas de promoción de la salud pueden manifestarse en un individuo, familia, grupo o comunidad.

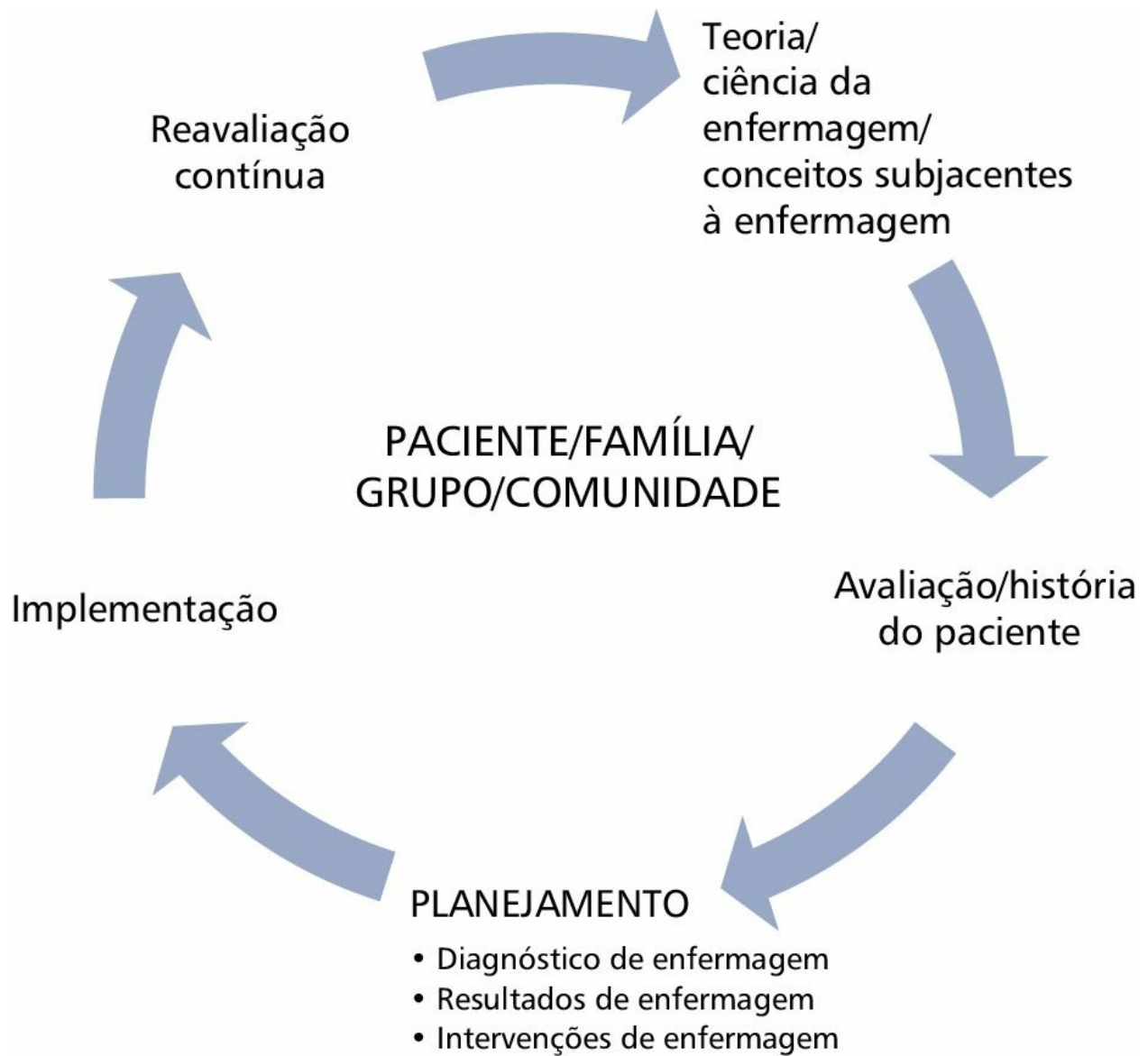
Aunque en número limitado de Taxonomía de la NANDA-I una **síndrome** puede estar presente. Un síndrome es un juicio clínico para un determinado *grupo de diagnósticos de enfermería* que ocurren al mismo tiempo y se tratan mejor mediante intervenciones similares. Un ejemplo es *síndrome dolor crónico* (00255). El dolor crónico es un dolor recurrente o persistente que dura por lo menos tres meses y afectar considerablemente al funcionamiento o diariamente el bienestar. Este síndrome se distingue de dolor crónico, ya que también tienen un gran impacto en otras respuestas humanas, incluyendo, por lo tanto, otros diagnósticos, como

alteración en los patrones de sueño (00198), *fatiga* (00093), *deterioro de la movilidad física* (00085) o *aislamiento social* (00053).

5.2 Como enfermera (o estudiante de enfermería) diagnosticados?

El proceso de enfermería incluye la evaluación del paciente, diagnóstico de enfermería, planificación, establecimiento de resultados, la intervención y la reevaluación continua (▶ Fig. 5.2). Enfermeras utilizan la evaluación y juicio clínico para hacer suposiciones o explicaciones de los problemas, riesgos y / o oportunidades de promoción de la salud que se presentan. Todos estos pasos requieren el conocimiento de los conceptos subyacentes a la ciencia de la enfermería antes de identificar patrones en los datos clínicos o la elaboración de un diagnóstico preciso.

Figura 5.2 El proceso de enfermería modificado. (Adaptado Herdman, 2013.)



5.3 La comprensión de los conceptos de enfermería

Antes de iniciar la evaluación del paciente, es necesario conocer los conceptos clave, o se centra de diagnósticos de enfermería. Los ejemplos de conceptos importantes para la práctica de enfermería incluyen respiración, la eliminación, la termorregulación, la comodidad física, el cuidado personal y la integridad de la piel. La comprensión de estos conceptos permite a las enfermeras para identificar patrones en los datos y hacer un diagnóstico preciso. áreas importantes para entender el concepto de dolor, por ejemplo, incluyen manifestaciones de dolor, dolor teorías, las poblaciones de riesgo, conceptos fisiopatológicos relacionados (fatiga, depresión) y el control del dolor. Usted debe entender completamente los conceptos clave, también, para distinguir el diagnóstico. Por ejemplo, para entender aspectos de la respiración, una enfermera debe entender primero los conceptos básicos de la ventilación, el intercambio de gases y el patrón de respiración. Frente a los problemas que pueden ocurrir en relación con *ventilación* la enfermera se enfrentará el diagnóstico *alteración de la ventilación espontánea* (00033) y

respuesta disfuncional al destete (00034); se refiere al intercambio de gases puede conducir a un diagnóstico profesional *intercambio deterioro de gas* (00.030), mientras que los aspectos del patrón de respiración pueden conducir al diagnóstico de *patrón de respiración ineficiente* (00032). Como se puede ver, aunque cada uno de estos diagnósticos se relaciona con el sistema respiratorio, no todos se refieren al mismo concepto central. Por lo tanto, la enfermera puede recoger una cantidad significativa de datos, pero sin suficiente comprensión de los conceptos centrales de la ventilación, el intercambio de gases y el patrón de respiración, puede haber sido omitido los datos necesarios para el diagnóstico preciso, y los patrones en los datos señalados no pueden ser reconocidos.

5.4 Evaluación del paciente

La evaluación del paciente consiste en la recogida de los datos subjetivos y objetivos (p. Ej., signos vitales, entrevista con el paciente / familia, el examen físico), así como un análisis de la información histórica proporcionada por el paciente / familia, o que están en su carta . Las enfermeras también recogen datos sobre los elementos positivos del paciente / familia (para identificar las oportunidades de promoción de la salud) y riesgos (para la prevención o el aplazamiento de problemas potenciales). Las evaluaciones pueden estar basadas en la teoría de enfermería en particular, ya que las teorías desarrolladas por Florence Nightingale, Wanda Horta o Sor Callista Roy, o un marco de evaluación estandarizada como los patrones funcionales de salud, Marjory Gordon.

La base de un diagnóstico de enfermería es el razonamiento clínico. Este razonamiento implica el uso de un criterio clínico para decidir lo que está mal con el paciente, así como una toma de decisiones clínicas con respecto a lo que hay que hacer (Levett-Jones et al., 2010). El ensayo clínico es "una interpretación o conclusión acerca de las necesidades, las preocupaciones o problemas de salud de un paciente, y / o la decisión de actuar (o no)" (Tanner, 2006, p. 204). Los temas clave, o centro de diagnóstico, pueden ser ya evidente en la evaluación inicial del paciente (p. Ej., cambio en la integridad de la piel, la soledad) y permitir que las enfermeras para iniciar el proceso de diagnóstico. Por ejemplo, un paciente puede quejarse de dolor y / o agitación pantalla mientras que el apoyo una parte del cuerpo. La enfermera reconoce el malestar del individuo sobre la base de su cuenta y / o su comportamiento frente al dolor. Enfermeras con más experiencia pueden identificar rápidamente los indicadores clínicos de racimos de los datos identificados y progresar sin esfuerzo para el diagnóstico de enfermería. Enfermeras empezar utilizan un proceso más secuencial para determinar los diagnósticos de enfermería adecuados.

La reflexión sobre la práctica realizada por una enfermera en los Estados Unidos: "En la escuela de enfermería, creado varios planes de atención elaboradas en torno a los diagnósticos de enfermería [...] En el Día 1 de la actividad clínica, se analiza el registro del paciente en nos encontramos con él e hicimos la evaluación inicial para luego desarrollar un plan de atención a la que nos iniciar y / o continuaríamos en el Día 2".

diagnóstico 5.5 de enfermería

Un diagnóstico de enfermería es un ensayo clínico en una respuesta humana a las condiciones de salud / procesos de la vida, o la vulnerabilidad ante tal respuesta de un individuo, una familia, un grupo o una comunidad (NANDA-I, 2013). El diagnóstico de enfermería por lo general consta de dos partes: (1) descriptor o modificador y (2) el diagnóstico de enfoque o concepto clave del diagnóstico (▶ Tab. 5.1). Hay algunas excepciones en las que un diagnóstico de enfermería es sólo una palabra, como en *ansiedad* (00146),

estreñimiento (00011), *fatiga* (00093) y *náuseas* (00134). Estos diagnósticos, modificador y el enfoque son inherentes a un único término.

tabla 5.1 Título partes de un diagnóstico de enfermería

negrita + [Modifier] patrón de respiración diagnóstico Focus entre corchetes
[ineficaz] [Riesgo] volumen de líquido estreñimiento [pobres]
integridad de la piel [deteriorado] [Disposición a] resiliencia
[mejorado]

Enfermeras diagnosticar problemas de salud, los estados de riesgo y la voluntad de promover la salud. Diagnóstico centradas en el problema no debe ser visto como más importante que el riesgo. A veces un diagnóstico de riesgo puede ser la más alta prioridad para un paciente. Un ejemplo puede ser un paciente con diagnósticos de enfermería

intolerancia a la actividad (00092), *deterioro de la memoria* (00131), *provisión de mejora de la salud para el control* (00162) y *riesgo de caídas* (00155), y el hecho de que recientemente se ha admitido en una institución de cuidados especiales. aunque *intolerancia a la actividad* y *deterioro de la memoria* el diagnóstico se centran en el problema, *riesgo de caídas* Puede ser, para el paciente, el diagnóstico primario, especialmente cuando la persona tiene que adaptarse a un nuevo entorno. Tal situación puede ser especialmente cierto cuando los factores de riesgo identificados en la evaluación (p. ej., problemas de visión,

dificultades para caminar, historia de caídas y una mayor ansiedad con el cambio de medio ambiente).

Cada diagnóstico de enfermería tiene un título y una definición clara. Es importante informar que sólo el título o una lista de títulos no es suficiente. La clave es que las enfermeras saben las definiciones de diagnósticos generalmente utilizados. También deben saber los "Indicadores de diagnóstico" - información que se utilizan para diagnosticar y distinguir un diagnóstico de otro. Estos diagnósticos incluyen indicadores **que definen características y factores relacionados o de riesgo** (▶ Tab. 5.2). la

definición de las características son indicadores / inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico (p. ej., signos o síntomas). Una evaluación para identificar la presencia de una serie de características que definen compatible con la precisión del **diagnóstico de enfermería. la factores relacionados** Son un componente que integra todos los diagnósticos de enfermería se centra en el problema. Incluir causas, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico de enfermería (p. Ej., Causa, factor que contribuye). Un análisis de la historia de la paciente a menudo es útil para identificar los factores relacionados. Siempre que sea posible, las intervenciones de enfermería deben recurrir a estos factores etiológicos para la eliminación de la causa subyacente del diagnóstico de **enfermería. la factores de riesgo** son influencias que aumentan la vulnerabilidad de los individuos, familias, grupos o comunidades a un evento poco saludable (p. ej., ambientales, psicológicos, genéticos). En esta nueva edición de *Diagnóstico de enfermería NANDA-I* las categorías de "personas en situación de riesgo" y "condiciones asociadas" son los nuevos **diagnósticos de enfermería en estas categorías que se aplican** (véase ▶ Tab. 5.2). las poblaciones de riesgo son grupos de personas que comparten características que conducen a cada uno decidido a ser susceptibles a la respuesta humana. Por ejemplo, las personas con edades extremas pertenecen a una población en riesgo que las acciones de aumento de la susceptibilidad a la mala volumen de líquidos. Las condiciones asociadas son diagnósticos médicos, lesiones, procedimientos, dispositivos médicos o agentes farmacéuticos. Las condiciones no son susceptibles de cambiar de forma independiente por una enfermera. Ejemplos de condiciones asociadas incluyen infarto de miocardio, productos farmacéuticos o procedimiento quirúrgico. Los datos de las poblaciones en riesgo las categorías y las condiciones asociadas son importantes, ya

usualmente recogida durante la evaluación, y puede ayudar a las enfermeras para examinar y confirmar los diagnósticos posibles. Sin embargo, tienen el mismo objetivo que las características definitorias y factores relacionados, ya que las enfermeras no pueden cambiar o afectar de forma independiente estas categorías. Más información se puede encontrar en la sección "Preguntas más frecuentes" (p. 107) y en la sección de información "Cambios y revisiones" (p. 4).

tabla 5.2 Resumen de los términos clave

plazo	Descripción corta
diagnóstico de enfermería	Problema, riesgo potencial o identificados en persona, familia, grupo o comunidad
característica que define	Signo o síntoma (indicadores objetivos o subjetivos)
factor relacionado	Causas o factores contribuyentes (factores etiológicos)
factor de riesgo	Determinar (mayor riesgo)
Población en grupos de riesgo	de las personas que comparten alguna característica que hace que cada miembro sea susceptible de cierta respuesta humana. Estas características no son modificables por la enfermera.
diagnósticos médicos asociados	condición, lesiones, procedimientos, dispositivos o agentes médicos farmacéuticos. Estas condiciones no son modificables por la enfermera de forma independiente.

Un diagnóstico de enfermería no necesita contener todos los tipos de indicadores de diagnóstico (es decir, características definitorias, factores relacionados y / o factores de riesgo). Diagnóstico centradas en el problema contienen características definitorias y factores relacionados. diagnósticos promoción de la salud a menudo tienen sólo las características que definen, aunque pueden usarse factores relacionados, si facilitan la comprensión del diagnóstico. Los factores de riesgo sólo existen en diagnósticos de riesgo.

Un formato que se utiliza comúnmente en el aprendizaje de los diagnósticos de enfermería inclui_____ [diagnóstico de enfermería] relacionada con _____ [causas / factores relacionados] evidenciadas por _____ [síntomas / características que definen]. Por ejemplo, *tensión de rol cuidador relacionado a las responsabilidades del cuidado 24 horas del día, la complejidad de las actividades de atención y estado precario de salud*

cuidado de los receptores demuestra dificultad para realizar las actividades necesarias, la preocupación con la atención habitual, la fatiga y cambios en los patrones de sueño. En función de los registros de los establecimientos de salud electrónicos particulares, los componentes "en relación con" y "demuestra" pueden no estar incluidos. Esta información, sin embargo, debe ser reconocido en los datos recogidos y registrados en el registro del paciente que se ofrecerá apoyo al diagnóstico de enfermería. Sin estos datos, es imposible confirmar la exactitud del diagnóstico, lo que pone en duda la calidad de los cuidados de enfermería.

La reflexión sobre la práctica realizada por una enfermera en los Estados Unidos: "los diagnósticos de enfermería se utilizan en el suelo de la recuperación aguda del hospital donde trabajo. Se requiere el uso de registros médicos electrónicos y registros de planes de cuidados de enfermería en todo momento y para todas las enfermeras. El sistema electrónico contiene 31 diagnósticos de enfermería precargados disponible para la opción de enfermería basado en la evaluación del paciente. Hay espacios vacíos adicionales para que las enfermeras entran otros diagnósticos. Los ejemplos incluyen precargado de diagnóstico *riesgo de caídas, riesgo de infección, volumen excesivo de líquido y El dolor agudo*. La enfermera que comienza el plan de atención también debe registrar que el problema está relacionado con la meta, el período, las intervenciones y los resultados. Cada vez, la enfermera jefe tiene la opción de hacer clic en 'continuar con el plan de atención', 'revisar el plan de atención' o 'terminado' ".

5.6 Planificación / intervención

Una vez que se identifican el diagnóstico, se debe dar prioridad diagnósticos seleccionados para determinar cuáles son las prioridades de atención. alta prioridad diagnósticos de enfermería necesitan ser identificados (es decir, necesidad urgente, los diagnósticos con un alto nivel de consistencia con las características definitorias, factores relacionados o de riesgo), para que la atención puede ser dirigida a la solución de estos problemas o reducir la gravedad o riesgo de aparición (en el caso de diagnósticos de riesgo). Los diagnósticos de enfermería se utilizan para identificar los resultados deseados de la atención y planificar la secuencia de las intervenciones específicas de enfermería. Un resultado de la enfermería se refiere a un estado, el comportamiento o la percepción del individuo, familia, grupo o comunidad, medición de la respuesta (s) intervención (s) de enfermería (Centro de enfermería Clasificación y Efectividad Clínica [CNC], sf). la

Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) es un sistema que se puede utilizar para seleccionar las medidas de resultado relacionadas con el diagnóstico de enfermería. En general, las enfermeras pasan por error la derecha desde el diagnóstico hasta la intervención sin analizar los resultados deseados. Sin embargo, los resultados deben ser identificados antes de la determinación de la intervención y los objetivos declarados. El fin de este proceso es similar a la planificación de un viaje. Basta con entrar en un coche y conducir por supuesto, tendrá la persona en algún lugar, pero este lugar no puede ser objetivo de que la persona buscada. Lo mejor es que, en primer lugar, tener en cuenta un lugar claro (resultado) y luego elegir una ruta (intervención) para llevar a la persona a la ubicación deseada.

Define una intervención como "cualquier tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que una enfermera realiza para mejorar los resultados del paciente / cliente" (CNC, sd). la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* es una taxonomía de intervenciones que las enfermeras pueden utilizar en diversos lugares de servicio. Usando el conocimiento de enfermería, profesionales realizan intervenciones tanto independientes como interdisciplinario. intervenciones interdisciplinarias se superponen a la atención proporcionada por otros profesionales de la salud (p. ej., médicos, terapeutas respiratorios y fisioterapeutas). Por ejemplo,

control de la glucemia es un concepto importante para las enfermeras, *riesgo inestable de glucosa en sangre* (00179) es un diagnóstico de enfermería, enfermeras y poner en práctica las intervenciones de enfermería para tratar esta condición. la

la diabetes mellitus, por comparación, es un diagnóstico médico; sin embargo, las enfermeras realizan intervenciones independientes e interdisciplinarios en los pacientes con diabetes que tienen varios tipos de problemas o estados de riesgo. Ver la Enfermería Práctica modelo tripartita de Kamitsuru (Pág. 107).

La reflexión sobre la práctica realizada por una enfermera en Brasil: "Los diagnósticos de enfermería se emplean en el lugar donde trabajo, que es una UCI (unidad de cuidados intensivos) para adultos a nivel hospital universitario 2. Se utilizó un sistema de registros médicos electrónica, con conexiones entre NANDA-NIC-NOC a la documentación del proceso de enfermería. La evaluación comienza con la inserción de los datos del paciente en cuestionarios estandarizados, generando hipótesis diagnósticas de precargado NANDA-I, que será validado por la enfermera o eliminado. Todavía hay espacios en blanco donde las enfermeras se insertan otros diagnósticos. Algunos diagnósticos incluyen precargados

de falta de protección, autocuidado baño de déficit, la perfusión tisular ineficaz: cardiopulmonar, intercambio de gas deteriorado, riesgo de azúcar en la sangre inestable, disminución del gasto cardíaco y riesgo de infección. A continuación, el sistema genera posibles resultados de la NOC para cada diagnóstico, y la enfermera decide lo que es más sus objetivos. A continuación, el sistema propone actividades e intervenciones de la NIC para que las enfermeras hacen su elección como un plan de atención. Cada turno o deber, diagnósticos de enfermería, se revisan como mejorado, empeorado, o resueltos sin cambios. "

5.7 Reevaluación continua

Un diagnóstico de enfermería "constituye la base para la selección de las intervenciones de enfermería para lograr resultados, que son responsabilidad de las enfermeras" (NANDA-I, 2013). El proceso de enfermería generalmente describe sus etapas secuencialmente; Sin embargo, en la realidad, una enfermera utiliza los pasos en un movimiento de ida y vuelta. Los profesionales se mueven entre la evaluación y el diagnóstico del paciente, por ejemplo, cuando los datos adicionales se recogen y se agrupan en patrones significativos, y que se evalúa la precisión del diagnóstico. Del mismo modo, la efectividad de las intervenciones y la escala de los resultados identificados están continuamente re-evaluado como el paciente tiene una condición investigada. En última instancia, debe haber una reevaluación continua en cada paso del proceso de enfermería, y puesto en práctica tan pronto como el plan de atención. Las diversas cuestiones que deben tenerse en cuenta son: "¿Qué datos no reconocía? Estoy haciendo un juicio inapropiado? ¿Qué tan seguro estoy en relación con este diagnóstico? Tengo que consultar a alguien con más experiencia? Confirmado el diagnóstico con el paciente / familia / grupo / comunidad? Los resultados se exponen apropiada para el paciente, en este lugar de servicio, teniendo en cuenta la realidad de su condición y de los recursos disponibles? Las intervenciones se basan en la evidencia de la investigación o de la tradición (p. Ej., 'Lo que siempre hacemos')"? "¿Qué datos no reconocía? Estoy haciendo un juicio inapropiado? ¿Qué tan seguro estoy en relación con este diagnóstico? Tengo que consultar a alguien con más experiencia? Confirmado el diagnóstico con el paciente / familia / grupo / comunidad? Los resultados se exponen apropiada para el paciente, en este lugar de servicio, teniendo en cuenta la realidad de su condición y de los recursos disponibles? Las intervenciones se basan en la evidencia de la investigación o de la tradición (p. Ej., 'Lo que siempre hacemos')"? "¿Qué datos no reconocía? Estoy haciendo un juicio inapropiado? ¿Qué tan seguro estoy en relación con este diagnóstico? Tengo que consultar a alguien con más experiencia? Confirmado el diagnóstico con el paciente / familia / grupo / comunidad? Los resultados se exponen apropiada para el paciente, en este lugar de servicio, teniendo en cuenta la realidad de su condición y de los recursos disponibles?

5.8 El uso de un diagnóstico de enfermería

Esta descripción de los fundamentos del diagnóstico de enfermería, aunque se centró en los estudiantes de enfermería y enfermeras temprano en sus carreras que están aprendiendo a utilizar un diagnóstico, puede beneficiar a todos los profesionales, ya que pone de relieve los pasos críticos del uso de diagnósticos y proporciona ejemplos de áreas que puede producirse un diagnóstico incorrecto. Un aspecto que hay que destacar de forma continua, por ejemplo, incluye el proceso de vincular el conocimiento de los conceptos subyacentes de la valoración de enfermería

y luego el diagnóstico de enfermería. Cómo entender las enfermeras los conceptos clave (o focos de diagnósticos) dirige el proceso de evaluación del paciente y la interpretación de los datos. Del mismo modo, las enfermeras diagnosticar problemas, estados de riesgo y la voluntad de promover la salud. Cualquiera de estos tipos de diagnóstico puede ser la prioridad, y la enfermera que hace que este ensayo clínico.

En representación del conocimiento de la ciencia de enfermería, la taxonomía proporciona el marco para un lenguaje estandarizado de la comunicación de los diagnósticos de enfermería. Utilizando la terminología de la NANDA-I (es decir, el diagnóstico propio), las enfermeras son capaces de comunicarse entre sí y con profesionales de otras disciplinas de la salud sobre "qué" hace que la enfermería único. El uso de los diagnósticos de enfermería en nuestras interacciones con el paciente o la familia puede ayudar a comprender los problemas que son el foco de enfermería y se involucran los individuos en su propio cuidado. La terminología proporciona un lenguaje común para las enfermeras frente a los problemas de salud, los estados de riesgo y la voluntad de promover la salud. Los diagnósticos de enfermería de la NANDA-I se utilizan a nivel internacional, con traducciones en 20 idiomas. En un mundo cada vez más globalizado y electrónicos, la NANDA-I también permite a las enfermeras que participan en la investigación académica que se comunican sobre los fenómenos que afectan a la zona, textos y conferencias, de forma estandarizada, lo que lleva a la ciencia de enfermería para evolucionar.

Los diagnósticos de enfermería son revisados por pares y enviado a la aceptación / revisión de la NANDA-I por las enfermeras en la práctica clínica, enfermeras, educadores e investigadores de todo el mundo. La presentación de la nueva

las revisiones de diagnóstico y / o de diagnóstico existentes continuaron creciendo en número en más de 40 años de la terminología de los diagnósticos de enfermería de la NANDA-I. Mantener el proceso de envío (Revisión) NANDA-I fortalecer aún más el alcance, la extensión y la terminología elementos de prueba.

5.9 Breve resumen del capítulo

En este capítulo se describen los tipos de diagnósticos de enfermería (es decir, se centra en el problema, riesgo, promoción de la salud, síndrome), y los pasos del proceso de enfermería. El proceso de enfermería comienza con una comprensión de los conceptos subyacentes a la ciencia de la enfermería, seguido por la evaluación del paciente, que consiste en la recogida y cotejo de datos en patrones significativos. El diagnóstico de enfermería, las fases siguientes del proceso consiste en el ensayo clínico en una respuesta humana a una condición de salud o el proceso de la vida, o una vulnerabilidad a la respuesta de un individuo, familia, grupo o comunidad. Los componentes del diagnóstico de enfermería se discutieron en este capítulo, incluyendo el título, la definición y los indicadores de diagnóstico (es decir, características que definen, los factores relacionados, factores de riesgo, las poblaciones en riesgo y las condiciones asociadas). Mientras que la evaluación de un paciente suele generar diversos diagnósticos de enfermería, la priorización es necesario, y se dirigirá la atención de enfermería. Los próximos pasos importantes en el proceso de enfermería incluyen la identificación de los resultados y las intervenciones de enfermería. Hay una reevaluación continua en cada paso del proceso y su finalización.

5:10 Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Quinta ed.

Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013. Disponible en: dsm.psychiatryonline.org Cambridge University Press. *Cambridge*

Diccionario en línea. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University

prensa; 2017. Disponible en: <http://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/>

Centro de enfermería Clasificación y Efectividad Clínica (CNC), Universidad de Iowa Colegio de

Enfermería. ND *Descripción general: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Disponible en: [www.nursing.uiowa](http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-interventions-classification-overview)

[wa.edu/cncce/nursing-interventions-classification-overview](http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-interventions-classification-overview)

Centro de enfermería Clasificación y Efectividad Clínica (CNC), Universidad de Iowa Colegio de

Enfermería. ND *Descripción general: Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Disponible en: [www.nursing.uiowa.edu / cncce /](http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/enfermeria-resultados-clasificacion-descripcion-general)

[enfermeria-resultados-clasificacion-descripcion-general](http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/enfermeria-resultados-clasificacion-descripcion-general)

TH Herdman. *manejo de casos de diagnóstico empleando enfermería de la NANDA Internacional*

[La gestión de casos utilizando los diagnósticos de enfermería NANDA Internacional]. XXX Congreso FEMAFEE

2013. Monterrey, México

Levett-Jones T, Hoffman K, Dempsey J, et al. Los "cinco derechos" de razonamiento clínico: una educativa

modelo para mejorar la capacidad del estudiante de enfermería para identificar y manejar clínicamente 'en riesgo' los pacientes. *Hoy enfermera Educ*. 2010;

30 (6): 515-520

NANDA Internacional (NANDA-I). Enfermería definición diagnóstico. En: Herdman TH, Kamitsuru S, eds.

Los diagnósticos NANDA Internacional de enfermería: Definiciones y Clasificación, 2012-2014. Oxford: Wiley; 2013: 464

Tanner CA. Pensando como una enfermera: un modelo basado en la investigación del juicio clínico en enfermería. *J Nurs*

Educ. 2006; 45 (6): 204-211

6 El razonamiento clínico: la evaluación del paciente para diagnóstico

T. Heather Herdman

6.1 Introducción

El razonamiento clínico se ha definido de muchas maneras en las disciplinas de la salud. Koharchik y sus colegas (2015) indican que el razonamiento clínico requiere la aplicación de ideas y experiencia para llegar a una conclusión válida; en enfermería, describe cómo una enfermera "analizar y comprender la situación de un paciente y llega a conclusiones" (p. 58). Tanner (2006) considera que el razonamiento clínico como el proceso mediante el cual las enfermeras hacen juicios clínicos, la selección de alternativas, valoración de la prueba, utilizando la intuición y el reconocimiento de patrones. Del mismo modo, la prohibición (2008) hizo un análisis conceptual del razonamiento clínico, el uso de 71 publicaciones que datan de 1964 a 2005. Este estudio define el razonamiento clínico y la aplicación del conocimiento y la experiencia para una situación clínica, y se identificó la necesidad de herramientas para medir el razonamiento clínico en la práctica de enfermería, de modo que pueda ser mejor comprendida. Es importante señalar que el razonamiento clínico consideran como un proceso no significa que sea un proceso por etapas y lineal. En cambio, se da con el tiempo, por lo general a través de varios encuentros con el paciente y su familia. Esto es especialmente cierto en su carrera, en la medida en que aún tenemos que desarrollar un cierto conocimiento de un número suficiente de pacientes con situaciones, lo que nos permite la rápida formación de patrones o identificar problemas. En cambio, se da con el tiempo, por lo general a través de varios encuentros con el paciente y su familia. Esto es especialmente cierto en su carrera, en la medida en que aún tenemos que desarrollar un cierto conocimiento de un número suficiente de pacientes con situaciones, lo que nos permite la rápida formación de patrones o identificar problemas. En cambio, se da con el tiempo, por lo general a través de varios encuentros con el paciente y su familia. Esto es especialmente cierto en su carrera, en la medida en que aún tenemos que desarrollar un cierto conocimiento de un número suficiente de pacientes con situaciones, lo que nos permite la rápida formación de patrones o identificar problemas.

¿Qué niveles de formación? Básicamente, nos referimos como nuestra mente agregan una variedad de datos para formar una imagen de la situación que nos ocupa. Consideremos, en primer lugar, un entorno no clínico. Imagínese que usted está caminando y pasando por un grupo de hombres que se sientan en una mesa de picnic en un parque. Uno se da cuenta de que están haciendo algo con pequeños objetos rectangulares, hablando en voz alta, algunos incluso llorando, al chocar con estos objetos sobre la mesa entre ellos. Parece un poco complicado, y usted tiene la impresión de que se están discutiendo acerca de los objetos, pero no pueden entender lo que son los objetos o exactamente lo que hacen los hombres con ellos. Para reducir la velocidad de la caminata para observar el grupo, se da cuenta de que se forma una pequeña multitud allí. Algunas de estas personas posiblemente señal a la cabeza

o hacer comentarios, ya que sería alentar a los hombres, pocos parecen preocupados, y otros confundido acerca de lo que ven tan bien como usted. ¿Lo que está sucediendo aquí? ¿Qué estás viendo? Puede ser difícil ser capaz de expresar lo que se ve si es algo que nunca había experimentado. Si usted no entiende un concepto, es difícil seguir adelante con la línea de razonamiento. Imagínese que se le informó que estaban viendo era un grupo de hombres jugando al Mahjong, un tipo de juego de mesa con piezas pequeñas. Las partes se usan como cartas, aunque objetos rectangulares más pequeños, originalmente hechas de hueso o de bambú. Aunque se desconocen Mahjong, se puede entender el concepto de "juego". Por lo tanto, se puede empezar a ver la escena delante de usted de otra manera. Puede llegar a ver los cuatro hombres como competidores, cada uno con la esperanza de ganar el juego, lo que puede explicar la participación entusiasta. Puede empezar a considerar los sonidos más fuertes como una buena burla entre los competidores en lugar de rencor llora. Desde el momento en que entiende el concepto de "juego" comienza a dibujar una imagen mental en relación con la escena, a partir de una interpretación de los datos recogidos (pistas) de una manera que tiene sentido en el contexto de un juego. Sin el concepto de "juego" continúa teniendo problemas para hacer sentido de sus observaciones. a partir de una interpretación de los datos recogidos (pistas) de una manera que tiene sentido en el contexto de un juego. Sin el concepto de "juego" continúa teniendo problemas para hacer sentido de sus observaciones. a partir de una interpretación de los datos recogidos (pistas) de una manera que tiene sentido en el contexto de un juego. Sin el concepto de "juego" continúa teniendo problemas para hacer sentido de sus observaciones.

Esto también sucede con respecto a los conceptos importantes en la enfermería. Muchos autores se centran en el proceso de enfermería sin esforzarse por asegurar que entendemos los conceptos de la ciencia de la enfermería; El proceso de enfermería, sin embargo, comienza con La comprensión de estos conceptos subyacentes y los necesita. Si no entiende los fundamentos de nuestra disciplina, nos resulta difícil identificar patrones en nuestros pacientes, sus familias y comunidades. Es esencial, por lo tanto, para aprender (y enseñar) estos conceptos, por lo que las enfermeras son capaces de reconocer las respuestas humanas normales, y los estados de respuestas anormales, el riesgo y promoción de la salud relacionados con estas respuestas. Es justo decir que la aplicación del proceso de enfermería (evaluación del paciente, diagnóstico, identificación de resultados, la intervención y la reevaluación continua) sólo tienen sentido si se entiende lo suficientemente bien de enfermería nuestros conceptos (diagnóstico) para identificarlos a partir de patrones en los datos recogida durante la evaluación.

Sin una base sólida de los conceptos de nuestra disciplina, no empezará a generar hipótesis acerca de lo que está sucediendo a nuestros pacientes (sus respuestas humanas, o diagnósticos de enfermería), ni tener relación con el logro de una mayor evaluación que nos permite descartar o confirmar estas hipótesis. Por lo tanto, mientras que el conocimiento de los conceptos no habituales para formar parte del proceso de enfermería, sólo se aplican este proceso con este conocimiento. Consideremos ahora la idea de los conceptos de enfermería en un entorno clínico. Sara se encuentra en su primera experiencia clínica de prácticas como estudiante de enfermería, trabajando con Douglas, una enfermera en una institución independiente y asistido para personas mayores. Durante las prácticas, Sra. Lourdes tiene que consultar a la enfermera. Ella tiene 88 años y vive en la institución hace apenas dos semanas. Ella le dice a Douglas que está cansado y no puede concentrarse. Es muy preocupados por la posibilidad de que algo anda mal con su corazón. Douglas empezará a comprobar sus signos vitales; mientras lo hace, le pide a la señora Lourdes para informar de lo que está sucediendo con ella desde que empezó a vivir en la institución. Dice que además del cambio en sí mismo, no pasó nada inusual. Se afirma que la decisión de cambiar era su propia, ya que no se sentía más seguro en casa. Niega dolor en el pecho, palpitaciones o disnea. Cuando Douglas quiere saber el motivo de su preocupación por el corazón, ella responde: "Bueno, yo soy viejo, y es el corazón que tiende a dar problemas." Douglas le pregunta acerca de la cantidad de ejercicio que hace y camina siente estresado últimamente. Sra .. Lourdes indica no estar haciendo cualquier ejercicio desde la llegada a la institución, ya que no le gustan los ejercicios de grupo y no hay ningún equipo que pueda utilizar por sí solos. En casa, se utiliza una bicicleta para hacer ejercicio durante al menos 30 minutos al día. Se dice que era difícil salir del barrio, ya que tenía un buen amigo que vivía cerca de la casa, y estaban al día. Ahora, se habla únicamente por teléfono. Aunque feliz de hablar con ella, ella dice que es lo mismo que tomar una ducha en la cocina de su casa con su amiga. Douglas le pregunta si la habitación es cómoda ahora ocupa. El residente dice que la habitación tiene grandes ventanales que dejan entrar mucha luz solar, algo que le guste, aunque es bastante caliente. Ella es una residente de la tercera planta, e incluso apagar el calentador, la atmósfera es más caliente que a ella le gustaría.

Douglas dice la señora Lourdes que sus signos vitales son muy buenos, pero sugiere que puede estar pasando por un cambio en los patrones de sueño y que existe la posibilidad de tratar algunas adaptaciones que puedan afectar a su sueño y sensación de descanso. En primer lugar, se recomienda que tanto hablar con la persona responsable de mantener el medio ambiente para que el calentador se ajusta a una temperatura confortable. También le dice que hay bicicletas y cintas para correr en la unidad de vivienda asistida, pero todos los residentes pueden usar cuando lo deseen. La enfermera ofrece ayuda a mostrar la ubicación y asegurarse de que sabe cómo usar cómodamente ellos, y eso se nota agradecido. Por ultimo,

Sarah está encantada con el hecho de Douglas había identificado casi de inmediato un problema potencial para la Sra. Lourdes. Douglas llama la atención sobre el diagnóstico de *insomnio* (00095), y Sarah se da cuenta de que los datos de evaluación de Douglas son las características definitorias y factores relacionados de este diagnóstico. La enfermera habla sobre el concepto de sueño y cosas capaces de impactar, cómo el estrés (el reciente cambio de la Sra Lourdes, la falta de contacto con su amiga, la vida en el nuevo apartamento) y factores externos (un nuevo entorno Hace demasiado calor), y el impacto que el ejercicio puede tener en la mejora del sueño. Douglas llegó rápidamente a este diagnóstico de enfermería porque se siente patrones normales de sueño y fue capaz de identificar los factores que contribuyen a **perturbar un patrón normal. Además, comprende el *insomnio* Es causada por factores externos,** identificado factores etiológicos probables (relacionado). Sara, como estudiante de enfermería, no ha tenido el conocimiento conceptual sobre la que apoyarse; para ella, no parecía tan claro este diagnóstico. Por eso, el estudio de los conceptos que subyacen el diagnóstico es tan importante. no puede diagnosticar problemas o situaciones de riesgo, en primer lugar, que no entendemos los patrones normales de las respuestas humanas, ni podemos considerar las oportunidades de promoción de la salud.

6.2 El proceso de enfermería

La evaluación del paciente puede ser el paso más importante en el proceso de enfermería. Cuando este paso no se realiza centralmente en el paciente, las enfermeras pierden el control de los pasos restantes del proceso. Sin una adecuada valoración de enfermería, no hay un diagnóstico de enfermería centralizada del paciente; sin un diagnóstico adecuado, no hay intervenciones basadas en evidencia, centradas en el paciente e independiente. La evaluación no sólo debe hacerse para completar los huecos en una pantalla de ordenador o de forma. Si esta forma de evaluación suena familiar, es el momento de recordar el propósito de esta etapa del proceso.

6.2.1 Evaluación del paciente

Durante las etapas de evaluación y diagnóstico del proceso de enfermería, enfermeras recogen datos de un paciente (o familia / grupo / comunidad), proceso en información y organizar esta información en categorías significativas de conocimiento que representan la disciplina de enfermería, también conocida como diagnósticos de enfermería. La evaluación es la mejor oportunidad que las enfermeras tienen que establecer una relación terapéutica eficaz con el paciente. En otras palabras, la evaluación es a la vez una actividad intelectual e interpersonal.

¿Cuál es el propósito de una evaluación de enfermería?

Como se puede ver en ► Figura 6.1, la evaluación implica varios pasos, y el objetivo es el desarrollo de hipótesis diagnósticas, confirmar / refutar estas hipótesis para determinar diagnósticos y luego priorizar estos diagnósticos, que se convierten así en la base de los cuidados de enfermería. Este proceso puede parecer complejo y largo, y honestamente, ¿qué tendría tiempo para todo esto? En el mundo real, sin embargo, estos pasos pueden suceder en un latido del corazón, especialmente con las enfermeras con experiencia. Por ejemplo, si una enfermera ve una recién nacidos irritable con signos de sufrimiento

respiratorio y es incapaz de mantener la succión puede medir inmediatamente la temperatura y para encontrar 36 ° C la conclusión de que el bebé está en *hipotermia*. Por lo tanto, el movimiento de la colección de datos (observación del comportamiento recién nacido) hasta la determinación de los diagnósticos potenciales (p. G., *hipotermia*) Se produce en cuestión de minutos.

Figura 6.1 Pasos entre la evaluación y el diagnóstico del paciente.



Sin embargo, teniendo en cuenta este diagnóstico tan rápido puede no ser correcta o no ser la más alta prioridad para el paciente. entonces, como

diagnosticar con precisión? Sólo a partir de una evaluación precisa y el uso apropiado de los datos recogidos durante esta evaluación, es posible para asegurar la exactitud de diagnóstico. Este capítulo presenta los conceptos básicos de qué hacer con todos los datos recogidos. Después de todo, ¿por qué recoger datos si no se utilizan?

En la siguiente sección, que pasará a través de cada paso en el proceso de la evaluación del paciente al momento del diagnóstico. Pero antes de discutir acerca de su propósito, ya que la evaluación no es sólo una tarea realizada por las enfermeras. Tenemos que entender su propósito por lo que también podemos entender nuestro rol profesional.

6.2.2 ¿Por qué las enfermeras evalúan al paciente?

Las enfermeras han de evaluar a los pacientes desde la perspectiva de la disciplina de enfermería para diagnosticar con precisión y proporcionar una atención eficaz. ¿Qué es "el campo de la enfermería?" Básicamente, es el conjunto de conocimientos que constituyen la ciencia de la enfermería. Los diagnósticos de enfermería proporcionan términos estandarizados, con definiciones claras y criterios de evaluación, que representan este conocimiento, al igual que los diagnósticos médicos representan el conocimiento de la medicina. Sin embargo, sólo el diagnóstico de un paciente basándose en el diagnóstico médico o médica no es un proceso de diagnóstico recomendado o seguro. Una conclusión simplificado hacerlo podría conducir a intervenciones inadecuadas,

quedarse hospital prolongado y readmisiones innecesaria.

Como se mencionó anteriormente, las enfermeras diagnostican una respuesta humana a las condiciones de salud / procesos de la vida, o una vulnerabilidad a esta respuesta, y este diagnóstico es la base para la elección de las intervenciones de enfermería para lograr **resultados para los que la enfermera es responsable** - el enfoque aquí es la "respuesta humana." Los seres humanos son complicados - nadie responde a la misma situación de la misma manera. Nuestras respuestas se basan en varios factores: la genética, la fisiología, estado de salud y las experiencias previas con enfermedad / lesión. Estas respuestas también se ven influidas por la cultura, origen étnico, creencias religiosas / espirituales, el género y la educación familiar. Esto significa que las reacciones humanas no son fácilmente identificables. simplemente

presuponer que todos los pacientes con un diagnóstico médico en particular va a reaccionar de una determinada manera, podemos tratar condiciones (y por lo tanto el uso del tiempo de la enfermera y otros recursos) que no existen, dejando escapar otros que realmente necesitan nuestra atención.

Puede haber algunas relaciones estrechas entre los diagnósticos de enfermería y condiciones médicas; Sin embargo, hasta ahora no tenemos suficiente evidencia científica para conectar definitivamente todos los diagnósticos de enfermería para el diagnóstico médico. Por ejemplo, no hay manera de saber si un paciente tiene *El escaso conocimiento* (00126), basado sólo en un nuevo procedimiento médico o de diagnóstico. La persona puede tener algún otro miembro de la familia con el mismo diagnóstico, o se ha realizado previamente el mismo procedimiento. No se puede suponer, también, que todos los pacientes con un diagnóstico médico reaccionan de la misma manera; no todos los pacientes que necesitan un procedimiento quirúrgico presenta el diagnóstico de *ansiedad* (00146), por ejemplo. Por lo tanto, el diagnóstico de evaluación y de enfermería debe entenderse desde la perspectiva de la disciplina de enfermería, y siempre debe basarse en una evaluación centrada en el paciente.

Lo que está mal con este proceso de diagnóstico?

Por desgracia, se puede observar durante la práctica de enfermería para designar o "elegir" un diagnóstico antes de la valoración del paciente. Por ejemplo, una enfermera puede comenzar a hacer un plan de atención basado en los diagnósticos de enfermería *ansiedad* (00146) para un paciente en trabajo antes de que alcance la unidad obstétrica o se evalúa. Las enfermeras que trabajan en unidades obstétricas entran en contacto con muchos pacientes en trabajo de parto, y tienden a ser muy ansioso. Estas enfermeras posiblemente saben que la mano de obra directa y la respiración profunda son las intervenciones eficaces para reducir la ansiedad.

Por lo tanto, asumiendo una relación entre el trabajo y la ansiedad puede ser útil en la práctica. Sin embargo, la declaración de "mano de obra en los pacientes están ansiosos" no puede aplicarse a todos los pacientes (esto es una suposición)

y entonces necesita ser validado en cada caso. Esto es especialmente cierto porque la ansiedad es una experiencia subjetiva - a pesar de que podemos encontrar que el paciente parece ansioso o que tenemos esta expectativa, sólo puede realmente decir si es de hasta *sentimiento* ansioso. En otras palabras, la enfermera no puede entender cómo eres paciente cuando se le dice cómo se siente. por lo tanto, *ansiedad* Es un diagnóstico de enfermería centrado en el problema que requiere datos subjetivos del paciente. lo que parece

ansiedad Puede ser, de hecho, *el dolor del parto* (00256) o *proceso ineficiente perinatólogico* (00221). Sólo sabremos cuando evaluamos el paciente y validar nuestros hallazgos. Por lo tanto, antes de que la enfermera de diagnosticar a un paciente, una evaluación integral es absolutamente necesario. El conocimiento de los posibles diagnósticos y de alta frecuencia (los que por lo general se producen en una situación determinada o de la población de pacientes en particular), sin embargo, puede ser muy útil, ya que cumple con los criterios de diagnóstico relacionados con estos diagnósticos puede ayudar a enfocar evaluación de la enfermera cuando él trata de descartar o confirmar varias hipótesis diagnósticas.

6.2.3 Evaluación inicial o de cribado

Hay dos tipos de evaluación: inicial (o de detección) y detalladas. A pesar de que ambos requieren la recopilación de datos, sus efectos difieren. La proyección de evaluación es la etapa inicial de recolección de datos y es probablemente el más fácil de realizar.

Esto no es sólo para completar los huecos

La mayoría de los cursos y las instituciones de atención de la salud provee enfermeras impresos normalizados para cada paciente - en papel o sistema de registro médico electrónico - que deben completarse en un plazo determinado. Por ejemplo, los pacientes ingresados en un hospital pueden necesitar esta evaluación completado en 24 horas de ingreso. En las clínicas, puede ser necesario para completar la evaluación antes de los pacientes son examinados por el médico de cabecera (p. Ej., Médico o enfermera clínica [*enfermera practicante* [\[NTJ\]](#)]). La evaluación inicial puede incluir herramientas de evaluación estandarizadas, como la evaluación

Global Subjetiva (ASG) y / o el Mini Nutritional Assessment (MNA), para evaluar la posibilidad de desnutrición o riesgo de desnutrición, respectivamente (Young et al., 2013), o la Utilidad diagnóstica escala de resultados de la depresión (CUDOS) para el cribado depresión en adultos (Zimmerman et al., 2008). Puede haber preguntas de selección abiertos, como: "¿Quién puede hablar en una situación difícil que se resuelva" Algunas herramientas le permiten realizar una evaluación basada en cierta teoría o modelo de enfermería (por ejemplo, los patrones funcionales de salud .. Gordon), la revisión de los sistemas del cuerpo o algún otro método de organización de los datos que deben recogerse.

Para una evaluación de selección, se requieren habilidades específicas para llevar a cabo diversos procedimientos precisamente para que se obtienen los datos, que requieren alto nivel de habilidades de comunicación interpersonal. Los pacientes deben sentirse seguros y confiar en que la enfermera para que se sientan cómodos respondiendo a las preguntas personales, sobre todo cuando se dan cuenta de que sus respuestas no pueden ser "normal" o "aceptado" el punto / cultural de vista espiritual.

Ya hemos mencionado que la evaluación inicial o de detección pueden ser el paso más sencillo, en cierto modo, porque es originalmente un ejercicio de "completar los vacíos". La forma de selección puede solicitar información acerca de los signos vitales del paciente; por lo que las enfermeras han de obtener estos datos e introducirlas en el formulario. Para completar el formulario, debe reunir información acerca de los diversos sistemas fisiológicos del paciente y de la enfermera debe completar los huecos de la forma relacionada con estos sistemas (ritmo cardíaco, soplo cardíaco, podálicos pulsos, sonidos pulmonares, sonidos intestinales, etc.), así como los datos psicológicos y psicosociales básicos.

Sin embargo, una buena evaluación de enfermería requiere mucho más que esto cribado inicial. Por supuesto, cuando la enfermera analíticamente revisa los datos recogidos durante la evaluación y comienzan a identificar los posibles diagnósticos, tiene que recoger más datos que pueden ayudar a determinar si existen o no otras respuestas humanas preocupantes que indican riesgo para el paciente o para sugerir oportunidades promoción de la salud. La enfermera también necesitará identificar la etiología o factores predisponentes de las áreas de interés. Es muy posible que estas preguntas detalladas no están incluidos en el formulario de evaluación de la organización, porque no hay

para cubrir todas las posibles preguntas que necesitan ser hechas para cada posibilidad de respuesta humana!

El conocimiento de los conceptos subyacentes a la disciplina de enfermería debe llevar a cabo estas preguntas más detalladas sobre la base de las respuestas del paciente / familia obtenida durante la evaluación inicial. Por ejemplo, si un paciente indicó que tenga dificultad para respirar al subir unas escaleras, las enfermeras deben confiar en sus conocimientos sobre diversos conceptos para más datos para confirmar o refutar posibles diagnósticos. Si él no entendía los conceptos de *actividad tolerancia, el intercambio gaseoso o balance energético*, por ejemplo, usted no puede saber qué preguntas hacer a seguir para evaluar e identificar un diagnóstico adecuado.

6.2.4 Cuando las enfermeras evaluar y diagnosticar?

Nos ocuparemos rápidamente el papel de los profesionales de enfermería y la evaluación del paciente. Las enfermeras trabajan en diferentes lugares: la atención primaria a los hospitales, sala de maternidad a las salas de operaciones. No importa cuál sea la ubicación o unidad, enfermeras siempre deben evaluar a los pacientes, tenga en cuenta los diagnósticos relacionados con sus necesidades, identificar los resultados pertinentes e implementar intervenciones. Los diagnósticos de enfermería se utilizan en los quirófanos, ambulatorios, clínicas psiquiátricas, atención domiciliar y organizaciones de cuidados paliativos, además de los campos de la salud pública, la escuela de enfermería, salud ocupacional y, por supuesto, en los hospitales. Incluso con una práctica tan diversos, algunos diagnósticos centrales parecen pertenecer a todas las áreas: *El dolor agudo (00132), ansiedad (00146), El escaso conocimiento (00126), provisión de mejora de la salud para el control (00162)*, por ejemplo, probablemente pueda encontrar en cualquier lugar de trabajo del personal de enfermería. En las salas de operaciones, por ejemplo, las enfermeras evalúan el nivel de ansiedad de los pacientes, además de la condición de su piel. Mientras que los **pacientes están siendo preparados para la cirugía, los diagnosticados con *ansiedad (00146)* se** pueden reproducir sin problemas, han establecido contacto con los ojos, escuchar música suave, obtener respuestas a sus preguntas y aprender técnicas de respiración, todo para ayudar a relajarse. A medida que la piel del paciente se prepara para la incisión, turgencia, edema,

puntos de presión y de posicionamiento se tendrán en cuenta para reducir el *riesgo de integridad de la piel deteriorada (00047) y el riesgo de lesiones para el posicionamiento perioperatorio (00087)*.

A veces las enfermeras sugieren que el diagnóstico de enfermería es irrelevante en unidades de cuidados intensivos, como gran parte de su práctica está dirigida a los diagnósticos médicos. Esto sugiere básicamente que las enfermeras no practican la enfermería en cuidados intensivos; pero sabemos que no es así. No hay duda de que las enfermeras servir a los pacientes críticos se han centrado en las intervenciones relacionadas con condiciones médicas, y es común el uso de protocolos clínicos en efecto que requieren pensamiento crítico para su correcta ejecución. Son, sin embargo, honesto, enfermeras en estas unidades necesitan para la práctica de enfermería!

Los pacientes en estado crítico están en riesgo de muchas complicaciones prevenibles por la práctica independiente de las enfermeras: neumonía asociada a la ventilación mecánica (*riesgo de infección, 00004*), lesiones por presión (*riesgo de úlceras por presión, 00249*) y la lesión corneal (*riesgo de lesiones en la córnea, 00245*). Es común que los pacientes tengan miedo (*miedo, 00148*), y las familias, ha destacado, a pesar de que tienen que saber cómo cuidar de sus seres queridos cuando vuelven a casa: *El escaso conocimiento (00126), sobrecarga de estrés (00177), ¡Peligro por corriente rol de cuidador (00062)*. Si las enfermeras sólo se ocupan de las condiciones médicas obvias, sería como dice el dicho, puede ganar la batalla, pero aún así perder la guerra! Estos pacientes pueden tener consecuencias que puedan ser evitados; la estancia puede ser mayor o descargada resultado hogar en eventos no deseados y el aumento de las tasas de reingreso. Las enfermeras que atienden a los pacientes críticamente enfermos proporcionan la atención de enfermedades? ¡Por supuesto! También deben centrarse en las respuestas humanas? ¡Sin duda!

6.2.5 Estructura de Evaluación

En ese momento, vamos a analizar el tipo de estructura que soporta una evaluación completa de enfermería. un marco de evaluación basada en la evidencia para que haya precisión en el diagnóstico de enfermería, y la seguridad en la atención al paciente debe ser utilizado. El marco de evaluación debe representar también la disciplina de usos profesionales:

en este caso, la forma de evaluación (instrumento de recolección de datos) debe representar el conocimiento de la disciplina de enfermería.

Debemos usar la taxonomía de la NANDA-I como una estructura de evaluación?

A veces hay confusión en cuanto a la diferencia entre la taxonomía de diagnósticos de enfermería de la NANDA-I y marco de evaluación de los Patrones Funcionales de Salud (PSF, *patrón de salud funcional*) Gordon (1994). Una taxonomía de la NANDA-I fue desarrollado sobre la base de la obra de Gordon; es por eso que las dos estructuras son similares. Su objeto y funciones, sin embargo, son totalmente diferentes.

Una taxonomía de la NANDA-I sirve el propósito de distribuir / categorizar los diagnósticos de enfermería. Cada dominio de clase y se establecen, entonces la estructura ayuda a las enfermeras para localizar un diagnóstico de enfermería en la taxonomía. Por otro lado, el PSF se han desarrollado de una manera científica para estandarizar el marco de evaluación de enfermería (Gordon, 1994). Ellos guían la historia clínica y el examen físico realizado por enfermeras, ofreciendo elementos para evaluar y un marco para organizar los datos de la evaluación. Además, la secuencia de 11 patrones proporciona un flujo eficiente y eficaz para la evaluación.

Véanse los capítulos 7 y 8 para obtener información más específica acerca de la taxonomía de la NANDA-I.

Como se expresó en la Declaración de posición de la NANDA-I (2011) (ver pág. 27-28), el uso de un marco de evaluación basado en la evidencia, como Gordon, es muy recomendable para el diagnóstico de la enfermedad en enfermería y atención al paciente segura. No hay intención de utilizar la taxonomía NANDA-I como una estructura de evaluación.

6.3 Análisis de Datos

El segundo paso en el proceso de enfermería es la conversión de datos en información. El objetivo es evaluar el posible significado de los datos recogidos en la evaluación inicial o de selección, u otros datos identificativos para ser recogida. Los términos "información" y "datos" a veces se utilizan indistintamente; Sin embargo, las características reales de lo que llamamos datos y la información son muy diferentes. Para entender mejor la evaluación y diagnóstico de enfermería, vamos a hacer una distinción aquí estos términos.

Los datos son hechos brutos recogidos por las enfermeras a través de observaciones y datos subjetivos proporcionados por los pacientes / familias. enfermeras
recopilar datos de un paciente (o familia / grupo / comunidad) y luego usando sus conocimientos de enfermería, que transforman los datos en información. La información se puede entender como datos con un ensayo o significado específico, tales como "alto" o "bajo", "normal" o "anormal" y "importante" o "no es importante". la ► La figura 6.2 muestra un ejemplo de cómo los datos e información subjetiva objetivo se puede convertir en la aplicación de los conocimientos de enfermería en el estudio del caso de la Sra. Y una mujer de 79 años de edad con dolor abdominal agudo.

Figura 6.2 Convertir los datos en información. El caso de la señora y una mujer con 79 años de edad con dolor abdominal intenso.

Coleta de dados

Dados objetivos

- Mulher com 79 anos de idade
- IMC 16,7
- Perdeu 4,5 kg nos últimos seis meses, de acordo com os prontuários médicos
- Esgares
- Espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada observado no lado direito do abdome

Dados subjetivos

- Paciente queixa-se de dor forte no quadrante superior direito do abdome, classificada como 9 em uma escala de 1-10
- Diz estar constipada, com o mais recente movimento intestinal datado de sete dias atrás

História prévia

- Sem história significativa



Conhecimentos de enfermagem

- Função intestinal
- Teorias da dor e do controle da dor
- Necessidades nutricionais para o idoso



Informações

- Peso anormal: subpeso
 - IMC < 18,5 é considerado subpeso (CDC, 2015)
- Alto nível de dor
- Constipação

Vamos a seguir su caso de la evaluación de selección de ciertos términos que los diagnósticos enfermeros son más adecuados como base para su cuidado.

Es importante señalar que los mismos datos pueden interpretarse de diferentes maneras, dependiendo del contexto o de la recopilación de nuevos datos. Por ejemplo, supongamos que una enfermera de la escuela está examinando Rosana un estudiante con nueve años de edad, después de una caída de bicicleta en el camino a la escuela. Durante la prueba, la enfermera se da cuenta de los arañazos superficiales y cortes causados por el accidente, y Rosano evaluar su dolor en una escala de 3 como el dolor de 1 a 10, siendo 10 la más fuerte dolor imaginable. Sin embargo, la enfermera tiene que ver con el aliento de la niña, que es rápido

(Frequency 40) y la superficie marcada con murmullos audibles ocasionales. Él entonces la auscultación de los pulmones y se da cuenta Rosana suena disminuido la respiración en el lóbulo inferior derecho, con crepitaciones en los lóbulos superiores. Medidas chica temperatura orales y notas que es alta en 37,7 ° C. Estos hechos tienen sentido si se compara con los resultados normales aceptados como los datos de los procesos de enfermería en información. El profesional se da cuenta de que Rosana tiene fiebre baja con el potencial de una infección respiratoria. Después de pedir a la niña cómo se siente, esta información que no iba a la escuela durante tres días a principios de esta semana, con "algo malo en los pulmones", el uso de medicamentos que la hacía sentirse mejor. Con más de estos datos, la enfermera puede concluir que la condición Rosana está mejorando, sin embargo, que requiere un seguimiento durante unos días. La enfermera puede todavía quiere hablar con los padres de Rosana para el diagnóstico médico y la información acerca de lo que se ha prescrito, por lo que hay más datos disponibles para un análisis de diagnósticos de enfermería adecuados.

Por lo tanto, es importante incluir datos e información para evaluar de forma documentada. La información sólo puede ser validado por un tercero, donde se ofrece los datos originales. Por ejemplo, basta con introducir "Rosana tenía fiebre y golpes respiratorias" no tiene utilidad clínica. ¿Qué tan grave es la fiebre? Como los datos se recogieron (oral, axilar, la temperatura del núcleo)? Como eran los sonidos pulmonares y eran iguales bilateralmente? Una documentación que muestra que Rosana tenía fiebre de 37,7 ° C medido por vía oral con una disminución de los ruidos respiratorios en el lóbulo inferior derecho y estertores en el lóbulo superior derecho, permite a otra nueva enfermera comparar los datos recogidos con los datos anteriores, mediante la identificación del paciente está mejorando.

6.3.1 Los datos subjetivos *versus* objetivos

¿Cuál es la diferencia entre los datos de los datos subjetivos y objetivos?

Enfermeras recogen y documentan dos tipos de datos relativos a un paciente: subjetiva y objetiva. Si bien los médicos valoran más goles que los datos subjetivos, enfermeras valoran tanto para

su diagnóstico (Gordon, 2008). la *Cambridge Diccionario en línea* (2017) define *subjetivo* como "la influencia o en base a creencias o sentimientos personales más que los hechos"; *meta* significa "no influenciada por los sentimientos o creencias personales; justo o verdadero ". Uno debe tener cuidado con el hecho de que cuando se usan estos términos en el contexto de la valoración de enfermería, tienen un sentido *ligeramente* diferente de la definición general de diccionario. Aunque la idea básica sigue siendo, "subjetiva" no significa

creencias o sentimientos la enfermera, pero el tema de la atención de enfermería: paciente / familia / grupo / comunidad. Por otra parte, "objetivo" se refiere a aquellos hechos observados por la enfermera u otros profesionales de la salud.

En otras palabras, *datos subjetivos* Se derivan de los informes verbales del paciente acerca de las percepciones y pensamientos acerca de su salud, la vida cotidiana, la comodidad, relaciones, etc. Por ejemplo, un paciente puede reportar "necesitan un mejor control de mi salud" o "mi pareja alguna vez hablar de cosas importantes para mí." amigos cercanos de la familia / también pueden traer este tipo de datos, aunque los datos obtenidos del paciente debe ser traída siempre que sea posible, siendo los datos del paciente. A veces, sin embargo, el paciente es incapaz de proporcionar datos subjetivos, en los que tenemos que depender de estas otras fuentes. Por ejemplo, en el caso de un paciente con demencia significativa, que no puede verbalizar, los familiares pueden dar en base a información subjetiva conocer el comportamiento del individuo. Podemos ilustrar con una hija adulta de un paciente que dice a la enfermera "que siempre gusta escuchar música suave mientras que la alimentación; parece que la calma".

Enfermeras recogen datos subjetivos a través de la historia del paciente o la entrevista. El conocimiento de la historia no se acaba de hacer varias preguntas al paciente utilizando un formato de rutina. Para obtener datos precisos de un individuo, los profesionales deben incorporar habilidades de escucha activa y el uso de preguntas abiertas tanto como sea posible, especialmente preguntas de seguimiento cuando

datos identificado

potencialmente anormales. la *datos objetivos* Ellos son los observados por las enfermeras sobre el paciente. Se recogen a través de exámenes físicos y los resultados de las pruebas de diagnóstico. Aquí, "ver" significa no sólo usar la visión: todos

se emplean las direcciones. Por ejemplo, las enfermeras mirando a la apariencia general de un paciente, escuchando los sonidos pulmonares se puede sentir el olor desagradable de las secreciones y sentir temperatura de la piel a través del tacto. Asimismo, el uso de diversas herramientas y recursos para la recogida de datos numéricos (p. Ej., El peso corporal, la presión arterial, el nivel de saturación de oxígeno del dolor). Para obtener datos fiables y objetivos precisos, las enfermeras deben tener conocimientos y habilidades adecuadas para llevar a cabo una evaluación física y el uso de herramientas estandarizadas o dispositivos de vigilancia.

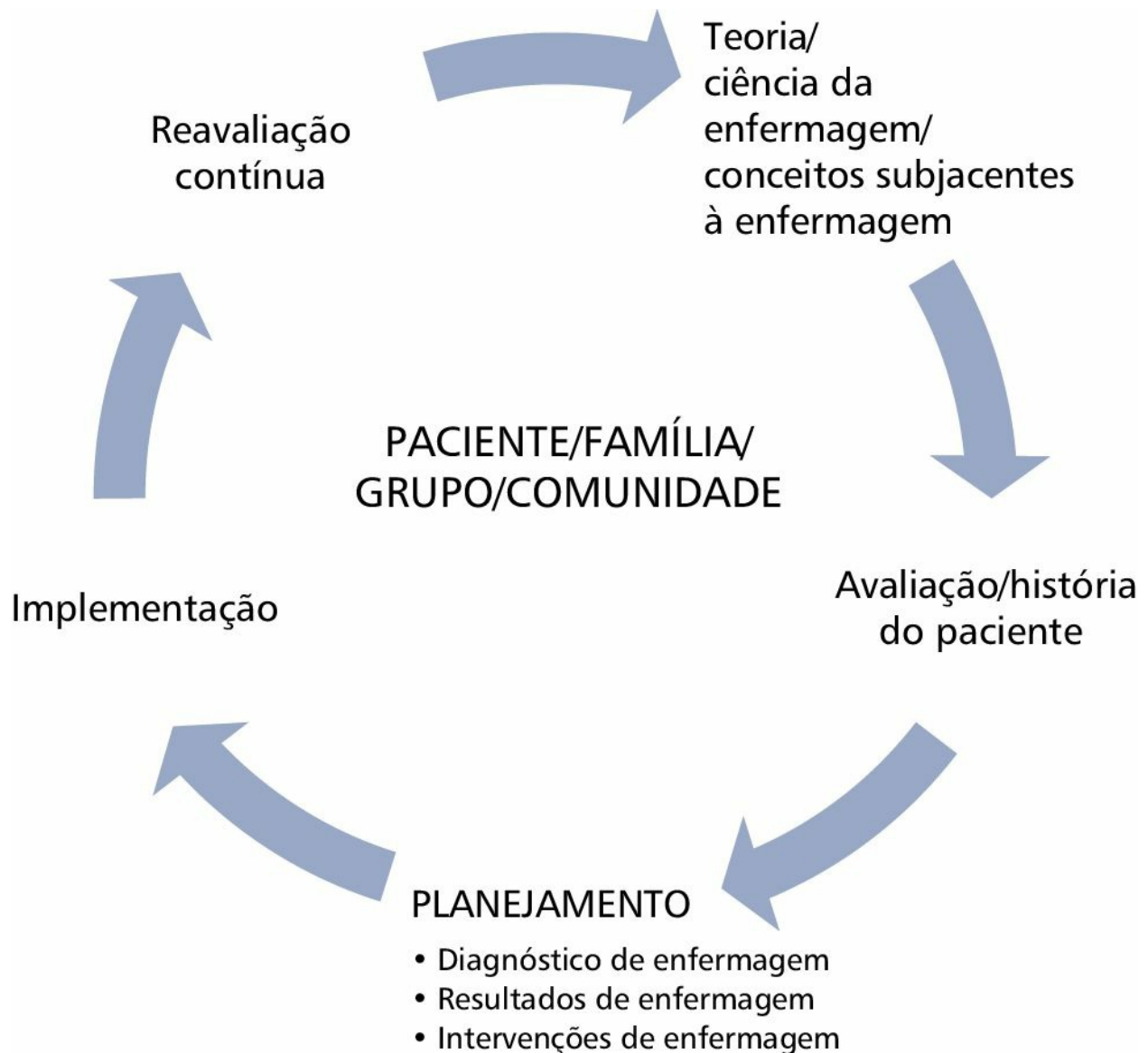
Hágase estas expresan los datos ...

- ¿un problema?
- un elemento positivo? una
- vulnerabilidad?

6.3.2 Agrupamiento de información / identificación de una norma

Una vez que la enfermera ha recogido los datos y se transforma en la información, el siguiente paso es comenzar a responder a la pregunta: ¿cuáles son las respuestas humanas a mi paciente (diagnósticos de enfermería)? Esto requiere el conocimiento de una variedad de teorías y modelos de enfermería, así como diversas disciplinas relacionadas. Y, como se señaló anteriormente, también se requiere el conocimiento de los conceptos subyacentes a los propios diagnósticos de enfermería. Recuerde diagrama modificada del proceso de diagnóstico presentado en el capítulo 5? En este diagrama, se muestra de nuevo en ► Figura 6.3, Herdman (2013) identifica la importancia de la teoría / ciencias de la enfermería a los conceptos de enfermería subyacente. Pensar, también, en nuestra discusión de los jugadores de Mahjong y la dificultad que tendría en la comprensión de este escenario no sabía que estaba viendo un tipo de juego (un concepto).

Figura 6.3 El proceso de enfermería modificado. (Adaptado Herdman, 2013.)



En otras palabras, las técnicas de valoración son inútiles si no utilizamos los datos! Si la enfermera que evaluó la Sra E (▶ Fig. 6.2) no sabía de los parámetros normales de IMC esa edad, no podría haber sido capaz de interpretar el paciente estaba bajo de peso. Si la enfermera no entiende las teorías relacionadas con la nutrición, el patrón de evacuación y el dolor, no podía tener o otras vulnerabilidades identificados respuestas / problemas evidenciados por este anciano.

6.4 diagnósticos de enfermería de identificación potencial (hipótesis de diagnóstico)

En esta etapa del proceso, la enfermera toma nota de la información relacionada, formando un patrón; Es una manera de saber que el paciente humano respuestas puede estar experimentando. Inicialmente, la enfermera tiene en cuenta todos los posibles diagnósticos que vienen a la mente. enfermeras con experiencia lo hacen en segundos; en el caso de un principiante o un estudiante, puede haber necesidad de apoyo de enfermeras o profesores con experiencia para guiar su pensamiento.

Ahora que recoge los datos de evaluación y se convirtió en la información, la forma de saber lo que es importante y lo que es irrelevante para este paciente en particular?

Identificar patrones en los datos requiere una comprensión del concepto que subyace en cada diagnóstico. Por ejemplo, imaginar trabajar con una familia que incluye un par de unos 45 años, tanto a los profesionales que trabajan todo el día, teniendo cuidado de un padre (Sr. V) con demencia, además de sus tres hijos (de edades 9, 14 y 17). Durante la visita el Sr. V, se observa un aumento en la necesidad de asistencia en el cuidado desde la visita anterior, durante 28 días. Su hijo, John, dice que el padre comenzó a vagar, llegando a ser físicamente agresivos. También necesita más asistencia en las actividades cotidianas tales como la higiene y la nutrición. Hay alrededor de 20 días, la familia perdió el cuidador del día, porque el Sr. V se convirtió físicamente resistentes a su cuidado, golpearla dos veces. A pesar de que sabía que el paciente no tenía ninguna intención de causar daño, que era mucho más fuerte y se sentía inseguro en el medio ambiente. John tomó una breve licencia a un nuevo cuidador se encuentran. Él le dice que empezó a darse cuenta de que su padre estaba muy ocupado cuando se quedan solos, por lo que era difícil salir de la habitación del paciente siempre que sea necesario. Estaba durmiendo así en cama improvisada allí. Antes, el Sr. V necesitaba ayuda mínima para la reorientación, recordatorios horario de comidas y las tareas que llevan a cabo la higiene; Ahora es necesario el seguimiento y la atención casi el 24 por lo que era difícil salir de la habitación del paciente siempre que sea necesario. Estaba durmiendo así en cama improvisada allí. Antes, el Sr. V necesitaba ayuda mínima para la reorientación, recordatorios horario de comidas y las tareas que llevan a cabo la higiene; Ahora es necesario el seguimiento y la atención casi el 24 por lo que era difícil salir de la habitación del paciente siempre que sea necesario. Estaba durmiendo así en cama improvisada allí. Antes, el Sr. V necesitaba ayuda mínima para la reorientación, recordatorios horario de comidas y las tareas que llevan a cabo la higiene; Ahora es necesario el seguimiento y la atención casi el 24

horas. John muestra claramente cansado y no admite dormir mucho por miedo a que su padre fuera de la cama y se lastime durante la noche.

A lo largo de su conversación con John, observa que parece frustrado y nervioso, a menudo refiriéndose no estar seguro de que está haciendo lo correcto para el Sr. V. es, sin duda preocupado por su padre, aunque él menciona siente que ha dejado esposa como una "madre soltera" a los niños,

ya que no ha podido asistir a las actividades extracurricular ellos, e incluso dejó de ir a las reuniones de padres en la escuela. Usted sabe que esta situación ha sido especialmente difícil para la hija más joven. John tampoco menciona estar seguro de cuánto tiempo puede permanecer lejos de trabajo antes de su empleador comienza a molestarse con tal situación.

Lo que todo esto te dice? A menos que tenga una buena comprensión de las teorías de la dinámica familiar, el estrés, la superación, la tensión papel y el dolor, todo esto no se puede decir. Tal vez usted sabe que el Sr. V tiene crecientes necesidades de cuidado. Pero usted sabe cómo centrarse también en la familia y buscar una causa (factores relacionados) u otros datos (características definitorias) para determinar un diagnóstico preciso para John?

A pesar de que está cumpliendo con el Sr. V si no se centra en lo que ocurre con la familia, en realidad está ayudando a las necesidades de este paciente? Tal situación puede conducir a la enfermera, solo, para centrarse en la historia clínica del paciente, en lugar de tomar en cuenta la familia y su impacto sobre el Sr. V. O resultados, es posible que haya dado cuenta de la necesidad de abordar lo que está pasando con Juan, pero, ya que no tiene teorías básicas antes mencionadas, que acaba de "elegir un diagnóstico" de una lista para describir la respuesta de Juan. Conocer los conceptos de cada diagnóstico de enfermería permite a las enfermeras para dar direcciones exactas de los datos recogidos con el paciente, la preparación de estos profesionales para llevar a cabo una evaluación detallada.

Cuando se tiene que el conocimiento conceptual, comienzan a mirar los datos recogidos de otra manera. Transformará en información y observar la forma en que comienzan a agruparse, formando patrones o una "imagen" de lo que puede estar ocurriendo a su paciente. Mira de nuevo ▶ **Figura 6.2. Con el conocimiento de enfermería conceptual en la nutrición, el dolor y la función**

intestinal, se puede empezar a ver la información como posibles diagnósticos, tales como:

- la nutrición desequilibrada: menos de cuerpo requisitos (00002) Estreñimiento
- (00011)
- motilidad gastrointestinal disfuncional (00196) Dolor Agudo
- (00132)

Este paso, por desgracia, es por lo general cuando las enfermeras parada: elaborar una lista de diagnósticos e iniciar acciones (determinación de las intervenciones) o simplemente "elegir" un diagnóstico que suena más adecuado en función de su título, a continuación, mover la selección intervenciones para estos diagnósticos. Otros pueden determinar que desean lograr un resultado específico, y simplemente comenzar a buscar ayuda para él. El **problema con este enfoque es que, a menos que conozcamos el problema *y su causa*, las intervenciones elegidas pueden ser totalmente inadecuado para este paciente.** Es evidente que estos enfoques son ineficaces e insuficientes como cursos de acción. Para los diagnósticos son exactos, tienen que ser validados - y esto requiere una evaluación adicional y detallada para su confirmación, refutación o "eliminación". La combinación de los diagnósticos de los conocimientos de enfermería y de enfermería básicas permite la identificación de tránsito enfermera de posibles diagnósticos basados en la detección de evaluación para una revisión detallada, y luego para la determinación de diagnóstico (s) necesidad de enfermería (s) .

6.5 Evaluación detallada

En esta etapa de recopilación de datos de su paciente, que debería haber revisado la información resultante de la evaluación inicial o evaluación para determinar qué elementos son normales o anormales, y representa un riesgo (susceptibilidad) o un elemento positivo. Los productos que no son considerados normales o son percibidos como una susceptibilidad deben ser analizados para un diagnóstico centrado en el problema o riesgo de diagnóstico. Las áreas en las que el paciente indica un deseo de mejorar algo (p. Ej., Mejorar la nutrición) debe entenderse como un posible diagnóstico de promoción de la salud.

Si algunos datos se interpreta como anormal, una evaluación adicional será crucial para el diagnóstico preciso del paciente. Si las enfermeras, sin embargo, sólo tiene que recoger datos sin prestar mucha atención a ellos, puede ocurrir que algunos datos fundamentales no llamar su atención. Mira de nuevo ► Figura 6.2. La enfermera podría haber alterado la evaluación aquí y simplemente han pasado a la de diagnóstico *dolor agudo y estreñimiento* - posiblemente el "evidente" la mayor parte de este paciente. El profesional podría haber proporcionado una guía sobre la ingesta de fibra y líquidos, además de la importancia del ejercicio para mantener los movimientos intestinales normales, y podría haber tratado el dolor agudo que indica el uso de bolsas calientes o frías, por ejemplo. Sin embargo, mientras que todas estas cosas podrían ser apropiadas, la enfermera podría haber descuidado a identificar algunas cuestiones importantes que, si no se tratan, pueden conducir a problemas de mantenimiento en condiciones Sra. E.

La enfermera, sin embargo, entiende la necesidad de una evaluación detallada y ha identificado la reciente pérdida de su marido, el dolor y el aislamiento social (► Fig. 6.4). Se encontró que la señora y tenía vulnerabilidades consistentes con un nuevo entorno de vida estresante (movimiento reciente a una institución para personas mayores independientes, falta de transporte, falta de relaciones establecidas), así como el temor de tener una enfermedad aguda y morir. La enfermera también encontró que la señora y tenía un elemento positivo en el apoyo que hemos recibido de la comunidad de la iglesia, más allá del deseo expreso de mejorar la manera de responder

esta situación - elementos muy importantes que apoyan cualquier plan de atención! Así, con esta evaluación más detallada, la enfermera fue capaz de revisar analíticamente los posibles diagnósticos:

- El dolor agudo (00132)
- la nutrición desequilibrada: menos de cuerpo requisitos (00002) Volumen líquidos
- deficientes (00027) Estreñimiento (00011)
-
- motilidad gastrointestinal disfuncional (00196) Pesar
- (00136)
- síndrome de estrés para el cambio (00114) Frente a disposición
- inválida (00069) muerte relacionados con la ansiedad (00 147)
- para mejorar la capacidad de recuperación (00212)
-

Figura 6.4 Evaluación detallada: el caso de la Sra E, una mujer con 79 años de edad con dolor abdominal intenso ..

Coleta de dados

Dados objetivos

- Mulher com 79 anos de idade
- IMC 16,7
- Perdeu 4,5 kg nos últimos seis meses, de acordo com os prontuários médicos
- Esgares
- Espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada observado no lado direito do abdome

Dados subjetivos

- Paciente queixa-se de dor forte no quadrante superior direito do abdome, classificada como 9 em uma escala de 1-10
- Diz estar constipada, com o mais recente movimento intestinal datado de sete dias atrás

História prévia

- Sem história significativa

Conhecimentos de enfermagem

Função intestinal

Teorias da dor e do controle da dor

Necessidades nutricionais para o idoso

Informações

Peso anormal: subpeso

- IMC < 18,5 é considerado subpeso (CDC, 2015)

Alto nível de dor

Constipação

Diagnósticos potenciais

Dor aguda (00132)

Constipação (00011)

Motilidade gastrointestinal disfuncional (00196)

Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002)

Avaliação detalhada

O esposo faleceu, repentinamente, há 5 meses; não estava doente

- Ele se mostrava em excelente forma física, comia bem, andava diariamente
- Ela não compreende como isso ocorreu; teria deixado de notar alguma coisa que ocorria com ele?
- Não consegue deixar de pensar nele, "sente muita saudade"

Menor atenção às suas necessidades nutricionais

- Falta de interesse nos alimentos: "Esqueci-me de comer, não tenho apetite para mais nada"
- Bebe pouca água ou outros líquidos
- Membranas mucosas e pele muito ressecadas
- Menor turgor da pele

Solitária

- Mudou-se recentemente para instituição para idosos independentes

- Sente-se isolada, nem ela nem os amigos dirigem
- Encontra dificuldade para conhecer novas pessoas

Preocupação com a própria saúde/possibilidade de morte

- "Meu esposo era mais saudável que eu; se isso pode acontecer com ele, pode acontecer comigo!"
- Diz recear a hora de ir para a cama, porque o esposo morreu durante o sono

Observa o sólido apoio recebido pela igreja da comunidade

Diz desejar melhorar a forma como responde à sua situação

Diz desejar controlar mais a sua saúde

Diagnósticos potenciais revisados

Dor aguda (00132)

Constipação (00011)

Motilidade gastrointestinal disfuncional (00196)

Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002)

Volume de líquidos deficiente (00027)

Pesar (00136)

Síndrome do estresse por mudança (00114)

Enfrentamento ineficaz (00069)

Ansiedade relacionada à morte (00147)

Disposição para resiliência melhorada (00212)

6.5.1 Confirmación / refutación de posibles diagnósticos de enfermería

Cada vez que los nuevos datos se recogen y procesan la información, debe reconsiderar diagnósticos potenciales determinados o con anterioridad. En esta etapa, hay tres aspectos principales a considerar:

- evaluación detallada ha dado nueva descarte de datos o eliminar uno o más de sus posibles diagnósticos?
- Una evaluación detallada indicada nuevos diagnósticos que no había considerado antes?

- Cómo se puede diferenciar entre los diagnósticos similares? También es importante recordar que otras enfermeras deben ser capaces de continuar con la validación del diagnóstico y comprender cómo ha llegado a ella. De ahí la importancia del uso de términos estandarizados tales como diagnósticos de enfermería de la NANDA-I, que no sólo dan un título (p. Ej.,

disposición para mejorar la capacidad de recuperación), sino también una definición y los indicadores de diagnóstico (que define las características, los factores de riesgo relacionados o), de modo que otras enfermeras capaces de seguir validando - o quizás refutar - diagnóstico que se obtengan nuevos datos. Términos simplemente creados por las enfermeras en la cabecera sin definiciones e indicadores diagnósticos confirmados tienen ningún significado coherente y no pueden ser confirmadas o validados clínicamente. Cuando hay un diagnóstico de enfermería de la NANDA-I que se ajuste a un patrón identificado en el paciente, lo más seguro es describir las condiciones en detalle en lugar de inventar un término que va a tener diferentes significados para diferentes enfermeras. No podemos olvidar que la seguridad del paciente depende de una buena comunicación; por lo que sólo debe utilizar términos estandarizados,

6.5.2 Eliminación de posibles diagnósticos

Una evaluación detallada de los objetivos es eliminar o "descartar" uno o más diagnósticos potenciales que estaban considerando. Esto se hace revisando-

si la información obtenida y compararlos con lo que sabe de los diagnósticos. Es esencial que los datos recogidos consideren soporte (s) de diagnóstico (s).

Al analizar la información del paciente:

- Son consistentes con la definición de un posible diagnóstico? El objetivo / datos
- subjetivos del paciente se identifican en la definición de las características del diagnóstico?
- Incluyen las causas (factores relacionados) del posible diagnóstico?

Los diagnósticos que no tienen un buen soporte a través de indicadores de diagnóstico ofrecidos por NANDA-I (características definitorias, factores relacionados o riesgo) y / o no son compatibles con los factores etiológicos (causas o contribuidores elementos de diagnósticos) no son apropiados para una paciente.

analizar ► Figura 6.4 y teniendo en cuenta los diagnósticos potenciales identificados por la enfermera de la señora Y podemos empezar a eliminar algunos de estos diagnósticos diagnóstico como válido. A veces es útil hacer una comparación lado por los diagnósticos secundarios, centrándose en las características definitorias y factores relacionados identificados durante la evaluación y la historia del paciente (► Tab. 6.1).

Por ejemplo, después de la reflexión, la enfermera de la señora Y rápidamente descartan el diagnóstico de *ansiedad relacionada con la muerte*. Aunque la Sra Y temer indican que el incidente con su marido puede ocurrir a ella, la enfermera evalúa que esto tiene más que ver con su *ponderar* que con el temor de una amenaza para su vida que es real o imaginario. Además, el paciente no tiene factores relacionados con el diagnóstico de *ansiedad relacionada con la muerte*; De hecho, tiene aspectos positivos bastante opuestas a él!

tabla 6.1 El caso de la Sra E: una comparación entre dominios, clases,

definiciones, características definitorias y factores relacionados identificado

la clase de dominio y el diagnóstico	definición	definición de las características	factores relacionados
Área 12. confort Clase 1. comodidad física El dolor agudo (00132)	experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de tal daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); inicio súbito o lento de los intensos suaves, con final anticipado o previsible y una duración inferior a tres meses.	● espasmo muscular que minimiza el movimiento de los cambios en el área afectada en el apetito de auto-reporte de las ● características del dolor utilizando instrumento ● estandarizado de dolor	● agente físico dañino
Dominio 2. nutrición Clase 1. ingestión la nutrición desequilibrada: menos que las necesidades corporales (00002)	inadecuada ingesta de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.	● El peso corporal de 20% o más por debajo de la ingesta de alimentos ● óptima menos de la ingesta diaria recomendada (RDI) percepciones incorrectas ●	● ingesta insuficiente de alimentos
Dominio 2. nutrición Clase 5. hidratación pobres líquido volumen (00027)	intravascular Reducido, intersticial y / o el fluido intracelular. se refiere a la deshidratación, pérdida de agua solamente, no hay cambio en el sodio.	● Los cambios en la turgencia de la piel ● reseca la piel pérdida de peso repentina sequedad de las ● mucosas ●	● la ingesta de líquidos insuficiente
Dominio 3. La eliminación y el intercambio Clase 2. la función gastrointestinal Fría (00011)	Disminución de la frecuencia normal de las heces, acompañado por la eliminación difícil o incompleta de las heces y / o la eliminación excesivamente duro, heces secas.	● Reducción de la anorexia ● dolor abdominal en la ● frecuencia de las deposiciones Incapacidad de defecar Fatiga ● ●	● la actividad física diaria promedio que el recomendado para la edad y el sexo reciente cambio ambiental ● deshidratación ●

			● Cambio en los hábitos alimenticios
Dominio 3. La eliminación y el intercambio Clase 2. la función gastrointestinal motilidad gastrointestinal disfuncional (00196)	la actividad peristáltica aumentado, disminuido o ausente ineficaces en el sistema gastrointestinal.	● Abdominal dificultad ● para defecar dolor	● Ansiedad La ● desnutrición Estilo ● de vida sedentario
9 de dominio. Hacer frente / estrés Clase 2. las respuestas de enfrentamiento Pesar (00136)	proceso normal y complejo que incluye las respuestas emocionales y comportamientos, físicas, espirituales, sociales e intelectuales, a través del cual los individuos, las familias y las comunidades incorporan una pérdida real, anticipada o percibido en su vida diaria.	● Cambio en los cambios del nivel de actividad en los patrones de sueño ● Culpar sentido ● Encontrando en la ● pérdida de conexión con ● el sufrimiento psicológico ● Mantenimiento fallecido ●	● (N)
9 de dominio. Hacer frente / estrés Clase 1. respuestas postraumáticas síndrome de estrés para el cambio (00114)	trastornos fisiológicos y / o psicosocial de transferencia resultante de un entorno a otro.	● Siendo el cambio solo ● en el patrón de sueño ● Miedo Soledad ● ●	● Pasar de un ambiente a otro aislamiento social ●
9 de dominio. Hacer frente / estrés Clase 2. las respuestas de enfrentamiento afrentamiento ineficaces (00069)	norma de evaluación de factores de estrés no válido con esfuerzos y / o de comportamiento cognitivo, que la falta de control de las exigencias relativas al bienestar.	● Los cambios en los patrones de sueño ● Fatiga Incapacidad ● para manejar una situación de estrategias de afrontamiento ● ineficaces acceso insuficiente al apoyo social de ● comportamiento dirigido objetivos insuficientes ●	● inadecuada confianza en la capacidad de hacer frente a la situación de control ● insuficiente Sensación de apoyo social insuficiente ●
9 de dominio. Hacer frente / el estrés y la molestia cognoscitivo	estados cognoscitivo	● Temor de desarrollar	● (N)

Clase 2. las respuestas de enfrentamiento ansiedad muerte relacionada (00147)	la percepción de una amenaza real o imaginaria a su propia existencia.	la muerte prematura de la • enfermedad terminal de - la sensación de • impotencia miedo	
9 de dominio. Hacer frente / estrés Clase 2. las respuestas de enfrentamiento Disposición para la mejora de la resiliencia (00212)	Capacidad estándar para recuperarse de situaciones adversas o cambios percibidos, a través de un proceso dinámico de adaptación, que pueden ser mejoradas.	• deseo expreso de - aumentar la resistencia - expresó el deseo de • aumentar la sensación - de control expresó el - deseo de aumentar el - uso de estrategias de • afrontamiento	• (N)

6.5.3 nuevos diagnósticos potenciales

Es muy posible, como en el caso de la Sra E (▶ Fig. 6.4), los nuevos datos dará lugar a la nueva información y, a cambio, los nuevos diagnósticos. Las mismas preguntas que se utilizan para eliminar posibles diagnósticos se deben utilizar en el análisis de estos nuevos diagnósticos.

6.5.4 La diferenciación entre diagnósticos similares

Para reducir sus posibles diagnósticos, es útil tener en cuenta los que son similares, pero tienen algún aspecto diferente, lo que provoca una mayor relevancia para el paciente que la otra. Consideremos de nuevo nuestro paciente Sra. E. Después de una evaluación exhaustiva, la enfermera había alcanzado los 10 posibles diagnósticos .; uno fue eliminado, dejando nueve posibles diagnósticos. Una forma de comenzar el proceso de diferenciación es comprobar en los diagnósticos se encuentran en la taxonomía de la NANDA-I. Esto le da una idea de cómo los diagnósticos se agrupan en un área más amplia de los conocimientos de enfermería (dominio) y subcategorías, o grupo de diagnósticos con atributos similares (clase).

Después de la eliminación de un diagnóstico para el cual la Sra Y no mostró factores relacionados, un rápido vistazo ▶ Tabla 6.1 muestra que

enfermera está considerando las siguientes: dos diagnósticos en el dominio de Nutrición (*la nutrición desequilibrada: menos que las necesidades corporales* y *volumen de líquido pobre*); dos en el dominio de eliminación y el intercambio (*estreñimiento* y *motilidad gastrointestinal disfuncional*); cuatro en hacer frente tolerancia dominio / estrés (*lamentar, síndrome de estrés para el cambio, afrontamiento ineficaces* y *disposición para mejorar la capacidad de recuperación*) y uno en Comfort dominio (*dolor agudo*).

Cuando analizo la información del paciente, relacionando dos diagnóstico similar ...

- Diagnóstico comparten un enfoque similar o son diferentes? Si la proporción de
- diagnóstico un enfoque similar, uno está más centrado / específica que el otro?
- Un diagnóstico conduce potencialmente a otras personas que se identificaron? Es decir, que podría ser el factor causante de otro diagnóstico?

Cuando la enfermera debe tener en cuenta lo que sabe acerca de la señora Y, se pueden observar las respuestas identificadas como posibles diagnósticos a la luz de estas preguntas. . Sin lugar a dudas, la Sra E es deshidratada; Parece, sin embargo, que la reducción nutricional (*la nutrición desequilibrada: menos que las necesidades corporales*) y agua (*volumen de líquido pobre*) así como su posterior

estreñimiento En realidad, son consecuencias de sus respuestas *ponderar* y *síndrome de estrés para el cambio*, y no es específico de una cuestión de falta de alimentos / líquidos, la motilidad o gastrointestinal (*motilidad gastrointestinal disfuncional*). Así, mientras que la enfermera está preocupado por la ingesta de alimentos y agua a este paciente, tener que tratar el síntoma del estreñimiento, creemos que estos problemas pueden abordarse mejor en el largo plazo, con el tratamiento de *ponderar* y *del síndrome de estrés cambio* que, por profesionales, constituyen las causas subyacentes de la situación actual de la salud de la señora E.

Después de hablar con la Sra Y la enfermera también se cree que utilizar el diagnóstico de la promoción de la salud *disposición para mejorar la capacidad de recuperación* ofrecer el mejor soporte para el paciente y para establecer objetivos en el

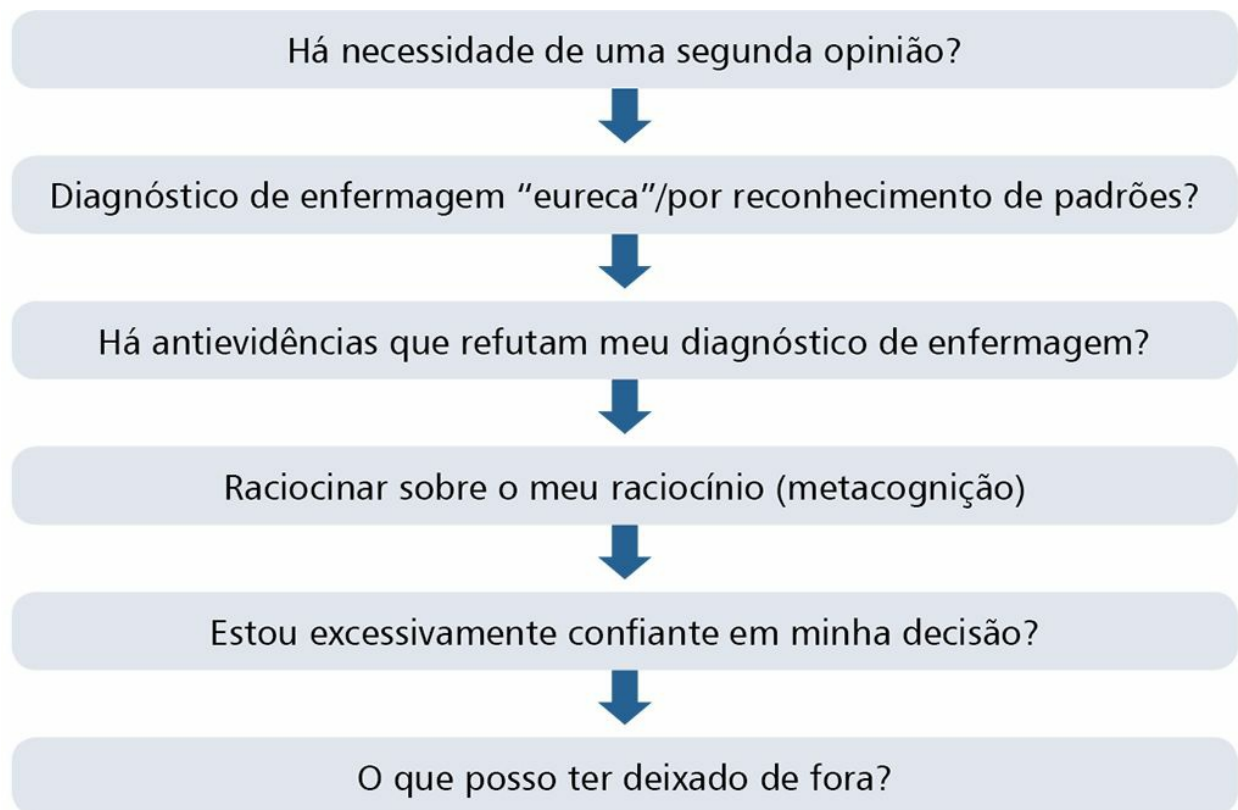
alimentos y condición del agua, la actividad física y la eliminación intestinal, al mismo tiempo reforzar su capacidad de volver a controlar sus vidas y mejorar su capacidad de resistencia.

Como para el diagnóstico en el campo ubicado afrontamiento / estrés, todo el mundo está en la misma clase (las respuestas de enfrentamiento), excepto *síndrome de estrés para el cambio* (respuestas postraumático). Aunque la Sra Y estar relacionado con factores *afrontamiento ineficaces*, la enfermera reconoce que ella expresó su deseo de mejorar la capacidad de recuperación y sentir a trabajar en una perspectiva de promoción de la salud (*disposición para mejorar la capacidad de recuperación*) puede ser más positivo para el paciente. Esto, junto con la creencia de que el mencionado ajuste de la meta puede ser utilizado en este diagnóstico con el fin de tratar el tema de la nutrición, líquidos y estreñimiento, puede hacer el diagnóstico más apropiado a la Sra E. **señorita. Y es, sin lugar a dudas que experimenta ponderar la pérdida del cónyuge, compañero de casi 60 años.** Aunque es un proceso normal, la enfermera está preocupado por el hecho de que el paciente no pueda estar tomando en cuenta las propias necesidades básicas. Siente que es imperativo que la señora y admite su pesar trabajar con él esta respuesta. Esto puede ser una evaluación más crítica, como la Sra .. Y también se trata de *síndrome de estrés para el cambio* después de ir a vivir en una institución para personas mayores independientes.

Por último, es importante controlar la *dolor agudo* Nos sentimos por el paciente. Como uno de los objetivos es hacer que este paciente más activo para apoyar la eliminación normal del intestino y ayudar a su bienestar general, es importante para aumentar su comodidad para que el dolor no prohíbe a aumentar su nivel de actividad.

Una herramienta de pensamiento (▶ Fig. 6.5) utilizado por nuestros colegas en la medicina puede ser útil como una revisión antes de la determinación de su (s) diagnóstico (s) extremo (s); en Inglés, esta herramienta es un acrónimo, que no se refleja en la traducción (TOW MAR; Rencic, 2011). Esta herramienta también se puede adaptar fácilmente a los diagnósticos de enfermería.

Figura 6.5 herramienta de pensamiento para la toma de decisiones de diagnóstico. (Adaptado de Rencic, 2011.)



Siempre es útil pedir a un colega o un especialista *segunda opinião* si no está seguro en cuanto al diagnóstico correcto. El diagnóstico que se está analizando es el resultado de un momento " *Eureka* "? Reconociste una *estándar* los datos recogidos y en la entrevista con el paciente? Se confirmó este patrón mediante el análisis de los indicadores de diagnóstico (características definitorias, factores relacionados)? coleccionado *antievidências*: datos que parecen refutar este diagnóstico? Es capaz de justificar el diagnóstico incluso con estos datos, o que sugieren que se debe hacer un análisis más detallado? *Razonar acerca de su razonamiento*: Era lógico, racional, basado en su conocimiento de la ciencia de la enfermería y la respuesta humana que se diagnostica? ¿Necesita más información acerca de la respuesta antes de que esté listo para su confirmación? es *exceso de confianza*? Esto puede suceder si está acostumbrado a pacientes con ciertos diagnósticos; así, "saltar" a un diagnóstico en lugar de realmente aplicar habilidades de razonamiento clínico. Por último, *que pueden haber dejado fuera*? Hay otros datos que usted necesita para recoger o revisar para validar, confirmar o descartar un diagnóstico de enfermería

potencial? El uso de esta herramienta puede ayudar en la validación de su proceso de razonamiento clínico y aumentar la probabilidad de un diagnóstico preciso.

6.5.5 Priorización de diagnóstico

El último paso es determinar (s) diagnóstico (s) que va (se) guiar la intervención para el paciente. . Después de analizar toda la enfermera aprendido acerca de su paciente, la señora E, el profesional puede haber determinado cuatro diagnósticos clave:

- El dolor agudo (00132)
- Pesar (00136)
- síndrome de estrés para el cambio (00.114) Provisión
- para mejorar la resiliencia (00212)

Recuerde que el proceso de enfermería, que incluye una reevaluación del diagnóstico, es un proceso continuo y, como más datos disponibles y se cambian las condiciones del paciente (S) diagnóstico (s) puede (m) también cambian - o prioridad se puede cambiar. Replantearse por un momento en la evaluación de cribado realizado por la enfermera de la señora E. ¿Se da cuenta de que, sin seguimiento adicional, el profesional habría fallado en ver la importancia de diagnóstico *ponderar es de síndrome de estrés para el cambio*, además de una oportunidad de promoción de la salud para el paciente (*disposición para mejorar la capacidad de recuperación*), y podría haber desarrollado un plan que aborda aspectos que no resolvería los problemas subyacentes del paciente? Se puede entender por qué la idea de "elegir" un diagnóstico de enfermería para seguir el diagnóstico médico no es la forma correcta de actuar? evaluación continua del paciente proporciona mucha más información que puede ser utilizada para determinar no sólo los diagnósticos apropiados, pero los resultados e intervenciones realistas que mejor se adaptan a las necesidades individuales de la Sra E.

6.6 Resumen

La evaluación juega un papel clave en la enfermería profesional y requiere una comprensión de los conceptos de ancianos, en los que se hacen diagnósticos. Recopilar datos con el único propósito de completar los huecos en una forma requerida o una pantalla de ordenador es una pérdida de tiempo y, por supuesto, no ofrece el servicio de apoyo individualizado a los pacientes. Una colección de datos orientados a identificar la información clave, con el análisis de los diagnósticos de enfermería, lo que conduce a una evaluación detallada para validar y priorizar diagnósticos: esta es la principal característica de la enfermería profesional. Por lo tanto, aunque pueda parecer simple, estandarizar los diagnósticos sin una evaluación puede ya menudo genera diagnósticos erróneos,

6.7 Referencias

La prohibición de M. El razonamiento clínico y su aplicación a la enfermería: conceptos y estudios de investigación. *enfermera*

Educ Pract. 2008; 8 (3): 177-183 Bellinger G, D Castro, Mills A. *Datos, información, conocimiento y sabiduría.* Disponible en:

otec.uoregon.edu/data-wisdom.htm. Consultado el 27 de febrero de, 2017.

Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, escala Holman V. El Braden para predecir la presión dolor de riesgo.

Nurs Res. 1987; 36 (4): 205-210 Cambridge University Press. *Cambridge Diccionario en línea.* Cambridge, Reino Unido: Cambridge University
prensa; 2017. Disponible en: <http://dictionary.cambridge.org/us/dictionary/english/subjective>

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Acerca de IMC de los adultos. 2015. Disponible en: http://www.cdc.gov/healthyweight/Evaluación/IMC/adult_bmi

Gordon M. *Diagnóstico de enfermería: Proceso y aplicación.* 3ª ed. St. Louis, MO: Mosby; Evaluar 1994 Gordon M. Notas: *Enfermería Evaluación y razonamiento diagnóstico.* Philadelphia PA: FA Davis; 2008

Herdman, Gestión de casos TH empleando enfermería de diagnóstico de la NANDA Internacional
[La gestión de casos utilizando los diagnósticos de enfermería NANDA Internacional]. XXX CONGRESO FEMAFEE 2013. Monterrey, México

Koharchik L, L Caputi, Robb M, Culleton AL. El fomento de razonamiento clínico en enfermería: ¿cómo se puede
instructores imparten ajustes en la práctica esta habilidad esencial?. *Am J Nurs.* 2015; 115 (1): 58-61 Merriam-Webster.com. *Subjetivo.*
Merriam-Webster; ND Disponible en: www.merriam-webster.com/diccionario/Subjetivo

Oliver D, M Britton, Semilla P, Martin FC Hopper AH. Desarrollo y evaluación de las pruebas basadas
herramienta de evaluación de riesgos (estratificar) para predecir qué pacientes ancianos caerán: estudios de casos y controles y de cohortes. *BMJ.*
1997; 315 (7115): 1049-1053 pericia docente Rencic J. Doce en consejos para el razonamiento clínico. *Teach Med.* 2011; 33 (11): 887-892
Simmons B. El razonamiento clínico: análisis de concepto. *J Adv Nurs.* 2010; 66 (5): 1151-1158 Tanner CA. Pensando como una enfermera: un
modelo basado en la investigación del juicio clínico en enfermería. *J Nurs*
Educ. 2006; 45 (6): 204-211

Joven AM, Kidston S, Bancos MD, Mudge AM, Isenring EA. La desnutrición herramientas de detección de comparación:
contra dos métodos de evaluación de la nutrición validados en pacientes médicos mayores. *Nutrición.* 2013; 29 (1): 101-106

Zimmerman F, I Chelminski, McGlinchey JB Posternak MA. Una depresión resultado clínicamente útil
escala. *Compr Psychiatry.* 2008; 49 (2): 131-140

[*Nurse Practitioner*] RT N. Enfermeras clínicas pueden, en algunos estados de Estados Unidos, solicitar e interpretar las pruebas
de diagnóstico, prescribir medicamentos y realizar algunos procedimientos. Esta categoría no existe en Brasil.

7 Introducción a la Taxonomía de diagnósticos

Enfermería NANDA Internacional

T. Heather Herdman

7.1 Introducción

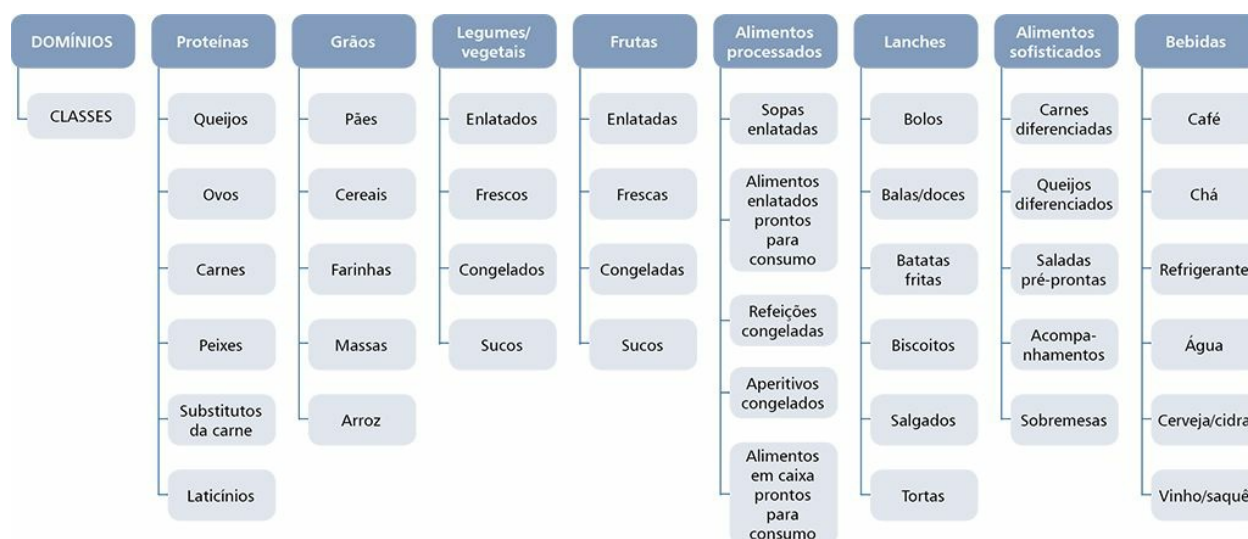
NANDA International, Inc., ofrece una *terminología* diagnósticos estandarizados de enfermería y características todo ello en un esquema clasificatorio, más específicamente una *taxonomía*. Es importante entender un poco acerca de una taxonomía, y cómo se diferencia de una terminología. Así que vamos a hablar de lo que realmente es una *taxonomía*. una *terminología* es un sistema de términos especializados, mientras que una *taxonomía* Es una técnica que se utiliza para crear un sistema para ordenar estos términos. En relación con la enfermería, *terminología* los diagnósticos de enfermería de la NANDA-I incluye términos definidos (títulos) utilizados para describir los juicios clínicos realizados por profesionales de enfermería: los propios diagnósticos. Una definición de *taxonomía* NANDA-I podría ser "/ ensayos clínicos sistemáticos a fenómenos de pedidos, que define el conocimiento de la disciplina de enfermería." Más sencillamente, la Taxonomía de los diagnósticos de enfermería de la NANDA-I es un sistema de clasificación para ayudar en la organización de los conceptos relativos (juicios de ancianos o diagnósticos de enfermería) a la práctica de enfermería. una *taxonomía* Es una manera de clasificar u ordenar las cosas en categorías; Se trata de un esquema de clasificación jerárquica de los grupos principales, subgrupos y artículos. Se puede comparar una *taxonomía* un mueble con cajones para archivar - en un cajón (dominio) que puede almacenar toda la información que tenga sobre sus cuentas / deudas. En este cajón, carpetas individuales se pueden guardar (clases) para los diferentes tipos de cuentas / deudas, porque la casa, el coche, la salud, el cuidado de los niños, animales, etc. En cada carpeta (clase), que tendría cuentas individuales, que representan a cada tipo de deuda (diagnósticos de enfermería). La taxonomía biológica actual se originó con Carl Linnaeus en 1735. En un principio se identificó tres reinos (animal, vegetal y mineral), que luego se divide en clases, órdenes, familias, géneros y especies (Quammen, 2007). Es muy posible que usted tiene

aprendido a la taxonomía biológica revisada en una clase de ciencia básica en la escuela secundaria o la universidad. una *terminología*, Por otro lado, es un lenguaje utilizado para describir algo específico; es el lenguaje utilizado en una disciplina en particular a la descripción de su experiencia. Por lo tanto, los diagnósticos de enfermería forman un lenguaje específico de una disciplina. Cuando, a continuación, queremos hablar de los propios diagnóstico, estamos hablando de

terminología del conocimiento en enfermería. Si queremos hablar de cómo estructuramos o categorizar los diagnósticos de la NANDA-I, estamos hablando de *Taxonomía*.

Piense en la taxonomía relacionada con algo que todos tenemos que lidiar en la vida cotidiana. Cuando tenga que comprar comida, ir al mercado. Supongamos que hay un nuevo mercado en su vecindario, llamada *mercado categorizado, Ltda.* Usted decide ir a este lugar para hacer la compra. Entrar en el mercado, tenga en cuenta que la disposición de los elementos parece bastante diferente de la organización con la que se utiliza, pero la persona que recibe el establecimiento de la entrada le da un diagrama ayuda a saber dónde se encuentra cada elemento (► Fig. 7.1).

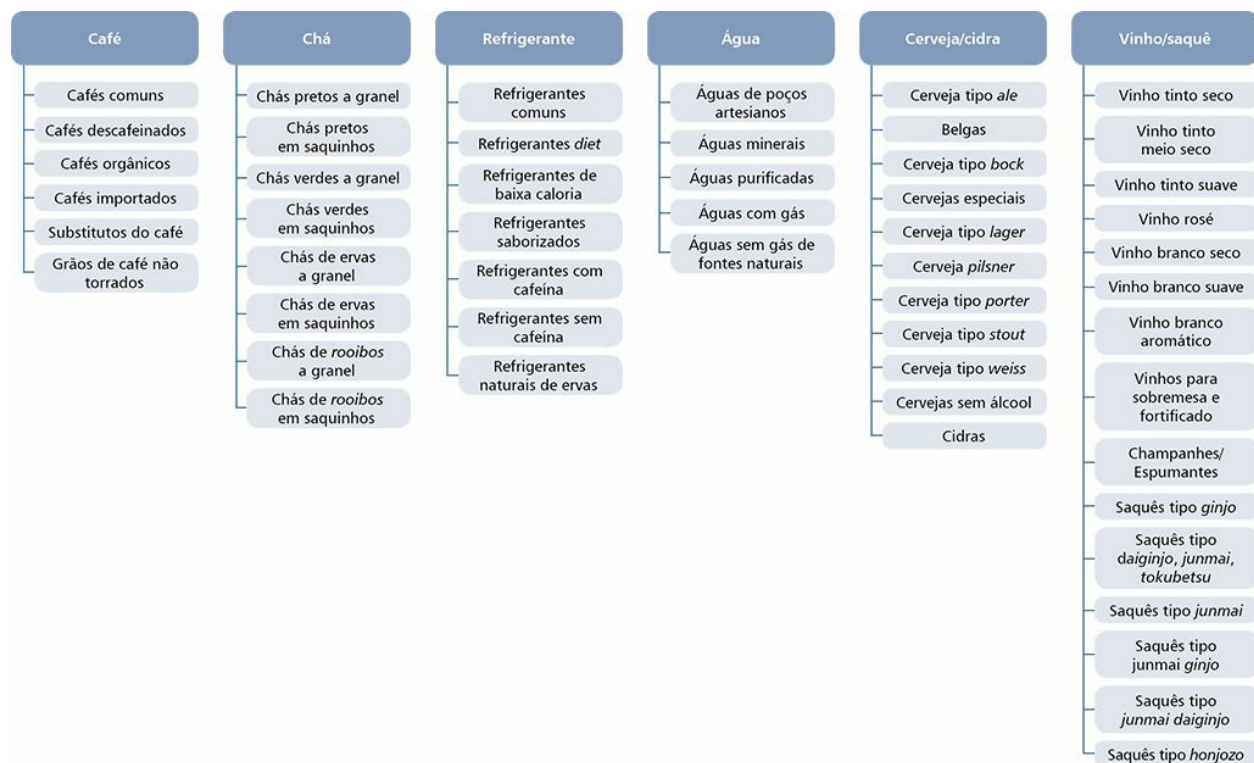
Figura 7.1 Dominios y clases *mercado categorizado, Ltda.*



Como se puede ver, los objetos en el Mercado organizados en ocho categorías principales, o corredores de elementos: proteínas, granos, verduras / frutas, verduras,

alimentos procesados, aperitivos, sofisticada comida y la bebida. Estas categorías / corredores también pueden ser llamados "dominios" - son los niveles de clasificación más completos, que dividen los fenómenos en grupos grandes. En este caso, los fenómenos representan "los alimentos". También puede observar que el diagrama no sólo muestra los ocho corredores; cada uno tiene algunas expresiones clave que ayudan a los consumidores a entender aún más los tipos de alimentos que se encuentran en cada pasillo. Por ejemplo, el pasillo (dominio) con el título "bebidas" muestra seis sub-categorías: "el café", "té", "refresco", "agua", "cerveza / sidra" y "vino / beneficio". Otra forma de decir esto sería que estas subcategorías son "clases" de productos que se encuentran en el "dominio" de las bebidas. Una de las reglas que la gente trata de seguir a la hora de desarrollar una taxonomía es que las clases son mutuamente excluyentes - en otras palabras, un tipo de alimento no debería hallarse en varias clases. Esto no siempre es posible, aunque todavía debe ser el objetivo, ya que deja todo claro para aquellos que quieren utilizar la estructura. Si encuentra Queso *cheddar* en el pasillo de las proteínas, aunque el hallazgo en el pasillo de aperitivo, es difícil entender el sistema de clasificación utilizado. Volviendo al análisis del diagrama de nuestro mercado, **no hay más información que añadir (▶ Fig. 7.2). Cada uno de los corredores con los alimentos se explica mejor con información más detallada acerca de los elementos que se encuentran en los distintos corredores. Por ejemplo, ▶ La figura 7.2 muestra la información detallada que se encuentra en el pasillo de "bebidas". Se dará cuenta de los seis "clases" con cada detalle adicional para cada uno de ellos. Estos representan diversos tipos (o conceptos) de bebidas, todos comparten propiedades similares que los agrupan en el mismo conjunto.**

Figura 7.2 Las clases y tipos (conceptos) de bebidas *mercado categorizado, Ltda.*



Con la información recibida, nos encontramos con facilidad los elementos de la lista de compras. Si queremos encontrar un poco de soda con cafeína, rápidamente logrado encontrar el pasillo marcado como "bebidas", la plataforma marcada "suave", y podemos confirmar que la cafeína están ahí. Del mismo modo, si queremos té verde a granel, intente ejecutar las "bebidas", encontramos la plataforma marcado con la palabra "té" y se encontró después de "Los téos verdes a granel." El propósito de esta taxonomía de los alimentos a continuación, se ayuda a los consumidores a determinar rápidamente esa parte del mercado con los elementos nutricionales que desean comprar. Sin ella, la gente tendría que ir demasiado lejos por los pasillos y tratar de entender qué productos están en ese corredor - dependiendo del tamaño de supermercados, esto podría ser una experiencia muy frustrante y confuso! Por lo tanto, el diagrama proporcionado por los empleados muestra un "mapa conceptual" o una guía para los compradores a entender rápidamente cómo los alimentos se clasificaron en el mercado local, en busca de mejorar la experiencia del consumidor.

Por ahora, es probable que pueda tener una buena idea de lo difícil que es desarrollar una taxonomía que refleja los conceptos que intenta ordenar de manera clara, concisa y coherente. Pensando en el ejemplo del mercado, se puede imaginar diferentes formas de agrupar los alimentos? Este ejemplo de una taxonomía de los alimentos no se puede lograr el objetivo de evitar la superposición entre las clases y los conceptos de una manera lógica a todos los consumidores. Por ejemplo, el jugo de tomate es en el campo

legumbres / verduras (jugos de verduras / hortalizas), pero no en el campo bebidas.

A pesar de que un grupo de personas puede encontrar esta lógica y clara categorización, otros pueden sugerir que todas las bebidas se ponen juntos. Lo que importa es una distinción clara entre los dominios; es decir, que todas las verduras / hortalizas y productos, ya que se encuentran en el campo de la verdura / planta, mientras que las bebidas que contienen las bebidas de dominio que no tienen estos elementos como una base. El problema con esta distinción es que alguien puede argumentar que los vinos y otras bebidas (como sidras) tienen que estar en la carrera de frutas y cervezas y el amor en los granos!

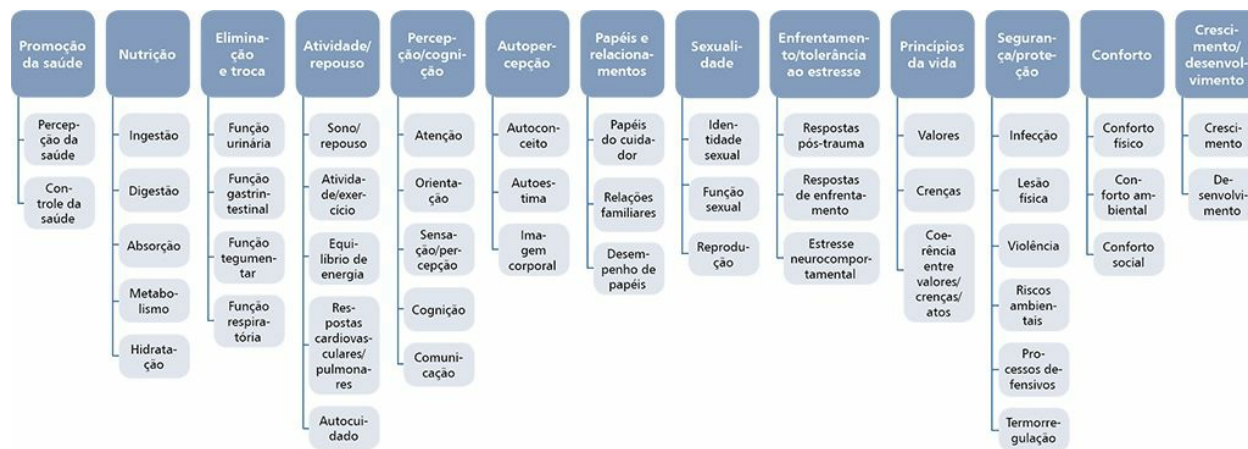
Las taxonomías son una tarea permanente: que continúan creciendo, evolucionando e incluso cambiar la forma impactante como un mayor conocimiento sobre el campo de estudio se desarrollan. Por lo general, se produce mucha discusión acerca de lo que es la mejor estructura para clasificar los fenómenos de interés para diferentes disciplinas. Hay muchas maneras diferentes de clasificar las cosas y en realidad hay una manera "absolutamente correcto". El objetivo es encontrar una manera lógica y coherente de clasificar cosas similares al mismo tiempo, evitar la superposición de los conceptos y clases. Para los usuarios de taxonomías, buscamos entender cómo valoran conceptos similares en las zonas y clases con el fin de identificar los conceptos específicos de forma rápida cuando sea necesario.

7.2 Clasificación en enfermería

Profesiones organizan su conocimiento formal a las dimensiones coherentes, lógicas y conceptuales para que reflejen su ámbito profesional, por lo que es relevante para la práctica clínica. Para los profesionales de la salud, conocer el diagnóstico es una parte importante de los conocimientos profesionales y es esencial para la práctica clínica. Por lo tanto, el conocimiento de los diagnósticos de enfermería debe organizarse para legitimar la práctica profesional y la consolidación de la jurisdicción de esa profesión (Abbott, 1988).

En la taxonomía de diagnósticos de enfermería de la NANDA-I, se utiliza una tabla jerárquica para mostrar nuestros dominios y clases (► Fig. 7.3). Diagnostica mismos no se describen en esta gráfica, aunque podrían ser. La razón principal de no inclusión es la existencia de 244 diagnósticos, lo que dejaría el gráfico bastante grande - y difícil de leer!

Figura 7.3 Dominios II y clase Taxonomía NANDA-I.



Una clasificación es una forma de entender la realidad, dando nombres de artículos, objetos y fenómenos y la clasificación en categorías (von Krogh, 2011). En el cuidado de la salud, los sistemas de clasificación denotan conocimiento de disciplinas y demuestran cómo ciertos grupos de profesionales cuenta de las áreas importantes del conocimiento disciplina. Por lo tanto, un sistema de clasificación en el cuidado de la salud tiene múltiples funciones, incluyendo

- proporcionar una visión del conocimiento y de la profesión específica de áreas de práctica;
- organizar los fenómenos con el fin de reflejar los cambios en la salud, en los procesos y mecanismos de interés para los profesionales; mostrar la conexión lógica entre los
- factores que pueden ser controlados o manipulados por disciplina profesional (von Krogh, 2011).

En la enfermería, es de suma importancia que los diagnósticos se clasifican de manera que tenga sentido clínico; por lo que cuando una enfermera está tratando de identificar un diagnóstico que no suele encontrar en la práctica puede, por definición, utilizar la taxonomía para encontrar la información adecuada acerca de los posibles diagnósticos relacionados. Aunque la Taxonomía II de la NANDA-I (▶ Fig. 7.3) *no* tiene la intención de actuar como un marco para la evaluación del paciente, es una estructura de clasificación de diagnósticos de enfermería en los campos y clases, cada uno claramente definido. en ▶ Figura 7.4, nos dan un ejemplo de lo que sucedería si incluimos diagnósticos de enfermería en la representación gráfica de la taxonomía. Sólo se muestra uno de los dominios, con sus clases y diagnósticos de enfermería, y como se puede ver, hay mucha información para ser representados en un gráfico.

Figura 7.4 Dominio 2 NANDA-I *la nutrición*, con la clase y los diagnósticos de enfermería.

Domínio 2: Nutrição

1. Ingestão

Produção insuficiente de leite materno

Amamentação ineficaz

Amamentação interrompida

Disposição para amamentação melhorada

Deglutição prejudicada

Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente

Dinâmica alimentar ineficaz da criança

Dinâmica de alimentação ineficaz do lactente

Padrão ineficaz de alimentação do lactente

Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais

Disposição para nutrição melhorada

Obesidade

Sobrepeso

Risco de sobrepeso

2. Digestão

3. Absorção

4. Metabolismo

Risco de função hepática prejudicada

Risco de glicemia instável

Hiperbilirrubinemia neonatal

Risco de hiperbilirrubinemia neonatal

Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico

5. Hidratação

Risco de desequilíbrio eletrolítico

Volume de líquidos deficiente

Risco de volume de líquidos deficiente

Volume de líquidos excessivo

Risco de volume de líquidos desequilibrado

conocimientos de enfermería incluyen respuestas, los riesgos individuales y positivos, familiar, grupal y comunitaria. La taxonomía de la NANDA-I quiero trabajar en las siguientes maneras:

- proporcionar un modelo o mapa cognitivo, la disciplina de los conocimientos de enfermería;
- comunicar este conocimiento, sus aspectos y teorías; proporcionar la estructura y el fin de
- este conocimiento; función como instrumento para apoyar el razonamiento clínico; ofrecer
- una manera de organizar los diagnósticos de enfermería en un registro médico electrónico
- (adaptado de von Krogh, 2011).

7.3 Cómo utilizar la taxonomía de la NANDA-I

Aunque la taxonomía proporciona una manera de categorizar los fenómenos de enfermería, puede tener otras funciones. Es capaz de ayudar a los profesores universitarios para desarrollar un plan de estudios de enfermería, por ejemplo, una enfermera y ayudar a identificar un diagnóstico para que no utilice a menudo, aunque pudiera ser necesario para un paciente en particular. Veamos los dos.

7.4 Estructuración de programas de estudios de enfermería

Aunque la Taxonomía NANDA-I de la enfermería no tiene intención de ser un marco (instrumento de recolección de datos) la valoración de enfermería, es capaz de apoyar la organización de cursos de grado. Por ejemplo, los planes de estudio puede ser desarrollada por los campos y las clases, lo que permite las materias de enseñanza basado en los conceptos esenciales de la práctica de enfermería, categorizados en cada uno de los dominios de la NANDA-I.

Una disciplina se organiza en torno al campo de la nutrición (▶ Fig. 7.4) con unidades basadas en cada clase. En la Unidad 1, el foco puede estar en la ingesta, y el concepto de nutrición equilibrada sería investigado en profundidad. ¿Qué es? Cómo afecta a la salud individual y familiar? ¿Cuáles son los problemas más comunes relacionados con la nutrición que se enfrentan nuestros pacientes? ¿En qué tipo de pacientes con más probabilidades de identificar estas condiciones? ¿Cuáles son las causas principales? ¿Cuáles son las consecuencias si estas condiciones no son diagnosticados y / o tratados? ¿Cómo podemos prevenir, tratar y / o mejorar estas condiciones? ¿Cómo podemos controlar los síntomas?

El desarrollo de un plan de estudios de enfermería en torno a estos conceptos clave de los conocimientos de enfermería permite a los estudiantes a entender realmente y adquieren habilidades en el conocimiento de enfermería, mientras aprenden y entienden las condiciones médicas y diagnósticos médicos relacionados, también se encuentra en la práctica todos los días. El desarrollo de las disciplinas de enfermería a lo largo de estas líneas permite a los estudiantes una gran cantidad de aprendizaje en el conocimiento de enfermería. estándar de energía, alimentos dinámica, la lactancia materna, la nutrición saludable y la deglución efectiva son algunos de los **conceptos clave de dominio 2, Nutrición** (▶ Fig.

7.4) - son el "estado neutral" tenemos que entender antes de que seamos capaces de identificar **problemas potenciales o reales en estas respuestas. comprensión *nutrición equilibrada*, por ejemplo**, como un concepto esencial de la práctica de enfermería requiere un sólido conocimiento de la anatomía, fisiología y fisiopatología (incluyendo diagnósticos médicos relacionados), así como las respuestas de otros dominios que pueden coincidir con problemas en la nutrición equilibrada. Cuando realmente entender el concepto de

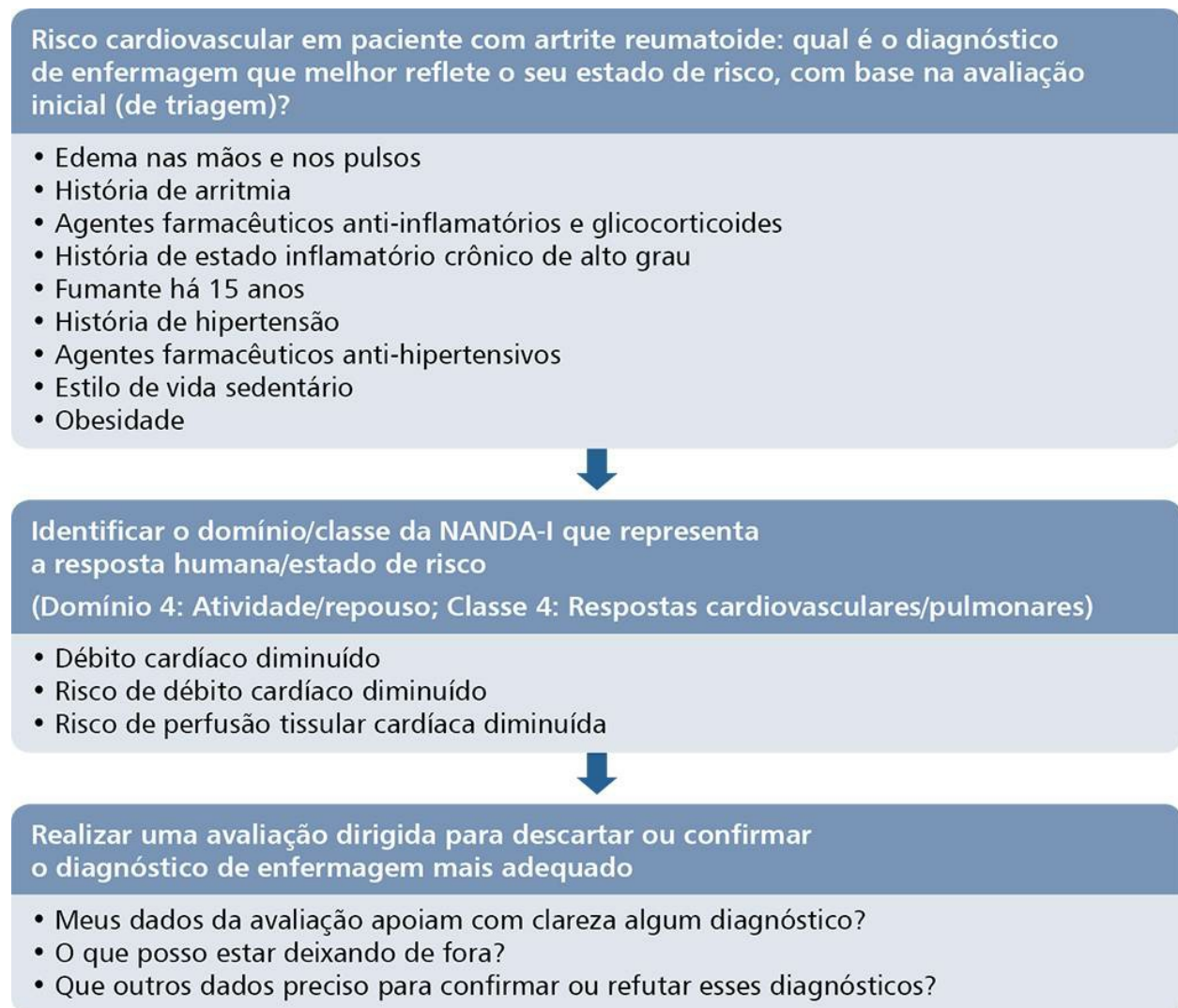
nutrición equilibrada (el estado "normal" o neutro), la identificación del estado anormal se hace más fácil porque usted sabe lo que se encontró cuando la nutrición es equilibrada; si los datos son diferentes, se empieza a sospechar la existencia de un problema (o el riesgo de aparición de un problema). Así elaboradas disciplinas de enfermería en torno a estos conceptos esenciales permite a los profesores a centrarse en los conocimientos de enfermería de disciplina (ciencia) y luego incorporar diagnósticos médicos relacionados y / o preocupaciones interdisciplinarias, por lo que las enfermeras son capaces de concentrarse primero en los fenómenos de enfermería para luego aportar su experiencia a una visión interdisciplinaria del paciente, la mejora de la atención al paciente.

7.5 La identificación de un diagnóstico de enfermería fuera del área de *pericia*

enfermeras adquieren *pericia* en diagnósticos de enfermería que son más frecuentes en la práctica clínica. Si su área de interés es la práctica de enfermería cardiovascular, su *pericia* puede incluir conceptos clave como *actividad tolerancia, el patrón respiratorio y gasto cardíaco*,

entre otros. Pero usted toma el cuidado de los pacientes, a pesar de que están bajo su cuidado principalmente debido a un evento cardíaco, sino que también tienen otros problemas que requieren su atención. Una taxonomía de la NANDA-I puede ser útil en la identificación de posibles diagnósticos para estos pacientes y el apoyo a sus habilidades de razonamiento clínico, aclarando qué / indicadores de diagnóstico se necesitan datos de la evaluación para la identificación rápida y precisa de los diagnósticos de sus pacientes. Vamos a suponer, a admitir una mujer de 45 años de edad para reparar una hernia inguinal, se descubre que ella tiene artritis reumatoide (AR) y varios factores de riesgo cardíaco significativos. Los estados de los pacientes que el dolor es por lo general entre 5 y 6 en una escala de 10 puntos, y las filas de los 6 días; Tiene nódulos reumatoides y la hinchazón bastante evidente en las manos y muñecas. Se fumador, describe el nivel de actividad física como mínimo y su índice de masa corporal (IMC) es de 27,6. Ella tiene un historial de hipertensión y arritmia, aunque la presión arterial hoy parece estar bien controlada por anti-hipertensiva y detecta la ausencia de arritmia. Como usted no tiene mucha experiencia con pacientes con AR, decide examinar las implicaciones de la AR sobre el riesgo cardiovascular y notas que son preocupantes; los pacientes con AR tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular en comparación con los demás. El análisis de la investigación, se dan cuenta de que la carga inflamatoria y cardiotoxicidad relacionada con medicamentos antirreumáticos son importantes contribuyentes al riesgo cardiovascular. ¿Quieres registrar el riesgo de que el paciente, pero no está seguro del diagnóstico de enfermería más adecuada a esta situación. El examen de la taxonomía, pueden formar rápidamente un "mapa cognitivo" que puede ser útil para encontrar más información sobre el diagnóstico relevante para este paciente (▶ Fig. 7.5).

Figura 7.5 El uso de la Taxonomía NANDA-I para identificar y validar un diagnóstico de enfermería de su *especialización*.



¿Se preocupa de una respuesta cardiovascular, y una revisión rápida de la Taxonomía le lleva al dominio 4 (actividad / descanso), Clase 4 (respuestas cardiovasculares / pulmonares). Se da cuenta de que hay tres diagnóstico específicamente relacionada con las respuestas cardiovasculares y pueden revisar analíticamente las definiciones, las etiologías y los indicadores de diagnóstico para aclarar el diagnóstico más adecuado para este paciente. El uso de la Taxonomía por lo tanto apoya el razonamiento clínico, así como ayuda a orientarse en un gran volumen de información / conocimiento (244 diagnósticos!) Con eficiencia y eficacia. Una revisión de los factores

riesgo o relacionado y las características que definen estas tres diagnósticos son capaces de: (1) proporcionar datos adicionales necesarios para tomar una decisión informada y / o (2) le permiten comparar su evaluación con los indicadores de diagnóstico para diagnosticar a sus pacientes con precisión . Piense en un paciente reciente - fue difícil de diagnosticar su respuesta humana? Era difícil saber cómo identificar posibles diagnósticos? Taxonomía de soporte que puede identificar la posible modo de diagnóstico debido a la agrupación de diagnósticos en las clases y los campos representativa de áreas específicas del conocimiento. No se olvide, sin embargo, que ***basta con ver el título del diagnóstico y "elegir uno" no es una práctica segura!*** Es necesario revisar los indicadores de diagnóstico y definición (definición de las características, los factores de riesgo relacionados o) para cada potencial de diagnóstico, que le ayudará a identificar otros datos deben ser recogidos, o si hay datos suficientes para diagnosticar con precisión la respuesta humana del paciente.

Veamos el caso de estudio del Sr. S para entender cómo se puede utilizar la taxonomía como soporte para la identificación de posibles diagnósticos.

Estudio de caso: el Sr. S

Suponga que su paciente, el Sr. S, viudo, con 87 años de edad con quejas de dolor intenso e insoportable en la zona de la cadera derecha. El paciente vive en el cuidado de ancianos para la institución de dos años, desde la muerte de su esposa, y las autoridades locales se dio cuenta de que él está muy ocupado, mostrando señales de dolor severo cuando tratan de ayudarlo a caminar. Se evaluó a excluir la posibilidad de fractura o la necesidad de la reconstrucción de la cadera. Los empleados se dan cuenta de que el paciente ha hecho la otra de reemplazo de cadera hace tres años debido a la osteoporosis. Al parecer, la cirugía fue un éxito.

El Sr. S no muestra una hinchazón o hematoma en la zona de la cadera derecha, mientras se quejaba de dolor cuando se palpa la zona. Tiene buenas pulsos periféricos bilaterales en las extremidades inferiores y un tiempo de llenado capilar de 4 segundos estos fines. Su historial médico incluye derrame cerebral a los 80 años de edad. Como registros médicos de ese paciente, que presentó

parálisis inicial en el lado derecho y perdió toda función de la palabra. Recibido por vía intravenosa, alteplasa r-tPA, plasminógeno tisular un activador (TPA) y la movilidad totalmente recuperado y el habla. Fue en un centro de rehabilitación como paciente interno para 26 días hizo terapia del habla, ocupacional y física, y alzó la vista de forma independiente después de haber sido dado de alta. Presenta enfermedad de la arteria coronaria moderada, pero sin antecedentes médicos mayores más allá de eso. De acuerdo con el oficial que acompaña el Sr. S era activo hasta hace unas semanas cuando comenzó a quejarse de dolor. muy aficionado a los bailes de salón, haciendo ejercicios regulares en la institución y fue visto a menudo caminando y hablando con la gente, o paseando por el parque de la institución cuando el tiempo era bueno. El funcionario también señaló que recientemente, el Sr. S era menos sociable, no habiendo participado en diferentes actividades que por lo general aprecian. Informa aunque otros funcionarios atribuyen esto a su nivel de incomodidad.

Lo que más llama la atención sobre el Sr. S, sin embargo, es la retirada aparente, la casi ausencia de intercambio de ideas y el contacto con los ojos raros. Muestra dificultades para responder a las preguntas, y el personal de escolta por lo general da las respuestas de inmediato, evitando que el paciente tome por su cuenta. A pesar de su discurso no parece estar afectada, el paciente parece tener dificultades para encontrar respuestas para igualar las preguntas básicas, tales como la edad o el año de la muerte de su esposa.

Después de completar su evaluación y revisar el historial del paciente, usted cree que puede tener problemas relacionados con la cognición, aunque esta es un área de la enfermería tiene poca experiencia; existe la necesidad de un análisis de los posibles diagnósticos. Puesto que usted está considerando un problema cognitivo, examina la Taxonomía NANDA-I para identificar la ubicación lógica de estos diagnósticos. Identifica el dominio 5, Percepción / cognición, se ocupa de sistema de procesamiento de información humana, incluyendo la atención, orientación, la sensación, la percepción, la cognición y la comunicación. A medida que se está analizando temas relacionados con la cognición, que creo que este área tendrá diagnósticos relevantes para el paciente; rápidamente, a identificar la clase 4, la cognición. Un análisis de esta clase conduce a la identificación de

tres diagnósticos potenciales: confusión aguda, confusión crónica y deterioro de la memoria.

Las preguntas que usted debe preguntarse: ¿qué otras respuestas humanas deben descartar o tener en cuenta? ¿Qué otros signos / síntomas y etiologías debería buscar para confirmar este diagnóstico? Después de revisar las definiciones y los indicadores de diagnóstico (factores relacionados, las características definitorias y factores de riesgo), a diagnosticar el Sr. S con *confusión crónica* (00129).

Algunas preguntas finales deben incluir: estoy perdiendo algo? Estoy diagnosticar sin suficiente evidencia? Si usted cree que su diagnóstico es correcto, las preguntas son: ¿qué resultados puede esperar alcanzar de manera realista con el Sr. S? ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería basada en la evidencia que se debe tener en cuenta? ¿Cómo evaluará si eran eficaces o no?

7.6 Taxonomía de los diagnósticos de enfermería de Nanda-I: una breve historia

En 1987, publicado Taxonomía NANDA-I I, estructurado para reflejar los modelos teóricos de enfermería Norteamérica. En 2002, se adoptó la Taxonomía II, adaptado del marco de evaluación Patrones Funcionales de Salud, Dr .. Marjory Gordon. Este marco de evaluación es posiblemente el más utilizado en el mundo. En los últimos tres años, los miembros y usuarios de la NANDA-I evaluó la posibilidad de sustituir la Taxonomía II por una recomendación de una taxonomía III, desarrollado por el Dr. Gunn von Krogh (discutido en detalle en la 10ª edición de este libro). En el año 2016, esta taxonomía fue llevado a los miembros de la NANDA-I para la determinación de la organización para mantener o no la Taxonomía II o posiblemente pasar a esta nueva visión y adoptar la Taxonomía III. Tras la reflexión, el estudio y la discusión, Fue la decisión unánime de los miembros en el mantenimiento de la Taxonomía II. Funciona con la Taxonomía III podrán continuar, con la posibilidad de volver a ser reconsiderada por los miembros en el futuro.

la ► Tabla 7.1 muestra los dominios, y diagnósticos de enfermería clase, como actualmente situado en Taxonomía II NANDA-I.

tabla 7.1 Dominios, y diagnósticos de enfermería clase Taxonomía II de la NANDA-I

código	diagnóstico
Dominio 1. promoción de la salud	La percepción de bienestar o función normalmente y las estrategias utilizadas para mantener el control y mejorar este bienestar o función de la normalidad
Clase 1. conciencia de la salud	El reconocimiento de la función normal y el bienestar
00097	La participación en actividades recreativas disminuido
00168	Estilo de vida sedentario
00262	voluntad de conocimientos sobre la salud mejorado
Clase 2.	

control sanitario	Identificación, control, desempeño y las actividades de integración para mantener la salud y el bienestar
00188	comportamiento de la salud propensos a arriesgar
00078	control ineficaz salud
00162	voluntad de control sanitario mejorado
00080	control sanitario familia ineficaces
00099	mantenimiento ineficaz salud
00043	protección ineficaz
00215	salud comunidad pobre
00257	Síndrome de ancianos frágiles
00231	riesgo el síndrome de ancianos frágiles
2. Dominio de Nutrición	Las actividades para ingerir, digerir y utilizar los nutrientes para el mantenimiento y la reparación de tejidos y la producción de energía
Clase 1. La ingestión	Llevar alimentos o nutrientes en el cuerpo
00216	producción insuficiente la leche materna la
00104	Amamantamiento ineficaz
00105	Amamantamiento interrumpido
00106	voluntad de Amamantamiento mejorado
00103	tragar dañado
00269	la dinámica de los alimentos adolescente ineficaces
00270	la dinámica de los alimentos niño ineficaces
00271	dinámica ineficaz de alimentación infantil
00107	estándar ineficaz de alimentación infantil la
00002	nutrición des equilibrada: menos que las necesidades corporales
00163	voluntad de nutrición mejorado
00232	obesidad
00233	sobrepeso
00234	riesgo sobrepeso
Clase 2. Digestión	Las actividades físicas y químicas que convierten sustancias alimenticias adecuadas para la absorción y eliminación
Sin diagnóstico en el momento.	

Clase 3. Absorción	Actuar para absorber los nutrientes en los tejidos corporales
Sin diagnóstico en el momento.	
Clase 4. Metabolismo	procesos químicos y físicos que ocurren en los organismos y células para el desarrollo y uso de protoplasma, la producción de residuos y la energía viviente, con la liberación de energía para todos los procesos de la vida
00178	riesgo la función hepática dañado
00179	riesgo glucosa en la sangre inestable
00194	hiperbilirrubinemia neonatal
00230	riesgo hiperbilirrubinemia neonatal
00263	riesgo síndrome de desequilibrio metabólico
Clase 5. Hidratación	De admisión y de absorción de fluidos y electrolitos
00195	des riesgo el equilibrio de electrolitos
00027	el volumen de líquido deficiente
00028	riesgo volumen de líquido deficiente
00026	el volumen de líquido excesivo
00025	riesgo volumen de líquido des equilibrado
Dominio 3. La eliminación y el intercambio	Secreción y excreción de los productos de desecho del cuerpo
Clase 1. la función urinaria	la secreción de proceso, la absorción y la excreción de la orina
00016	eliminación urinaria alterada
00017	incontinencia urinaria de esfuerzo
00019	incontinencia urinaria de urgencia
00022	riesgo incontinencia urinaria de urgencia
00020	incontinencia urinaria funcional
00176	incontinencia urinaria desbordamiento
00018	incontinencia reflejo de micción
00023	retención urinario
Clase 2. la función gastrointestinal	absorción Método y excreción de los subproductos de la digestión
00011	estreñimiento

00015	riesgo estreñimiento
00012	estreñimiento percibido
00235	El estreñimiento funcional crónica
00236	riesgo estreñimiento funcional crónica
00013	diarrea
00014	incontinencia intestinal
00196	motilidad gastrointestinal disfuncional
00197	riesgo motilidad gastrointestinal disfuncional
Clase 3. la función cutánea	la secreción de Proceso y la excreción por la piel
Sin diagnóstico en el momento.	
Clase 4. la función respiratoria	proceso de intercambio de gas y la eliminación de subproductos metabólicos
00030	el intercambio de gases dañado
Dominio 4. Actividad / descanso	La producción, la conservación, el gasto o el equilibrio de los recursos energéticos
Clase 1 de dormir / de descanso	El descanso, el descanso, el descanso, la relajación o la inactividad
00095	insomnio
00198	perturbación en patrón de sueño
00096	privación sueño
00165	voluntad de sueño mejorado
Clase 2. Actividad / ejercicio	partes del cuerpo se mueven (movilidad), la realización de tareas o acciones, por lo general (aunque no siempre) contra la resistencia
00090	capacidad de transferencia dañado
00088	deambulación dañado
00238	El levantarse herido
00089	movilidad con silla de ruedas deteriorada
00085	movilidad discapacitados físicos
00091	movilidad Deterioro de la cama
00237	sentado herido
00040	riesgo síndrome de desuso
Clase 3.	estado de armonía dinámica entre la ingesta y el gasto de los recursos

balance de energía	
00273	campo de energía des equilibrado
00093	fatiga
00154	perambulation
Clase 4. Respuestas cardiovascular / pulmonar	mecanismos cardiopulmonares que apoyan la actividad / descanso
00029	gasto cardíaco disminuido
00240	riesgo gasto cardíaco disminuido
00032	patrón de respiración ineficaz
00200	riesgo perfusión tisular disminución del corazón
00201	riesgo perfusión tisular cerebro ineficaces
00204	perfusión tisular periférica ineficaz
00228	riesgo perfusión tisular periférica ineficaz
00267	riesgo presión arterial inestable
00034	respuesta disfuncional destetar
00092	en actividad tolerancia
00094	en Riesgo actividad tolerancia
00033	ventilación espontánea dañado
Clase 5. Auto Care	Capacidad de realizar actividades para cuidar de las funciones del cuerpo y del cuerpo de uno
00102	déficit la alimentación de autocuidado
00108	déficit autocuidado, baño
00110	déficit autocuidado para la higiene íntima
00109	déficit vestidor autocuidado
00182	Arreglo para la mejora de la autocuidado
00193	autonegligencia
00098	mantenimiento del hogar dañado
Área 5. La percepción / cognición	procesamiento del sistema humano, incluyendo la atención, orientación, la sensación, la percepción, la cognición y la comunicación
Clase 1. Atención	marco de la mente para percibir u observar
00123	el abandono unilateral

Clase 2. Orientación	Percepción del tiempo, lugar y persona
Sin diagnóstico en el momento.	
Clase 3. Sensación / percepción	La recepción de la información por los sentidos del tacto, gusto, olfato, vista, oído y cinestésica y la comprensión de los datos sensoriales, lo que resulta en el nombramiento, asociación y / o reconocimiento de patrones
Sin diagnóstico en el momento.	
Clase 4. cognición	El uso de la memoria, el aprendizaje, el razonamiento, resolución de problemas, abstracción, juicio, <i>perspicacia</i> , la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje
00128	confusión agudo
00173	riesgo confusión agudo
00129	confusión crónica
00126	conocimiento deficiente
00161	voluntad de conocimiento mejorado
00222	control de los impulsos ineficaz
00251	control emocional lábil
00131	memoria dañado
Clase 5. Comunicación	Enviar y recibir verbal y no verbal
00157	voluntad de comunicación mejorado
00051	la comunicación verbal dañado
Dominio 6. La autopercepción	Percepción de sí mismo
Clase 1 Self-	Percepción (s) del yo total
00167	voluntad de yo mejorado
00174	riesgo la dignidad humana comprometido
00124	des esperanza
00185	voluntad de esperanza mejorado
00121	perturbación en la identidad personal
00225	trastorno en el riesgo la identidad personal
Clase 2. La autoestima	Propio valor de tasación, la importancia, la capacidad y el éxito
00119	bajo autoestima crónica

00224	bajo riesgo autoestima crónica
00120	bajo autoestima situacional
00153	bajo riesgo autoestima situacional
Clase 3. la imagen corporal	imagen cuerpo mental
00118	perturbación en la imagen corporal
Área 7. Funciones y relaciones	Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas, y los medios por los cuales se demuestran estas conexiones
Clase 1. roles de cuidado	socialmente esperada patrones de comportamiento en las personas que ofrecen cuidado y que no son profesionales de la salud
00056	paternidad dañado
00057	riesgo paternidad dañado
00164	voluntad de paternidad mejorado
00061	la tensión del papel cuidador
00062	riesgo tensión del papel cuidador
Clase 2. las relaciones familiares	Asociaciones de personas relacionadas biológicamente o por elección
00063	los procesos familiares disfuncional
00060	los procesos familiares interrumpido
00159	voluntad de los procesos familiares mejorado
00058	riesgo enlace herido
Clase 3. El juego de roles	la calidad de funcionamiento en los patrones de comportamiento socialmente esperados
00064	Conflicto en el papel padre / madre
00055	desempeño de los roles ineficaz
00052	la interacción social dañado
00223	relación ineficaz
00229	riesgo relación ineficaz
00207	voluntad de relación mejorado
8. La sexualidad Area	La identidad sexual, la función sexual y la reproducción
Clase 1. la identidad sexual	Estado de bienestar de una persona específica con respecto a la sexualidad y / o de género

Sin diagnóstico en el momento.	
Clase 2. Función Sexual	Capacidad o habilidad para participar en actividades sexuales
00059	Dis la función sexual
00065	estándar sexualidad ineficaz
3. La reproducción de clase	Cualquier proceso por el cual se producen los seres humanos
00209	riesgo madrefeto perturbado
00221	proceso perinatóológico ineficaz
00227	riesgo proceso perinatóológico ineficaz
00208	voluntad de proceso perinatóológico mejorado
9 de dominio. Hacer frente / tolerancia al estrés	La confrontación con eventos / procesos de la vida
Clase 1. respuestas postraumáticas	Las respuestas que se producen después de un trauma físico o psicológico
00114	síndrome de estrés para el cambio
00149	riesgo síndrome de estrés para el cambio
00142	síndrome de trauma de la violación
00141	síndrome de post-trauma
00145	riesgo síndrome post-traumático
00260	riesgo transición complejo inmigración
Clase 2. las respuestas de enfrentamiento	Proceso de tratar con el estrés ambiental
00146	ansiedad
00147	Ansiedad relacionada con la muerte
00071	afrontamiento defensiva
00069	afrontamiento ineficaz
00158	voluntad de afrontamiento mejorado
00074	afrontamiento familia comprometida
00073	afrontamiento familia incapacitado
00075	voluntad de afrontamiento mejora de la familia
00077	afrontamiento ineficaz comunidad

00076	voluntad de afrontamiento Mejora de la comunidad
00177	sobrecarga estrés
00148	miedo
00072	negación ineficaz
00136	ponderar
00135	ponderar complicado
00172	riesgo ponderar complicado
00199	la planificación de la actividad ineficaz
00226	riesgo la planificación de la actividad ineficaz
00241	la regulación del humor dañado
00210	elasticidad dañado
00211	riesgo elasticidad dañado
00212	voluntad de elasticidad mejorado
00125	impotencia
00152	riesgo impotencia
00187	voluntad de poder mejorado la
00137	dolor crónica
Clase 3. El estrés neuroconductual	las respuestas de comportamiento que reflejan la función nerviosa y cerebral
00049	la capacidad de adaptación disminuido intracraneal
00116	comportamiento des organizado infantil
00115	riesgo comportamiento des organizado infantil
00117	voluntad de comportamiento organizado mejorada del lactante
00009	disreflexia autonómica
00010	riesgo disreflexia autonómica
00258	sustancias síndrome de abstinencia agudo
00259	riesgo sustancias síndrome de abstinencia agudo
00264	síndrome de abstinencia neonatal
Dominio 10. Principios de la vida	Principios que subyacen a la conducta, pensamiento y comportamiento con respecto a los actos, costumbres o instituciones, entendidas como valor real o intrínseco

Clase 1. Valores	Identificación y clasificación de los modos preferidos de conducta o estados finales
Sin diagnóstico en el momento.	
Clase 2 creencias	Las opiniones, expectativas o juicios sobre los actos, costumbres o instituciones, entendidas como valor real o intrínseco
00068	voluntad de bienestar espiritual mejorado
Clase 3. La consistencia entre los valores / creencias / acciones	La correspondencia o el equilibrio conseguido entre los valores, las creencias y las acciones
00169	religiosidad dañado
00170	riesgo religiosidad dañado
00171	voluntad de religiosidad mejorado
00066	sufrimiento espiritual
00067	riesgo sufrimiento espiritual
00175	sufrimiento moral
00083	decisión conflicto la
00184	voluntad de toma de decisiones mejorado
00242	la toma de decisiones emancipado dañado
00244	riesgo emancipado de toma de decisiones dañado
00243	voluntad de emancipado de toma de decisiones mejorado
Área 11. Seguridad / protección	Estar libre de peligro, lesión o daño al sistema inmunológico; protección contra las pérdidas; protección de la seguridad y la ausencia de peligros
infección Clase 1	sede de respuestas después de la invasión de patógenos
00004	riesgo infección
00266	riesgo infección en el sitio quirúrgico
Clase 2. Lesión física	Daño o lesión en el cuerpo
00039	riesgo aspiración
00261	riesgo sequedad en la boca
00205	riesgo choque
00048	dentición dañado
00031	claro ineficaz de las vías respiratorias
00086	Dis riesgo la función neurovascular periférico

00045	La integridad de la membrana mucosa deteriorada por vía oral
00247	riesgo la integridad de la membrana mucosa deteriorada por vía oral
00046	integridad de la piel dañado
00047	riesgo integridad de la piel dañado
00044	la integridad del tejido dañado
00248	riesgo la integridad del tejido dañado
00035	riesgo lesión
00250	riesgo lesión tracto urinario
00245	riesgo lesión córnea
00087	riesgo perioperatoria lesión posicionamiento
00249	riesgo daños por presión
00220	riesgo lesión térmica
00156	riesgo muerte súbita infantil
00155	riesgo caídas
00100	la recuperación quirúrgica retrasado
00246	riesgo la recuperación quirúrgica retrasado
00219	riesgo sequedad ocular
00206	riesgo sangría
00036	riesgo asfixia
00213	riesgo trauma vascular
00038	riesgo trauma físico
00268	riesgo tromboembolismo venoso
Clase 3. Violencia	El uso de la fuerza o potencia excesiva para causar perjuicio o abuso
00151	automutilación
00139	riesgo automutilación
00272	riesgo la mutilación genital femenina
00150	riesgo suicidio
00138	riesgo la violencia dirigida a los demás
00140	riesgo La violencia dirigida a sí mismo
Clase 4.	las fuentes de peligro en el entorno

riesgos ambientales	
00181	contaminación
00180	riesgo contaminación
00037	riesgo envenenamiento
00265	riesgo accidentes de trabajo
Clase 5. procesos defensivos	Procesos por los cuales el auto protege el no me
00218	riesgo reacciones adversas a medios de contraste yodados
00217	riesgo reacción alérgica
00041	reacción alérgica al látex
00042	riesgo reacción alérgica al látex
Clase 6. termorregulación	proceso fisiológico de calor y la regulación de potencia en el cuerpo con el fin de proteger el cuerpo
00007	hipertermia
00006	hipotermia
00253	riesgo hipotermia
00254	riesgo la hipotermia perioperatoria
00008	termorregulación ineficaz
00274	riesgo termorregulación ineficaz
Dominio 12. Comfort	sensación de bienestar o la tranquilidad mental, físico o social
Clase 1. comodidad física	bienestar sensación o la tranquilidad y / o para ser libre de dolor
00214	confort herido
00183	voluntad de confort mejorado
00132	dolor agudo
00133	dolor crónica
00255	síndrome de dolor crónico la
00256	Dolor durante el parto
00134	náusea
Clase 2. confort ambiental	sensación de bienestar o tranquilidad en / con el propio entorno

00214	confort herido
00183	voluntad de confort mejorado
3. La clase social Comfort	sensación de bienestar o la tranquilidad con su propia situación social
00214	confort herido
00183	voluntad de confort mejorado
00053	aislamiento social
00054	riesgo soledad
Dominio 13. Crecimiento / desarrollo aumenta las dimensiones físicas o maduración de los sistemas de órganos	progresión o regresión siguiendo los hitos de la vida reconocidos
Clase 1. Crecimiento	Aumento de las dimensiones físicas o maduración de los sistemas de órganos
Sin diagnóstico en el momento.	
Clase 2. desarrollo	Progresión o regresión siguiendo los hitos de la vida reconocidos
00112	riesgo desarrollo tarde

la Estos conceptos no están en orden alfabético para que diagnósticos relacionados se mantienen en una secuencia lógica.

7.7 Referencias

- A. Abbott *Los sistemas de profesiones*. Chicago, IL: La Universidad de Chicago; 1988 Quammen D. pasión por orden. *National Geographic Magazine*. 2007. Disponible en: ngm.nationalgeographic.com/print/2007/06/Linnaeus-name-giver/david-quammen/text (recuperado 1 de noviembre de 2013)
- G. von Krogh *Propuesta Taxonomía III*. NANDA Internacional Simposio de América Latina. San Pablo, Brasil. mayo 2011

8 especificaciones y configuración de Taxonomía diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional

T. Heather Herdman

8.1 Estructura de la Taxonomía II

Una taxonomía se define como el "sistema de nombrar y organizar cosas [...] en grupos que comparten características similares" (Cambridge diccionario en línea, 2017). Incluido en Taxonomía, los dominios son "un área de interés o un área en la que se ejerce el control" y las clases son "un grupo [...] con una estructura similar" (Cambridge Diccionario On-Line, 2017).

Podemos ajustar la configuración de una taxonomía de diagnósticos de enfermería; nos ocupa específicamente de la especie pedir brotes de diagnósticos que son de interés para la enfermería, de acuerdo con sus relaciones naturales presuntos. La Taxonomía II tiene tres niveles: dominios, y los diagnósticos de enfermería clase. la ► Figura 7.3 muestra la organización de los campos y clases en la taxonomía II; la ► Tabla 7.1 muestra la Taxonomía II con sus campos 13, 47 clases 244 y diagnósticos actuales. La estructura de código Taxonomía II utiliza enteros de 32 bits (o si la base de datos de usuario mediante otra notación, la estructura es un código de cinco dígitos). Esta estructura proporciona estabilidad y permite el crecimiento y desarrollo de la estructura de clasificación, evitando la necesidad de cambiar el código cuando hay adición de nuevos medios de diagnóstico, mejoras y revisiones. diagnósticos aprobados recientemente reciben nuevos códigos.

La Taxonomía II tiene una estructura de código que cumpla con las recomendaciones de la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM) con respecto a los códigos de terminología para el cuidado de la salud. La NLM recomienda que los códigos no contienen información sobre el concepto clasificada como la estructura del código Taxonomía I que incluye información sobre la ubicación y el nivel de diagnóstico.

La terminología de la NANDA-I es un lenguaje de enfermería reconocido que cumpla con los criterios establecidos por el Comité de Enfermería Practice Information Infrastructure (CNPII) de la American Nurses Association (ANA) (Lundberg et al., 2008). El beneficio de un lenguaje de enfermería reconocida es la indicación de que el sistema de clasificación es aceptado como un apoyo práctico al proporcionar la terminología de enfermería de utilidad clínica. La terminología también se ha registrado en

Health Level Seven Internacional (HL7), un estándar informático de atención de la salud como una terminología que se utiliza para identificar los diagnósticos de enfermería en los mensajes electrónicos entre los sistemas de información clínica (www.HL7.org).

8.2 Un sistema multiaxial para construir conceptos de diagnóstico

Los diagnósticos NANDA-I se construyen conceptos a través de un sistema de ejes múltiples. Un eje en el NANDA-I Taxonomía II se define operacionalmente como una dimensión de la respuesta humana visto en el proceso de diagnóstico. Hay siete ejes. la *enfermería modelo de diagnóstico de la NANDA-I* Muestra estos ejes y sus relaciones mutuas.

- Eje 1: Enfoque diagnóstico
- Eje 2: según el diagnóstico (individuo, familia, grupo, cuidadores, comunidad, etc.)
- Prioridad 3: juzgar (alteraciones ineficaz, etc.) Eje 4: ubicación
- (oral, periférica, cerebral, etc.) Eje 5: edad (recién nacido, bebé,
- niño, adulto, etc.) Pista 6: tiempo (crónica, aguda parpadeando)
-
- Eje 7: categoría de diagnóstico (que se centra en el problema, riesgo, promoción de la salud)

Los ejes están representados en los títulos de los diagnósticos de enfermería por sus valores. En algunos casos, reciben nombres explícitos, como el diagnóstico *comunidad de afrontamiento ineficaces y procesos familiares disfuncionales*, donde el tema del diagnóstico se cita el uso de los valores de "comunidad" y "familia" tomado del eje 2 (tema del diagnóstico). "Ineficaz" y "disfuncional" son dos valores contenidos en la Sección 3 (ensayo).

En algunos casos, el eje está implícito, como en el diagnóstico *patrón sexualidad ineficaces*, donde el sujeto del diagnóstico (Eje 2) es siempre el paciente. En otros casos, un eje puede no ser relevante para un diagnóstico en particular, al no ser parte del título. Por ejemplo, el eje de tiempo puede no ser relevante para todos los diagnósticos. En el caso de diagnóstico sin identificación explícita del sujeto, puede ser útil recordar que la NANDA-I define "paciente" y "individual, familiar, grupo o comunidad." Eje 1 (el enfoque de diagnóstico) y el eje 3 (ensayo) son componentes esenciales de un diagnóstico de enfermería. Sin embargo, en algunos casos, el enfoque de diagnóstico contiene el ensayo (p. Ej., *miedo*); en tales casos, el fallo no está separado, de forma explícita centrarse en el título

el diagnóstico. El eje 2 (tema de diagnóstico) también es crítica, aunque, como se ha descrito anteriormente, puede ser implícita, al no ser parte del título. El Comité Diagnóstico Desarrollo (DDC, Diagnóstico Comité para el Desarrollo) requiere que estos ejes en el envío para el análisis del diagnóstico; otros se pueden utilizar siempre que sea pertinente para mayor claridad.

8.3 Definiciones ejes

8.3.1 Eje 1: Enfoque diagnóstico

El objetivo del diagnóstico es el elemento principal, o la parte fundamental y esencial, la raíz del concepto de diagnóstico. Se describe la "respuesta humana", que es el elemento central de diagnóstico.

El enfoque del diagnóstico puede consistir en uno o más sustantivos. Cuando más de un sustantivo se utiliza (p. Ej., *la regulación del humor*) cada uno contribuye una dirección para centrar el diagnóstico, como si fueran una sola palabra. El significado combinado del término, sin embargo, es diferente cuando se consideran por separado. A menudo, un sustantivo (*reacción*) Se puede utilizar con un adjetivo (*alérgica*) para denotar el enfoque del diagnóstico *reacción alérgica*.

Hay casos en que el enfoque del diagnóstico y el concepto de diagnóstico son los mismos que en el diagnóstico *el miedo*. Esto sucede cuando el diagnóstico de enfermería se afirma en su nivel más clínicamente útil, y la separación de enfoque no aporta importante nivel de abstracción. Puede ser muy difícil determinar exactamente lo que debe entenderse como el foco de diagnóstico. Por ejemplo, el uso de diagnóstico *incontinencia intestinal* (00014) y

La incontinencia urinaria (00017) lleva a la pregunta: el enfoque de diagnóstico es solamente *incontinencia* o dos focos - *incontinencia intestinal* y *¿incontinencia urinaria?* En este caso, sólo *incontinencia* Es el foco, y los términos de ubicación (eje 4) *intestinal* y *urinario* Ellos dan más claridad al foco. Sin embargo, *incontinencia*, solo o asociado con algo, es un término de prueba que tiene sentido solo, y luego se convierte en el foco de diagnóstico independientemente de su ubicación.

En algunos casos, sin embargo, la retirada de la ubicación (Eje 4) el enfoque del diagnóstico evitaría el diagnóstico tenía sentido para la práctica de enfermería. Por ejemplo, el análisis de diagnóstico *riesgo de la función hepática deteriorada*, el enfoque del diagnóstico es *la función hepática* o simplemente *funcionar*? O bien, el análisis de diagnóstico *alteración de la identidad personal*, el enfoque del diagnóstico es *identidad* o *la identidad personal*? Decidir lo que constituye la esencia del enfoque del diagnóstico se basa en lo que ayuda a identificar las implicaciones para la práctica de enfermería y el término indica si o no una respuesta

humana. *función* Podría significar función mecánica, que no es una respuesta humana - por lo que es importante identificar *la función hepática* como el concepto de diagnóstico. De la misma forma, *identidad* Puede ser sólo el género, color de ojos, altura o edad de una persona - estas son las características, pero no las respuestas humanas; *la identidad personal*, Sin embargo, indica que la percepción de que alguien tiene, y eso es una respuesta humana. En algunos casos, el enfoque puede parecer similares; de hecho, sin embargo, es muy diferente:

violencia y La violencia dirigida a sí mismo Son dos las respuestas humanas diferentes, y para ser identificados por separado en términos de focos diagnóstico sobre Taxonomía II. Los brotes en los diagnósticos de enfermería de la NANDA-I se muestran en ► Tabla 8.1.

tabla 8.1 Enfoque de diagnósticos de enfermería de la NANDA-I

- Ansiedad
- lactancia
- Ansiedad relacionada con la muerte de
- vacío Autoconcepto Autocuidado
-
-
- De autocuidado alimentos autocuidado
- para el baño de autocuidado para la
- auto-cuidado íntimo de llevar bienestar
- espiritual del binomio madre-feto higiene
- bucal seco autonegligencia Autoestima La
- automutilación
-
-
-
-
- campo de energía equilibrada la capacidad
- de adaptación de choque capacidad de
- transferencia de
-
- conducta de salud comportamiento
- organizada decisión Conflicto de
- comunicación verbal comunicación
- Conflicto en papel Confusión
- Comfort Conocimiento
- estreñimiento
-
-
-
-
- control sanitario
- contaminación
- estreñimiento funcional

- control de los impulsos de
- control emocional
- deambulaci3n El gasto
- cardíaco degluci3n dentici3n
-
-
- el desempeño del rol de
- Desarrollo
- La diarrea de las vías respiratorias
-
- alimentos dignidad humana
- dinámico de potencia Dolor
- disreflexia autonómica
- dinámico
-
- Dolor durante el parto
- Eliminaci3n Lucha
- Envenenamiento
-
- Participaci3n en actividades recreativas balance de las
- actividades de electrolito de la esperanza de vida Estrés
- Fatiga
-
-
-
- la funci3n hepática funci3n
- neurovascular La funci3n sexual de
- glucosa en sangre
-
- Hiperbilirrubinemia
- hipotermia hipotermia
-
- la hipotermia perioperatoria
- Personal Identity imagen corporal
- Incontinencia Infecci3n
-
-
- La infecci3n en el sitio quirúrgico
- insomnio
- Integridad de la integridad de la membrana mucosa
- de la integridad del tejido de la piel La interacci3n
- social Lesiones Aislamiento social
-
-
-
- accidentes de trabajo
- Lesiones Lesiones posicionamiento de presi3n térmica
- perioperatoria en aumento conocimientos sobre la
- salud es
-
-
- La muerte súbita
- Mantenimiento de la Salud
- Inicio Mantenimiento miedo
- Movilidad Memoria
-
-

- motilidad gastrointestinal mutilación
- genital femenina Náuseas Negación
-
-
- La negligencia unilateral
- Nutrición
- La obesidad nutrición
- equilibrada
- el poder del sueño estándar de
- paternidad patrón patrón patrón
- de respiración sexualidad y
- maternidad perfusión tisular
- errante Pesar
-
-
-
- planificación de las actividades de energía
-
- proceso de la presión arterial estable
- perinatólogo Falls familia proceso
- de protección de producción de la
- leche materna
-
-
- reacción adversa a medios de contraste yodado
- reacción alérgica reacción alérgica al látex quirúrgico
- regulación del humor recuperación Religiosidad
- Relación Resiliencia
-
-
-
-
- Respuesta al destete de retención ocular
- Sequedad Sangrado Salud Sentado
-
-
-
-
- síndrome de dolor crónico
- síndrome agudo abstinencia de sustancias neonatal
- síndrome de abstinencia desequilibrio metabólico
- Síndrome Síndrome de desuso
-
- síndrome de estrés para el síndrome de
- ancianos traumatismo Síndrome violación
- frágil cambio síndrome post-trauma
- sobrepeso
-
- sufrimiento espiritual que
- sufren la soledad moral
- tolerancia suicidio actividad
- termorregulación tensión del
- papel del sueño asfixia
-
-
-
-
-

- Toma de decisiones
- La toma de decisiones emancipado
- intercambio de gases transición migratoria
- trauma físico trauma Tristeza
-
-
-
- El tromboembolismo venoso Bond
- ventilación espontánea
-
- La violencia dirigida a otro tipo de
- violencia dirigida a sí mismo volumen de
- líquido
- líquido equilibrado Volumen

8.3.2 Eje 2: según el diagnóstico

El tema del diagnóstico se define como (s) persona (s) que se determine que un diagnóstico de enfermería. Los valores en el eje 2 son individuales, cuidador, familiar, grupal y comunitaria, que representa la definición de "paciente" NANDA-I.

- *individuales*: un solo ser humano, distinto de los demás; una persona.
- *cuidador*: miembro de la familia o un ayudante que asiste regularmente a un niño o una persona enferma, anciana o discapacitada.
- *familia*: dos o más personas que tienen relaciones continuas o permanentes, se dan cuenta de las obligaciones recíprocas, tener sentido común y compartir ciertas obligaciones a los demás; relacionados por la sangre y / o de la elección.
- *grupo*: grupo de personas con características compartidas.
- *comunidad*: grupo de personas que viven en un mismo lugar, bajo un gobierno. Los ejemplos incluyen los barrios y ciudades.

Cuando el sujeto de diagnóstico no está claramente establecido, se convierte en el individuo, de forma automática. Sin embargo, es apropiado considerar también estos diagnósticos en relación con otros sujetos de diagnóstico. el diagnóstico *confort deteriorada* (00214) se podría aplicar a un individuo con un control insuficiente de la situación, la insuficiencia de la privacidad y la insuficiencia de recursos, toda evidencia por la insatisfacción con la situación individual, una incapacidad para relajarse y cambios en los patrones de sueño. También podría ser adecuado para una comunidad que pasa a través de

estímulos nocivos ambientales (p. ej., un desastre ambiental) y tiene el control ambiental insuficiente, así como los recursos suficientes para hacer frente al problema que enfrenta, y cuyos residentes ir por síntomas de dolor, miedo, ansiedad, etc.

8.3.3 Eje 3: Ensayo

Un ensayo es un descriptor o elemento de modificación que limita o especifica el significado del enfoque del diagnóstico. Esto, junto con el juicio de la enfermera de él, por lo que el diagnóstico. Todas las definiciones usadas están en el Diccionario Oxford en línea (2017). Eje 3 ajustes están en ► Tabla 8.2.

tabla 8.2 Definiciones de los términos de juicio eje 3 de la NANDA Taxonomía II-I

juicio	definición
Tarde / retardada	Tarde, lenta o retardada
bajo	Debajo de la media en cantidad, el alcance o intensidad; pequeño
complicado	Consta de muchas partes o elementos que están interconectados; intrincada; que implica muchos aspectos diferentes y confusa
ocupado	Que se hizo vulnerables o que se trabaja con menos eficacia
defensiva	Se utiliza para defenderse o protegerse, o tiene la intención de que
Pobre / déficit	Usted no tiene la suficiente calidad o ingrediente específico; insuficiente o inadecuada
desequilibrado	La falta de proporción o relación correspondiente cosas
desorganizado	O no planificadas adecuadamente controlada; dispersa o ineficaz
desproporcional [NTJ]	Grande o demasiado pequeño en comparación con alguna otra cosa (estándar)
disminuido	De menor tamaño, cantidad, intensidad o grado
disfuncional	Que no opera en condiciones normales o apropiado; incapaces de tratar adecuadamente con las normas sociales
voluntad de	Yo deseo de hacer algo; condición de estar totalmente preparado para algo
efectivo	Que ha tenido éxito en producir un resultado deseado o intencionalmente buscado
emancipado	restricciones legales, sociales o políticas libres; publicado

excesivo	Cantidad de algo que está más allá de lo necesario, o deseable permitido
fracaso [NT]	Acción o estado no funciona; falta de éxito
Falta de [NT]	Expresando la negación o ausencia
frágil	Débil o delicado; física o mentalmente inestable a lo largo del proceso de envejecimiento
funcional	En el camino algo funciona o funciona; sobre o poseedor de actividad, objetivo o tarea
discapacitado	movimientos limitados, los sentidos o actividades
ineficaz	Que no produce ningún efecto importante o deseados
inestable	Propenso a cambiar, el fracaso; no está firmemente establecida; propensos a ceder; sin estabilidad
insuficiente	No es suficiente, insuficiente; incompetente incapaz
roto	End progreso continuo (una actividad o proceso); ruptura de la continuidad de algo
lábil	Vulnerable a los cambios; fácilmente cambiabile; de, o emocionales características de fácil aparición, expresados libremente, tendiendo a un cambio rápido y espontánea
mejorado	Intensificación, aumento o mejora de la calidad, valor o rango
organizado	Neat estructurado o sistemáticamente; eficiente
percibido	Cuando se tiene el conocimiento o la conciencia (algo); que concretan o se concretan
Disturbed / trastorno	Que tuvo su patrón o interrumpe la función normal
herido	Debilitado o dañado (nada del estado, en particular una universidad o función)
privación	La falta o negación de algo que se considera necesario
Propensos a arriesgar	Con la posibilidad o probabilidad de sufrir, hacer o experimentar algo desagradable o susceptibles de arrepentimiento
riesgo	Situación que implique la exposición al peligro; posibilidad de que algo desagradable o no deseado sucede
sedentario	(A modo de vida) caracterizada por sentada excesiva y poco ejercicio
situacional	Relacionados con, o que dependen de un conjunto de circunstancias o estado de cosas; con respecto a la ubicación y el entorno de un lugar
sobrecarga	cargar demasiado

8.3.4 Eje 4: ubicación

La ubicación se describen las partes / regiones del cuerpo y / o funciones relacionadas - todos los tejidos, órganos, sitios anatómicos o estructuras. Todas las definiciones usadas están en el Diccionario Oxford en línea (2017). valores de 4 ejes están en ► Tabla 8.3.

tabla 8.3 Ubicaciones y sus definiciones eje 4 en la NANDA Taxonomía II-I

plazo	definición
audición	En relación con el sentido del oído
vejiga	saco membranoso muscular en el abdomen que recibe la orina desde los riñones, almacenarla para su excreción
boca	Apertura y la cavidad en la parte inferior del rostro humano rodeado de los labios, en el que se consumen los alimentos y los sonidos vocales son emitidos
cardíaco	En relación con el corazón
cardiopulmonar	En relación con el corazón y los pulmones
cardiovascular	En relación con los vasos sanguíneos y del corazón
cerebral	El cerebro, la parte del cerebro
cinestésica	Percepción de la posición y el movimiento de las partes del cuerpo a través de los órganos sensoriales (propioceptores) en músculos y articulaciones
cuerpo	Estructura física, incluyendo los huesos, músculos y órganos de una persona
hígado	Gran órgano glandular con lóbulos, en el abdomen, que participan en muchos procesos metabólicos
gastrointestinal	En relación con el estómago y los intestinos
genital	En los órganos de la reproducción humana
gustativo	Tiene que ver con el gusto o el sentido del gusto
destripar	Parte del tubo digestivo, debajo del estómago
intracraneal	Dentro del cráneo
Mamas	Tela superpone a los músculos del pecho (pectorales). Los pechos femeninos están hechos de tejido especializado, que produce leche (tejido glandular) y grasa
mucosa	Tejidos epiteliales que secretan muchas cavidades mucosas y de revestimiento tubular y órganos del cuerpo, incluyendo el intestino y el tracto respiratorio
neurovascular	Contiene estructuras neurales y vasculares; el sistema nervioso y vascular, o en relación con estos sistemas, y sus interacciones

olfativo	En relación con el sentido del olfato
ojo	Uno de un par de órganos globulares de visión en la cabeza humana
oral	En relación con la cavidad de la boca
piel	La tela de formación de capa fina de la capa externa cuerpo natural
periférico	La superficie, o a ella, o en el exterior de un cuerpo o de un órgano; externo
renal	En cuanto a la riñón
táctil	El sentido del tacto, o conectado a ella
tejido	Cualquiera de los diferentes tipos de material de que están hechos los seres humanos, que consta de células especializadas y sus productos
tracto urinario	Relacionados con o que denota el sistema de órganos, estructuras y los conductos a través del cual se produce y la orina que implica riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra descargada
urinario	En cuanto a la orina
vascular	En cuanto a influir o que consiste en un florero o jarrón, en particular, la sangre que lleva
vascular periférica	Sistema de venas y arterias que no están en el pecho o el abdomen
venoso	En relación con una vena o venas
visual	Relativa a ver o ver

8.3.5 Eje 5: edad

Se refiere a la edad de la persona que es el sujeto del diagnóstico (Eje 2). Los valores en el eje 5 es el siguiente, con todos los ajustes,

excepto para las personas mayores, tomada de la Organización Mundial de la Salud (2013). [NT]

- *feto*: No hemos nacido humano, con más de 8 semanas después de la concepción hasta el nacimiento
- *neonato*: persona <28 días de edad
- *infantil*: persona $\geq$ 28 días y <1 año de edad
- *niño*: persona con 1-9 años, incluyendo
- *adolescente*: persona de 10 a 19 años, incluidos
- *adulto*: persona mayor de 19 años, a menos que una ley nacional define la persona que está siendo adulta temprana
- *ancianos*: persona > 65 años de edad

8.3.6 Eje 6: Tiempo

Tiempo describe la duración del enfoque del diagnóstico (Eje 1). Los valores en el eje 6 incluyen:

- *aguda*: duración <3 meses de
- *crónica*: duración ≥ 3 meses
- *parpadeando*: interrumpido, o comenzar de nuevo a intervalos; revista; cíclico
- *continua*: sin interrupción; que permanece sin parar

8.3.7 Eje 7: categoría diagnóstica

Se refiere a la realidad o el problema potencial / síndrome o la categorización del diagnóstico como una promoción de la salud de diagnóstico. Los valores en el eje 7 incluyen:

- *Centrarse en el problema*: respuesta humana no deseado para las condiciones de salud procesos / vida que existen en el momento actual (incluye diagnósticos de síndrome)
- *promoción de la salud*: la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y la salud de las personas se dan cuenta de los potenciales existentes en el momento (Pender et al., 2006).
- *riesgo*: susceptibilidad a futuro, desarrolle una respuesta humana a las condiciones de salud indeseables / procesos vitales (incluye diagnósticos de síndrome)

8.4 Preparación y presentación de un diagnóstico de enfermería

Un diagnóstico de enfermería se construye combinando valores de eje 1 (el enfoque de diagnóstico), 2 (tema de diagnóstico) y 3 (ensayo), un aumento de los valores de otros ejes cuando sea necesario. Los investigadores o enfermeras interesadas deben empezar por centrarse diagnóstico (Eje 1), añadiendo el término de prueba adecuado (Eje

3). No se olvide que estos dos ejes a veces se combinan en un único concepto de diagnóstico, como puede verse en el diagnóstico de enfermería *el miedo* (00148). Luego seleccione el asunto de diagnóstico (Eje 2). Si el sujeto es un "individuo", no hay necesidad de aclarar. Por último, se pueden utilizar los ejes restantes, en su caso, para añadir más detalles. Los soportes NANDA-I *construcción aleatoria* conceptos de diagnóstico, que se produce simplemente combinando términos de un eje con otro para crear un título que representa juicios de diagnóstico basados en la evaluación de un paciente. problemas clínicos / áreas de enfermería se centra identificado y que no tienen un título NANDA-I debe ser cuidadosamente descrita en la documentación, lo que garantiza la precisión interpretativa del ensayo clínico de otros profesionales de enfermería / salud. La creación de un diagnóstico para ser usado en la práctica clínica y / o documentación, combinando bajo diferentes ejes,

sin

desarrollo de la definición y otras partes componentes de un diagnóstico (que define las características, factores relacionados o de riesgo, las condiciones y las poblaciones en situación de riesgo asociados, si los hay) sobre la base de pruebas, niega el propósito de un lenguaje estandarizado como método de representar en realidad informar y dirigir el ensayo clínico y la práctica clínica.

Esta es una gran preocupación por la seguridad del paciente, ya que la falta de conocimiento inherente a las partes que componen un diagnóstico impide la garantía de exactitud diagnóstica. Términos de enfermería creada arbitrariamente en el servicio del sitio pueden dar lugar a interpretaciones erróneas del área clínica problema / enfoque y así generar establecimiento de resultados y la elección de las intervenciones inadecuadas. También hace que sea imposible de necesidades de investigación en la incidencia de diagnóstico

enfermería o resultados de estudios o intervenciones para el diagnóstico, ya que sin los componentes de las partes de diagnóstico (definiciones, características que definen, relacionados o factores de riesgo) aclaró, es imposible saber si el estudio de concepto es realmente lo mismo fenómenos.

Por lo tanto, al hablar de la construcción de los conceptos de diagnóstico en este capítulo, el objetivo es informar a los profesionales y están diseñados conceptos de diagnóstico y dar explicaciones a las personas que se están preparando para su presentación a la Taxonomía NANDA-I; **que *no debe* Se interpreta como si la NANDA-I apoyó la creación de títulos de diagnóstico de enfermería en el lugar de atención al paciente.**

8.5 Las perspectivas de futuro

La NANDA Internacional se centrará en la revisión de los diagnósticos en el momento, son algunos de los términos, pero mantuvieron su "antigüedad" después de la adopción del nivel de los criterios de la evidencia en el año 2002. Desde hace más de 50 diagnósticos de esta condición, que será tomado de la terminología en la siguiente problema no se produce si esta revisión. Por lo tanto, *desalentar fuertemente el desarrollo de nuevos diagnósticos en este punto*, con el enfoque y luego, para llevar el diagnóstico de un nivel mínimo de pruebas a 2,1 y elevar el nivel de pruebas de otros diagnósticos. El otro foco de la organización es reforzar la utilidad clínica de los indicadores de diagnóstico (características definitorias, factores relacionados y factores de riesgo). queremos lograr

identificar, la investigación clínica y meta / metasíntesis, aquellas características que definen necesarios para hacer un diagnóstico ("características esenciales que definen") y eliminar aquellas que no tienen utilidad clínica. Esto fortalecerá nuestra capacidad para apoyar la toma de decisiones para las enfermeras en el borde de la cama del paciente.

8.6 Lectura recomendada

Matos FGOA, Cruz DALM. Desarrollo de un instrumento para evaluar la precisión del diagnóstico. *Rev Esc enfermera USP*. 2009; 43 (Spe): 1087-95

Paans W Nieweg RMB, van der Schans CP Sermeus W. ¿Qué factores influyen en la prevalencia y exactitud de los diagnósticos enfermeros documentación en la práctica clínica? Una revisión sistemática de la literatura. *J Clin Nurs*. 2011; 20 (17-18): 2386-2403

8.7 Referencias

Lundberg C, Warren J Brokel J, et al. Selección de una terminología estandarizada para la salud electrónica

Que registro revela el impacto de la enfermería en la atención al paciente. *Línea J Nurs Informar de 2008*; 12 (2). Disponible en: http://ojnl.org/12_2/lundberg.j

Oxford University Press. *Diccionario Oxford de Inglés vida en línea*. Oxford University Press; 2017.

Disponible en: <https://en.oxforddictionaries.com>

Pender NJ, Murdaugh CL, MA Parsons. *Promoción de la Salud en la práctica de enfermería*. Quinta ed. Upper Saddle

River, NJ: Prentice-Hall; 2006 Organización Mundial de la Salud. *Temas de salud*: Niño, recién nacido. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/to>

[las fotografías / infant_newborn / es /](#)

Organización Mundial de la Salud. *Definición de los términos clave*. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/g>

[IRECTRICES / arv2013 / Intro / keyterms / es /](#)

[No proporcional] N. RT Por el momento, no hay ningún fallo en este juicio en taxonomía; Sin embargo, no fue el diagnóstico *Riesgo crecimiento desproporcionado* la edición 2015-2017.

[Error] RT N. En Inglés, *fracaso*. Por el momento, no hay ningún fallo en este juicio en taxonomía; Sin embargo, el título del diagnóstico *El fracaso en la capacidad del adulto para mejorar (Retraso en el desarrollo)* Se incluyó en la edición 2012-2014.

[Falta de] RT N. En Inglés, *no*. Por el momento, no hay ningún fallo en este juicio en taxonomía; Sin embargo, no fue el diagnóstico *La falta de cumplimiento (incumplimiento)* en la edición 2015-2017.

[Valores] RT N. Algunos diagnósticos pueden representar más de un grupo de edad. Por ejemplo, se puede aplicar el diagnóstico *el riesgo de muerte súbita del lactante* para los recién nacidos.

9 Preguntas

9.1 Introducción

Las preguntas recibidas por nuestro *sitio web* y de manera rutinaria e-mail, y también cuando los miembros de Directores de la NANDA-I de Mesa o el Director Ejecutivo / CEO de la organización de los viajes y asistir a eventos. Estas son algunas de las preguntas más comunes y sus respuestas, con la esperanza de ser útil a otros que tienen las mismas dudas.

9.2 Cuando necesitamos diagnósticos de enfermería?

A menudo las enfermeras trabajan con los pacientes que tienen problemas médicos. Desde un punto de vista legal, sin embargo, los médicos son responsables de diagnosticar y tratar estos problemas médicos. Del mismo modo, las enfermeras son responsables para el diagnóstico y tratamiento de problemas de enfermería. El punto es que los problemas de enfermería difieren de problemas médicos. Para aclarar esta cuestión, examinaremos cómo existe la práctica de enfermería en el cuidado de la salud, utilizando una perspectiva más amplia basada en *Tripartita modelo de práctica de enfermería* (Kamitsuru, 2008). Se trata de un modelo con tres partes principales de la práctica de enfermería, que son diferentes pero relacionados entre sí.

En la práctica clínica, se espera que las enfermeras realizan muchas acciones. En primer lugar, tenemos prácticas / intervenciones guiadas por el diagnóstico médico. Estas acciones de enfermería están relacionados con el tratamiento médico, la supervisión y el seguimiento del paciente y la colaboración interdisciplinaria. Las enfermeras realizan estas acciones en respuesta a los diagnósticos médicos y los patrones de uso de la asistencia sanitaria como la base de estas acciones.

En segundo lugar, tenemos una práctica guiada por los diagnósticos de enfermería. Estas intervenciones de enfermería independientes no requieren la aprobación médica o permiso. Se basan en las normas de atención de enfermería.

Por último, nuestra práctica se guía por los protocolos de la organización que pueden ser acciones relacionadas con los cuidados básicos tales como el cambio de ropa de cama, la higiene y la oferta de cuidado diario. Son acciones sin relación específica con los diagnósticos médicos o de enfermería, aunque se basan en las normas de organización de la atención.

Los tres de estas acciones combinadas constituyen la práctica de enfermería. Cada uno tiene una base de conocimientos diferentes, con diferentes responsabilidades. Las tres partes son igualmente importantes en la comprensión de las enfermeras, aunque sólo uno de ellos tiene que ver con nuestro conocimiento disciplinar específica - y esta es la zona que conocemos como diagnóstico de enfermería. Este modelo también muestra por qué no cambiamos el nombre diagnóstico diagnóstico médico

enfermería. diagnóstico médico ya existen en el campo de la medicina. Pero no siempre explican todo lo que las enfermeras entienden sobre pacientes juicios que hacemos acerca de sus respuestas o intervenciones informadas para pacientes humanos. Por lo tanto, utilizamos los diagnósticos de enfermería para explicar

ensayos clínicos

independiente que tomamos sobre nuestros pacientes. Por lo tanto, los diagnósticos de enfermería subyacen a las intervenciones de enfermería independientes.

Alrededor de 9,3 lenguajes enfermeros estandarizados

¿Qué es un lenguaje estandarizado de enfermería?

Un lenguaje de enfermería estandarizado (*lenguaje de enfermería estandarizado* [SNL]) es un conjunto de términos entendido por todos, que se utiliza para describir los ensayos clínicos implicados en las estimaciones (diagnósticos de enfermería), así como las intervenciones y los resultados para la documentación de los cuidados de enfermería. Normalización requiere términos, definiciones e indicadores (diagnóstico o resultados) son clínicamente útiles.

¿Cuántas estandarizada lenguajes enfermeros hay?

La Asociación Americana de Enfermeras reconoce 12 idiomas para la enfermería. La NANDA-I es el único idioma de diagnóstico que utiliza un sistema de revisión por pares para su inclusión en su taxonomía. También es el único terminología que ofrece indicadores críticos de diagnóstico (características definitorias, factores relacionados, factores de riesgo, condiciones asociadas y poblaciones en riesgo) para apoyar el juicio clínico de la enfermera en el borde de la cama del paciente.

¿Cuáles son las diferencias entre los lenguajes enfermeros estandarizados?

Muchos lenguajes enfermeros dicen ser estandarizada; algunos son simplemente una lista de términos, otros traen las definiciones de estos términos. La NANDA-I argumenta que un lenguaje estandarizado que representa cualquier profesión debe proporcionar al menos una definición basada en la evidencia y una lista de las características definitorias (signos / síntomas) y factores relacionados (factores etiológicos), junto con los datos adicionales para apoyar la diagnóstico, ya que las poblaciones en riesgo y las condiciones asociadas. diagnósticos de riesgo deben incluir una definición basada en la evidencia y una lista de factores de riesgo, sujetos a las intervenciones de enfermería independientes. Sin ella, cualquier persona puede crear cualquier término, a su manera, que, por supuesto, viola el propósito de la normalización, y también

impide cualquier soporte de decisiones electrónico con enlace directo a las evaluaciones de enfermería.

Algunas personas hablan de "seleccionar un diagnóstico", "elegir un diagnóstico" y "indican un diagnóstico" - que hace que parezca que hay una manera fácil de saber qué uso diagnóstico. ¿Es eso mismo?

Cuando se trata de diagnosticar, realmente no estamos hablando de algo tan simple como seleccionar un plazo de una lista o elegir algo que "se siente bien" al paciente. Estamos hablando sobre el proceso de toma de decisiones clínicas, en los que las enfermeras diagnostican. Así, en lugar de utilizar estos términos simples (seleccionar, elegir, indicamos), que realmente debería describir el proceso de diagnosticar. En lugar de decir "elegir un diagnóstico", deberíamos decir "diagnosticar al paciente / familia"; en lugar de decir "indicar un diagnóstico", podríamos decir "para asegurar la exactitud del diagnóstico," o, de nuevo, basta con decir "diagnosticar al paciente / familia." Las palabras tienen poder. Cuando decimos cosas como "seleccionar", "indican" o "seleccionar" lo que realmente suena como algo simple, cómo leer una lista de términos y elegir uno de ellos. Usando el razonamiento diagnóstico, sin embargo, es mucho más que eso - y *diagnosticar* Es lo que hacemos, que va mucho más allá de eso, ya que sólo "elegir" cualquier cosa!

9.4 Acerca de la NANDA-I

¿Cuál es la NANDA Internacional?

El uso de los diagnósticos de enfermería fortalece todos los aspectos de la práctica de enfermería, desde que ganó el respeto profesional a garantizar la coherencia de la documentación que es el juicio clínico profesional de las enfermeras y para permitir la devolución. La NANDA-I existe para desarrollar, mejorar y promover una terminología que refleje con precisión los ensayos clínicos de enfermeras.

¿Por NANDA-I cobrar una tarifa por el acceso a sus diagnósticos de enfermería?

En cualquier área, el desarrollo y mantenimiento de un sistema de trabajo basado en la investigación requiere una inversión de tiempo y experiencia, así como la difusión de este trabajo es un gasto adicional. Como una organización de voluntarios, patrocinado reuniones de los comités que revisan los diagnósticos presentados para su revisión, para asegurarse de que cumplen los criterios de los niveles de evidencia. También ofrecemos cursos de formación y apoyo en Inglés, español y portugués, debido a la gran demanda de estos contenidos. Tenemos miembros de los comités de todo el mundo y llevar a cabo videoconferencias y reuniones en vivo ocasionales, que son gastos - simplemente como conferencias y eventos educativos.

Si compra un libro y entrar en mí mismo en un contenido *software*, todavía tengo que pagar?

NANDA International, Inc., depende de los fondos recibidos de la venta de nuestros libros y certificados electrónicos para mantener y mejorar el estado de la ciencia en nuestra terminología. La NANDA-I de la terminología ha asegurado los derechos *los derechos de autor*, Por lo tanto, **ninguna parte de *diagnóstico***

Enfermería NANDA-I puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación, o transmitida por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia, grabación o de otra manera, sin la previa autorización del editor. Esto incluye publicaciones *blogs* , *síntos* , etcétera

Esto es cierto independientemente de la lengua en la que se va a utilizar el trabajo. Para cualquier uso del idioma Inglés material distinto a la lectura o consulta de libros, se requiere la licencia Artmed Editora Ltda, una empresa de los derechos de traducción oficial Education Group SA de los titulares de nuestro trabajo a otros idiomas se puede encontrar en *enlace* a continuación. El uso de este contenido requiere solicitar permiso de un editor para la reproducción se hace de nuestro trabajo en cualquier formato. Más información está disponible en nuestro *síntio web* ([www.nanda](http://www.nanda.org)

[a.org](http://www.nanda.org)) o puede ponerse en contacto con el editor en Artmed rights@grupoa.com.br .

La estructura de la Taxonomía II debe ser utilizado como una estructura de evaluación de enfermería (recopilación de datos)?

El objetivo de la Taxonomía es organizar los términos (de diagnóstico) en NANDA-I. Nunca quiso que fuera una estructura de evaluación. Ver nuestra Declaración de posición sobre el uso de la taxonomía como un marco de evaluación de enfermería (p. 27).

¿Qué es PSA, como se ha desarrollado y cuáles son sus orígenes? NANDA-I requiere el "esquema de formato / PSE"?

"PES" es un acrónimo de problema, etiología (factores relacionados) y signos / síntomas (definición de las características). El formato PES fue publicado por primera vez por el Dr. Marjory Gordon, uno de los fundadores y ex presidente de la NANDA-I. Las partes de los diagnósticos NANDA-I se denominan *factores relacionados* y *características que definen*, mientras que el "formato PES" expresión no se utiliza en los problemas actuales de la NANDA-I. Todavía se utiliza en muchos países y en muchas publicaciones. Para hacer un diagnóstico preciso, es necesario evaluar y documentar los factores relacionados y características que definen, y el formato PES lo soporta, que es esencial para la exactitud en

diagnósticos de enfermería, de enfoque que los soportes de la NANDA-I con vehemencia.

La NANDA-I, sin embargo, no requiere de este o cualquier otro formato específico para la documentación de los diagnósticos de enfermería. Somos conscientes de la gran variedad de sistemas de documentación electrónica en uso y se están desarrollando en todo el mundo. Parece que hay tantas maneras de proporcionar sistemas de documentación de enfermería cuántos hay! Muchos de los sistemas electrónicos no permiten la utilización del modelo "en relación con ... demuestra". Es importante, sin embargo, que las enfermeras pueden comunicar datos de evaluación para apoyar el diagnóstico realizado de manera que otras personas que cuidan al paciente a saber por qué se seleccionó un diagnóstico. Por favor, lea la Declaración de la NANDA-I posición número 2: La estructura de la declaración del diagnóstico de enfermería, como parte de un plan de atención (p. 28).

El formato PES sigue siendo un método sólido para la enseñanza del razonamiento clínico y apoyo a los estudiantes y enfermeras que están aprendiendo la capacidad de diagnosticar. Dado que los pacientes a menudo tienen más de un factor relacionado y / o característica que define, muchos sitios reemplazar la expresión "manifiesta / evidenciado por" y "relacionados con" para obtener una lista de las características definitorias y factores relacionados después de la declaración del diagnóstico. Esta lista se basa en la situación de cada paciente y el uso de términos estandarizados de NANDA-I.

Independientemente de los requisitos para la documentación, es importante recordar que, para la atención al paciente segura en áreas clínicas, es esencial para investigar o evaluar las características definitorias (manifestaciones de diagnóstico) y factores relacionados (o causas) de los diagnósticos de enfermería. La elección de las intervenciones efectivas se basa en factores relacionados y características definitorias.

Escribo una declaración de diagnóstico para el diagnóstico de riesgo, centrándose en el problema y para promover la salud?

sistemas de documentación diferir de acuerdo con la organización; por lo que en algunos casos, se puede escribir (o elegir de una lista de equipos) el título del diagnóstico que coincide con la respuesta humana se diagnostica. los datos de evaluación se pueden encontrar en la sección

(O "pantalla") que no sea el sistema informático, y usted elige sus factores relacionados y características que definen, o sus factores de riesgo, no. Ejemplos de registros en formato PES se muestran a continuación.

Diagnóstico centradas en el problema. Para utilizar el formato PES, comenzar con el diagnóstico en sí, seguido de los factores etiológicos (factores relacionados con un diagnóstico centrado en el problema). Después, identificar los principales signos / síntomas (características que definen).

Familia deteriorada en relación con insuficiente disposición cognitiva para la paternidad / maternidad y padres muy jóvenes

(Factores relacionados), evidenciado por *la interacción madre / padre-hijo pobre, el documento insuficiencia percibida y habilidades inadecuadas para el cuidado*

(Definición de características).

el diagnóstico del riesgo. Para diagnósticos de riesgo no hay factores relacionados (factores etiológicos), ya que está identificando la *vulnerabilidad*

de un paciente a un problema potencial; el problema todavía no está presente. Los expertos de diferentes áreas recomiendan el uso de diferentes expresiones (alguna utilidad "en relación con" otros usos "demuestra" para diagnósticos de riesgo). Como el término "relacionados con" se usa para sugerir una etiología, en el caso del diagnóstico con un enfoque en el problema, y el hecho de que sólo hay una vulnerabilidad a un problema cuando se usa un diagnóstico de riesgo, la NANDA-I decidió recomendar el uso de término "demuestra", en referencia a la evidencia del riesgo, si se utiliza el formato PES.

tensión de rol cuidador de riesgo, demuestra imprevisibilidad de la evolución de la enfermedad y complejidad de las actividades de atención (factores de riesgo).

diagnóstico promoción de la salud. Como diagnósticos promoción de la salud no requieren un factor relacionado, no puede haber "relacionado con" en su escritura. En su lugar, las características definitorias son presentados como prueba del deseo de mejorar su estado de salud del paciente actual (o el reconocimiento de la enfermera de la existencia de una oportunidad de promoción de la salud, e implementan una acción para promover la salud, en nombre de paciente que es incapaz de hacerlo por sí solo).

Voluntad de mejora del sueño evidenciado por (paciente) expresó el deseo de mejorar el sueño.

La NANDA-I proporciona una lista de su diagnóstico?

No hay un uso real de una simple lista de términos - se frustraría el propósito de un lenguaje enfermero estandarizado. A menos que se conozca la definición, definición de las características y / factores de riesgo relacionados, el título en sí no tiene sentido. Por lo tanto, no creemos que es de interés la seguridad del paciente a las listas de sencillos términos de producción que pueda ser malentendido o mal utilizados en un contexto clínico.

Es esencial para la definición del diagnóstico y, más importante, los indicadores de diagnóstico (evaluación de los datos / la historia del paciente) requerido para la preparación del diagnóstico; por ejemplo, los signos / síntomas identificados en la evaluación ("definición de las características") y la causa de la diagnosis ("factores relacionados") o artículos que poner al paciente en alto riesgo de un diagnóstico ("factores de riesgo"). Al evaluar al paciente, se obtiene el conocimiento clínico y el "conocimiento bibliográfico" para ver patrones en los datos, indicadores de diagnóstico que se agrupan y pueden estar relacionados con un diagnóstico. Las preguntas que se deben formular para la identificación y validación de un diagnóstico correcto incluyen:

1. La mayor parte de las características / factores de riesgo que definen están presentes en el paciente?
2. Hay factores etiológicos ("factores relacionados") evidente para el diagnóstico del paciente?
3. Se validó el diagnóstico con el paciente / familia o enfermera de otro colega (cuando sea posible)?

9.5 Acerca de los diagnósticos de enfermería

¿Qué tipos de diagnósticos de enfermería en la clasificación de la NANDA-I?

La NANDA-I identifica tres categorías de diagnóstico de enfermería: se centra en el tema de la promoción de la salud y el riesgo. En las categorías que se centran en el problema y el riesgo, se encuentra el uso de los síndromes. Las definiciones de cada una de estas categorías se pueden encontrar en "Glosario" (p. 130).

¿Cuáles son los diagnósticos de enfermería y por qué debo usarlos?

El diagnóstico de enfermería es un ensayo clínico en una respuesta humana a las condiciones de salud / procesos de la vida, o la susceptibilidad a esta respuesta de un individuo, familia, grupo o comunidad. Se requiere una evaluación de enfermería para el diagnóstico correcto del paciente - no es posible estandarizar los diagnósticos de enfermería de forma segura con un diagnóstico médico. Si bien es cierto que hay diagnósticos de enfermería que se producen con frecuencia en pacientes con diversos diagnósticos médicos, el hecho es que sólo se sabe si el diagnóstico de enfermería es preciso para identificar las características que definen y establecer la existencia de factores relacionados importantes. El diagnóstico de enfermería es la base para la elección de las intervenciones de enfermería para lograr resultados para los cuales las enfermeras son responsables. Esto es, diagnósticos de enfermería se utilizan para determinar el plan de atención adecuado para el paciente, guiando a los resultados y las intervenciones del paciente. No se puede estandarizar un diagnóstico de enfermería, aunque es posible estandarizar las operaciones de manera que se elige el resultado apropiado para el diagnóstico, ya que, siempre que sea posible, las intervenciones deben basarse en pruebas!

Los diagnósticos de enfermería también proporcionan un lenguaje estandarizado para su uso en los registros médicos electrónicos, lo que permite una comunicación clara entre los miembros de la colección de datos y equipo de atención médica

la mejora continua de la atención al paciente. El uso de una terminología de diagnóstico que dan apoyo a la decisión clínica, a través de la articulación de los indicadores de diagnóstico (signos / síntomas / etiologías), que une las herramientas de evaluación de enfermería es posible, lo que lleva a una mejora de la precisión diagnóstica y habilidades de razonamiento clínico de las enfermeras.

¿Cuál es la diferencia entre un diagnóstico médico y un diagnóstico de enfermería?

Un diagnóstico médico trata de una enfermedad o condición médica. Un diagnóstico de enfermería es las respuestas humanas reales o potenciales a los problemas de salud y los procesos de la vida. Por ejemplo, un diagnóstico médico *accidente cerebrovascular* (Stroke, o un derrame cerebral) proporciona información sobre la condición del paciente. Los diagnósticos de enfermería

alteración de la comunicación verbal, riesgo de caídas, procesos familiares interrumpidas, dolor crónico y impotencia Ellos proporcionan una comprensión más completa del impacto de esta enfermedad en el paciente y su familia, y se orientan las intervenciones de enfermería para lograr resultados específicos para el paciente. Si sólo se centran en el derrame cerebral, **no puede darse cuenta de la *dolor crónico* el paciente, su *impotencia* e incluso *procesos familiares interrumpidas*.** Estos aspectos tendrán un impacto en lo alto es que se produzca en la capacidad del paciente para controlar su nueva terapéutica y su calidad de vida régimen. Es importante recordar que mientras que un diagnóstico médico pertenece sólo al paciente, **Se usa para tratar la enfermería del paciente y tu familia.** Por lo tanto, el diagnóstico acerca de la familia son esenciales, ya que tienen el potencial de influir - positiva o negativamente - los resultados que usted está tratando de lograr con el paciente.

¿Qué partes componen un diagnóstico y lo que significan para las enfermeras en la práctica?

Hay varias "partes" en un diagnóstico de enfermería: la *título*, la *definición*, los criterios de evaluación utilizados para diagnosticar la *definición de las características* y los *factores relacionados o riesgo*. Como se ve en

Capítulo 8, la NANDA-I tiene una gran preocupación acerca de las condiciones de uso de la seguridad (títulos de diagnóstico) sin un significado estandarizado y / o no hay criterios de evaluación. Elija un diagnóstico de una lista o crear un término en el borde de la cama del paciente es una práctica peligrosa debido a algunas razones importantes. En primer lugar, debe quedar clara comunicación entre los miembros del equipo de atención médica, así como conciso y consistente. Si cada conjunto un "diagnóstico" en su camino, no habrá claridad. En segundo lugar, para investigar la validez de un diagnóstico o la capacidad de diagnosticar una enfermera cuando no tenemos datos para apoyar el diagnóstico?

También es útil para analizar el *las poblaciones en riesgo y condiciones adjunta* en consideración de los diagnósticos de enfermería que pueden tener más frecuente en algunas poblaciones, por ejemplo.

Consideremos, por ejemplo, la Sra .. M, en el caso de estudio siguiente. Este estudio de caso muestra el problema de "elegir" un diagnóstico de una lista de términos sin conocer los datos de definición o de evaluación necesarios para diagnosticar la respuesta.

Estudio de caso

Sra. M tiene 72 años y fue hospitalizado por una mastectomía debido a un carcinoma invasivo. Llegó a la unidad preoperatoria con la hija a las 6 en punto, como se indica. El acceso intravenoso fue iniciado por la enfermera del turno de noche, y se completaron sus signos vitales y parte de la evaluación de la ingesta. Se nota que la enfermera que cuida de este paciente previamente documentado tres diagnósticos de enfermería en los registros médicos: *ansiedad* (00146), *alteración de la imagen corporal en* (00118) y *El escaso conocimiento* (00126). Sobre la base de esta comunicación, se hace una imagen mental de este paciente y cómo va a tratarla. la *ansiedad* le alerta como para querer calmar y tranquilizar al paciente en su enfoque, mientras *alteración de la imagen corporal en* Es un diagnóstico que menciona que la cirugía inminente tendrá un impacto en el cuerpo del paciente, en relación con la sexualidad femenina. el diagnóstico *falta de conocimiento* preocupación, ya que le corresponde a usted para asegurarse de que el paciente entiende la razón de estar aquí, con el propósito

cirugía de hoy y las posibles complicaciones antes de su liberación a la sala de operaciones.

Un poco más tarde, a completar la evaluación e identifica algunas diferencias en comparación con lo estimado por la enfermera anterior. A pesar de entender por qué su colega ha seleccionado *ansiedad*,

sabe *el miedo* (00148) es, sin duda, más precisa -. A pesar de que la señora M dice estar ansioso, los informes también tienen preocupaciones sobre el resultado de la cirugía, dando importancia al hecho de que el cirujano puede no ser capaz de "darse cuenta de todo el cáncer." Ya que *miedo* Se trata de una respuesta a una presunta amenaza conscientemente como un peligro, pero *ansiedad*

se relaciona con una amenaza desconocida o no específica, se elige el diagnóstico exacto *el miedo*.

La evaluación hecha por usted no ha confirmado ninguna de las características que definen *falta de conocimiento*, y no se identifica ningún factor relacionado. De hecho, ¿sabía usted que este es el segundo paciente mastectomía (la anterior fue hace cinco años); ella está bien informado acerca de su tipo de cáncer y posibles opciones de tratamiento después de la cirugía, dependiendo del resultado del procedimiento. Fácilmente, ella es capaz de identificar, para que el tipo de procedimiento a través del cual, la duración prevista y los riesgos y lo más negativo común capaz de producirse. Sra. M fue un profesor universitario, y uno piensa muy inteligente, motivado para tomar decisiones correctas y bien informado.

Finalmente, el paciente no muestra signos de *alteración de la imagen corporal*. Decidió no reconstruir la tumorectomía de mama e indica la primera de tomar la decisión con el mismo procedimiento ahora. Es viuda y dice no tener interés en asumir riesgos adicionales. Parece bastante cómodo con la imagen de su cuerpo, incluso en broma que su pecho, para empezar, "es bastante pequeño," no se produzca ninguna 'diferencia que se puede notar. "

Se da cuenta de que la señora M parece estar mostrando los espasmos musculares que reduzcan al mínimo el movimiento, tal vez señalando algunas molestias. Para preguntarle, se descubre que el paciente tiene una estenosis severa de la columna vertebral y por lo general utilizan un "parche narcótico para el dolor" casi a diario, y no podía usarlo en las últimas 24 horas debido a la cirugía. El paciente indica que su dolor es entre 6 y 7 en una escala

1 a 10, siendo 10 el peor dolor posible. También señala estar acostado en una camilla durante casi dos horas y por lo general tratar de avanzar en la mañana para "dejar ir", algo que ayuda a reducir el dolor. Aunque es posible que no medicar al paciente, ya que la cirugía está cerca, le ayuda a cambiar de posición y aplicar calor a la zona de incomodidad, algo que el paciente también menciona hacer en casa para ayudar.

Cambia el registro médico del paciente para indicar dos diagnósticos: *miedo y dolor crónico* (00133).

Al día siguiente, por mencionar a su colega diferencia en la evaluación, escucha la respuesta "Elijo *falta de conocimiento* para todos los pacientes - siempre hay algo que aprender. Y estaba a punto de hacer una mastectomía, lo que obviamente tendría problemas en la imagen corporal".

Este es sin duda un error, y el colega había confirmado el diagnóstico mediante el análisis de las definiciones, las características definitorias y factores relacionados - y hablando con el paciente, que habría sido claro que no son diagnósticos de enfermería pertinentes.

centrarse en "diagnósticos habituales" que hace su colega pacientes de mastectomía, *falta de conocimiento y alteración de la imagen corporal en*, No era adecuado para la señora M, ya que entiende claramente su enfermedad, las opciones de tratamiento y sus posibles consecuencias. Además, el paciente no mostró preocupación por la imagen corporal y se ha tomado una decisión con respecto a la reconstrucción de la mama. El enfoque en estos diagnósticos "normas" para los que no hay evaluación del apoyo observado innecesariamente utiliza el tiempo de la enfermera y conduce a la oferta de cuidados innecesarios, al tiempo que limita el tiempo empleado en el cumplimiento puede afectar los resultados del paciente. Del mismo modo, el colega no llevó a cabo una evaluación completa que habría dado lugar a importantes de diagnóstico *dolor crónico*. Este error en el razonamiento clínico retrasó el inicio de las intervenciones no farmacológicas que podrían haber hecho más cómodo el período del paciente en su unidad.

Cómo escribir un plan de atención que incluye un diagnóstico de enfermería para los pacientes con un diagnóstico de enfermedad / médica

específicos, tales como la insuficiencia cardíaca congestiva o de reemplazo de rodilla?

Los diagnósticos de enfermería son las respuestas de los individuos (familia, grupo o comunidad) problemas de salud o procesos de la vida. Esto significa que no podemos estandarizar los diagnósticos de enfermería basado en el diagnóstico o procedimientos médicos. Aunque muchos pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva pueden mostrar los diagnósticos de enfermería, **tales como intolerancia a la actividad (00092) o disminución del gasto cardíaco (00029)**, otros pueden no tener este tipo de respuestas, o sólo puede correr el riesgo de tener ellos en este momento. Los pacientes que están a punto de someterse a la rodilla implantación de una prótesis **puede tener El dolor agudo (00132), dolor crónico (00133), riesgo de caídas (00155) y l o Marcha alterada**

(00088); otros pueden reaccionar con ansiedad (00146) o fatiga (00093). Sin una evaluación de enfermería, es simplemente imposible determinar el diagnóstico correcto, y no hay ninguna contribución a una atención segura y calificada paciente.

El plan de atención para cada individuo en base a los datos de la evaluación. Estos datos y preferencias del paciente guían la enfermera en la priorización de los diagnósticos y las intervenciones de enfermería - el diagnóstico médico es sólo un elemento de los datos de la evaluación, y no pueden por lo tanto ser utilizados como el único factor determinante para la selección de un diagnóstico enfermería. Hay una herramienta de pensamiento utilizado por nuestros colegas en medicina que puede ser útil para determinar su diagnóstico; en Inglés, esta herramienta es un acrónimo, que no se refleja en la traducción (TOW MAR; Rencic, 2011; ► Fig. 6.5).

Siempre es útil pedir a un colega o un especialista *segunda opinión* si no está seguro acerca del diagnóstico adecuado. El diagnóstico que se está analizando es el resultado de un momento "*Eureka*"? Reconociste una *estándar* los datos recogidos y en la entrevista con el paciente? Se confirmó este patrón mediante el análisis de los indicadores de diagnóstico? coleccionado

antievindências: datos que parecen refutar este diagnóstico? Es capaz de justificar el diagnóstico incluso con estos datos, o que sugieren que se debe hacer un análisis más detallado? *Razonar acerca de su razonamiento*: Era lógico, racional, basado en su conocimiento de la ciencia de la enfermería y la respuesta humana que se diagnostica? ¿Necesita más información acerca de la respuesta antes de que esté listo para su confirmación?

es *exceso de confianza*? Esto puede suceder si está acostumbrado a pacientes con ciertos diagnósticos; así, "saltar" a un diagnóstico en lugar de realmente aplicar habilidades de razonamiento clínico. Por último, *que pueden haber dejado fuera*? Hay otros datos que usted necesita para recoger o revisar para validar, confirmar o descartar un posible diagnóstico de enfermería? El uso de esta herramienta puede ayudar en la validación de su proceso de razonamiento clínico y aumentar la probabilidad de un diagnóstico preciso.

Cuántos diagnósticos mi paciente debe tener?

Los estudiantes a menudo se les anima a identificar todos los diagnósticos de un paciente - se trata de un método de aprendizaje para mejorar el razonamiento clínico y dominar la ciencia de la enfermería. En la práctica, sin embargo, es importante priorizar el diagnóstico, ya que deben constituir la base de las intervenciones. Debe tener en cuenta, que los diagnósticos son más críticos - tanto desde el punto de vista del paciente como sus - los recursos y el tiempo disponibles para el tratamiento. Otros diagnósticos pueden requerir la remisión a otros proveedores o centros de atención de la salud, tales como el hogar, un hospital diferente, una institución de enfermería especializada, etc. En la práctica, tener un diagnóstico para cada campo de la NANDA-I, o un mínimo de 5 o 10 el diagnóstico no refleja la realidad. Aunque es importante identificar todos los diagnósticos (centrándose en el problema, el riesgo y la promoción de la salud), las enfermeras deben centrarse en el diagnóstico de alta prioridad y de alto riesgo, en un principio; otros pueden ser añadidos más tarde (ascendente en la lista de prioridades), en sustitución resueltos o aquellos para los que las intervenciones están trabajando con claridad. Además, si el estado del paciente empeora o se identifican otros datos, lo que lleva a un diagnóstico más urgente, priorizando los diagnósticos deben reanudarse. Planificación de la atención al paciente no es algo que ocurre sólo una vez: al igual que con todos los aspectos del proceso de enfermería, debe ser reevaluado de forma continua y adaptada a las necesidades del paciente y de la familia. de riesgos y promoción de la salud), las enfermeras deben centrarse en el diagnóstico de alta prioridad y de alto riesgo, en un principio; otros pueden ser añadidos más tarde (ascendente en la lista de prioridades), en sustitución resueltos o aquellos para los que las intervenciones están trabajando con claridad. Además, si el estado del paciente empeora o se identifican otros datos, lo que lleva a un diagnóstico más urgente, priorizando los diagnósticos deben reanudarse. Planificación de la atención al paciente no es algo que ocurre sólo una vez: al igual que con todos los aspectos del proceso de enfermería, debe ser reevaluado de forma continua y adaptada a las necesidades del paciente y de la familia. de riesgos y promoción de la salud), las enfermeras deben centrarse en el diagnóstico de alta prioridad y de alto riesgo, en un principio; otros pueden ser añadidos más tarde (ascendente en la lista de prioridades), en sustitución resueltos o aquellos para los que las intervenciones están trabajando con claridad. Además, si el es

¿Puedo cambiar un diagnóstico de enfermería después de que ha sido documentado en la historia clínica del paciente?

¡Claro que sí! Para seguir evaluando al paciente y recoger más datos, es posible que su diagnóstico inicial no era la más crítica, la condición del paciente puede haber sido resuelto, y se puso a disposición nuevos datos, dando lugar a nuevas prioridades. Es muy importante evaluar al paciente de forma continua, para determinar si el diagnóstico es aún el más preciso para él en ese momento.

Puedo documentar la familia de la enfermería diagnóstica a un paciente en la historia clínica que?

reglas de documentación varían en función de la organización, estado o país. El concepto de atención basado en la familia, sin embargo, se está convirtiendo en casi una norma, y, desde luego, con el impacto de diagnóstico en el paciente y contribuir a sus resultados deben ser tomados en cuenta por la enfermera. Por ejemplo, si un paciente es admitido en la institución debido a la exacerbación de una enfermedad crónica, y la enfermera identifica los signos / síntomas esposa *tensión de rol cuidador* (00061), es esencial que confirmar o refutar el diagnóstico. Aprovechando la hospitalización del paciente, la enfermera puede trabajar con su cónyuge para movilizar recursos para atender en casa, cómo identificar fuentes de apoyo para el manejo del estrés, de Respiro y las preocupaciones financieras. Una revisión del régimen de tratamiento, con recomendaciones para simplificar u organizar la atención, también puede ser muy útil. El diagnóstico y el tratamiento del cónyuge *tensión de rol cuidador* no sólo afectan al cuidador, pero causar fuerte impacto en los resultados del paciente para volver a casa.

Todos los diagnósticos de enfermería se pueden utilizar de manera segura y legal en todos los países?

La clasificación NANDA-I es una práctica internacional de enfermería; por lo tanto, no todos los diagnósticos son apropiados para todas las enfermeras en el mundo. ver *Consideraciones internacionales para el uso de los diagnósticos de enfermería de la NANDA-I* (p. 25).

9.6 Acerca de las características que definen

¿Cuáles son las características que definen?

características definitorias son indicadores / inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico se centraron en el tema de la promoción de la salud o el síndrome. Esto implica no sólo las cosas que la enfermera es capaz de ver, pero para inferir la audiencia (p. Ej., Narrado por el paciente / familia), el tacto o el olfato.

Este libro está empleando los términos "condiciones asociadas" y "población en riesgo" en muchos diagnósticos. Estas no son condiciones que nosotros, enfermeras, pueden impactar de forma independiente. La forma de utilizarlos en la evaluación?

La intención detrás de estas nuevas categorías es proporcionar información a las enfermeras para apoyar el diagnóstico y también identificar, claramente, aquellos evaluación de los datos que puede y no puede influir directamente. Al separar estos indicadores, la enfermera puede reconocer los factores relacionados más rápido siendo blanco de intervenciones o características que definen que es necesario para controlar los síntomas. Estas nuevas categorías de datos son otro tipo de apoyo a las decisiones de las enfermeras en el lugar de la atención.

Las características que definen en el libro están organizados en orden de importancia?

¡No! Las características que definen (y los factores relacionados / riesgo) se enumeran en orden alfabético. El objetivo final es identificar las características que definen críticos que deben estar presentes para que sea el diagnóstico definido. Cuando esto es posible, reorganizaremos indicadores de diagnóstico en orden de importancia.

Como muchos necesitan para identificar las características definitorias para definir el diagnóstico de enfermería específicos para un paciente?

Esa es una pregunta difícil y que, de hecho, depende del diagnóstico. Para algunos diagnósticos, sólo se requiere una característica definitoria; por ejemplo, los diagnósticos de promoción de la salud, el deseo expresado de un paciente para mejorar cierta respuesta humana es suficiente. Otros diagnósticos requieren un conjunto de síntomas, posiblemente tres o cuatro, es decir un diagnóstico preciso. En el futuro, nos gustaría limitar la cantidad de indicadores de diagnóstico que se ofrecen en la NANDA-I, por largas listas de signos / síntomas no son tan útiles desde un punto de vista clínico. Este trabajo se hará más fácil a medida que más investigación sobre los conceptos se hacen diagnósticos.

9.7 Acerca de los factores relacionados

¿Cuántas necesitará identificar los factores relacionados para definir el diagnóstico de enfermería específicos para un paciente?

Al igual que con las características que definen, en realidad depende del diagnóstico. Es probable que un factor no es la adecuada, lo cual es especialmente cierto si usted está utilizando solamente un diagnóstico médico como factor relacionado. Como se mencionó anteriormente, en el caso de la Sra M, esto puede significar que cada paciente admitido a una mastectomía está "marcado" con el diagnóstico de *alteración de la imagen corporal en* (00118), o de cada paciente con un procedimiento quirúrgico es "marcado" con el diagnóstico de *El dolor agudo* (00132). Esto no es una práctica diagnóstica, sino un paciente letras en el supuesto de que la respuesta de una persona es exactamente igual a otra. A lo sumo, se trata de una suposición errónea de que puede traer el riesgo de error en el diagnóstico como en la enfermería para pasar tiempo con intervenciones innecesarias. En el peor, puede causar un error de omisión, en donde un diagnóstico importante no se realiza, lo que resulta en problemas significativos con el cuidado del paciente y la calidad de los resultados.

Los factores relacionados con los diagnósticos NANDA-I no siempre son factores que una enfermera puede eliminar o disminuir. Los incluyo en el diagnóstico declaración?

Después de la separación de los factores enumerados en la anterior edición en las categorías "poblaciones en situación de riesgo" y "condiciones asociadas", hay muchos diagnósticos con poco o ningún factor relacionado que es modificable por la enfermera. De este modo, durante el siguiente ciclo, nos centraremos en el desarrollo de factores afines de mayor utilidad clínica, en la que es posible intervenir y definir las intervenciones que ralentizan o detienen la respuesta humana desfavorable que fue diagnosticada.

9.8 Acerca de los factores de riesgo

¿Cuántas necesitará identificar los factores de riesgo y definir la enfermería diagnóstico de riesgo para un paciente?

Al igual que con las características definitorias y factores relacionados, que en realidad depende del diagnóstico. Por ejemplo, el diagnóstico *riesgo de úlceras por presión*, tiene una puntuación ≤ 16 en la escala de Braden Q en un niño, o una puntuación <17 en la escala de Braden en un adulto, o una puntuación baja en la llaga Evaluación de Riesgos escala de presión (RAPS) puede ser todo lo que se necesita para diagnosticar el riesgo. Esto se debe a que estas herramientas estandarizadas se han validado clínicamente como predictores de riesgo de úlceras por presión. Para otros diagnósticos que todavía no tienen este nivel de validación de los indicadores de diagnóstico, puede haber necesidad de un grupo de factores de riesgo, aunque probablemente no más de tres o cuatro.

¿Hay alguna relación entre los factores relacionados y factores de riesgo, como en el caso de los diagnósticos de tener un diagnóstico centrado en el problema y / o promoción de la salud, y un diagnóstico de riesgo?

Sí! Debería ver fuertes similitudes entre los factores relacionados de un diagnóstico que se centran en el problema y los factores de riesgo para un diagnóstico de riesgo asociado con el mismo concepto. De hecho, las listas de factores pueden ser idénticos. La misma condición que lo pone en riesgo de una respuesta no deseada es por lo general una etiología que responder, si se produce. Por ejemplo, el diagnóstico *bebé riesgo comportamiento desorganizado* (00.115), los estímulos ambientales excesiva se registra como un factor de riesgo. El diagnóstico se centró en el problema, *comportamiento desorganizado infantil* (00.116), los estímulos ambientales excesiva se registra como un factor relacionado. En ambos casos, hay muchas intervenciones de enfermería disponibles que pueden reducir la respuesta desfavorable o modificar el riesgo de que se produzca.

9.9 En la diferenciación entre diagnósticos de enfermería similares

¿Cómo puedo elegir uno entre los diagnósticos muy similares - cómo saber cuál es el más preciso?

La precisión diagnóstica es fundamental! Evitar llegar a una conclusión rápida y muy fácil utilizar herramientas para reflexionar sobre su proceso de toma de decisiones. en ► Figura 9.1 presenta una de estas herramientas, una ayuda de diagnóstico usado en medicina para diferenciar entre los diagnósticos y puede ser fácilmente adaptado para la lactancia; en Inglés, esta herramienta es un acrónimo, que no se refleja en la traducción (snapps; Rencic, 2011). El uso de esta herramienta permite *resumir* los datos recogidos en la evaluación y la entrevista, así como todos los demás datos pertinentes que se encuentran en el expediente del paciente. A continuación, se intenta *reducir* las diferencias entre los diagnósticos, la eliminación de los datos que se ajustan a los dos por lo que sólo la evitación de los que son diferentes. Es entonces necesario *analizar* los datos - hay un patrón más claro ahora que se ve en un grupo más pequeño de los datos? Si tiene preguntas o cuestiones que no se resuelven, es mejor *sonda* un maestro, colega o especialista; en lugar de preguntar qué respuesta, seguir su razonamiento para ayudarle a determinar el diagnóstico más apropiado. El siguiente paso es *plan* una estrategia de control que incluye otras evaluaciones frecuentes, especialmente en el plan desde el principio, para asegurarse de que su diagnóstico era realmente exacto. Por último, debe *seleccionar*

temas relacionados con el caso de ser investigados y estudiados más. Encuentra un artículo, un estudio de caso en una revista o información de cualquier texto reciente capaces de profundizar sus conocimientos sobre la respuesta humana para diagnosticar simplemente.

Figura 9.1 herramienta de pensamiento para diferenciar los diagnósticos. (Rencic, 2011.)



Puedo añadir "riesgo" para un diagnóstico centrado en el problema para que sea un diagnóstico de riesgo? O eliminar el "riesgo" de un diagnóstico de riesgo para que sea un diagnóstico centrado en el problema?

En pocas palabras, la respuesta a esa pregunta es "no". De hecho, "componer" un título diagnóstico hace al azar sin sentido y creemos que podría ser peligroso. ¿Por qué? Pregúntese: ¿cómo se define el diagnóstico? ¿Cuáles son los factores de riesgo (por diagnósticos de riesgo) o los que definen características / factores relacionados (por diagnóstico centrados en el problema) que deben ser identificados durante su valoración de enfermería? Al igual que otras personas sepan lo que quiere decir si el diagnóstico no está claramente definida o se ofrece en forma de un recurso (texto, sistema informático) para revisar y para que pueda ser validado?

Si se identifica un paciente que, en su opinión, pueden estar en riesgo de algo para lo que no hay un diagnóstico de enfermería, lo mejor es documentar claramente lo que se ve en el paciente y las razones por las que creo que corre algún riesgo para que otros puedan seguir fácilmente su razonamiento clínico. Esto es crítico para la seguridad del paciente.

Al examinar si un diagnóstico de riesgo debe o no debe ser modificado para crear un diagnóstico centrado en el problema, pregúntese: "esto ya se identifica como un diagnóstico médico?". Si es así, no hay razón

para cambiar su nombre como un diagnóstico de enfermería, a menos que exista alguna otra perspectiva diferente que la enfermería traería sus fenómenos, diferente a la de la medicina. Por ejemplo, "ansiedad" es un diagnóstico de enfermería / médico / psiquiátrico, y todas las disciplinas puede acercarse a ella desde su perspectiva. Por otra parte, al considerar un diagnóstico como "neumonía" (infección), que ver a la enfermera traería sería diferente de la de la medicina? Hasta ahora, no hemos identificado la existencia de una diferencia de trato entre las disciplinas; por lo tanto, es un diagnóstico médico para los que las enfermeras utilizan las intervenciones de enfermería. Perfectamente aceptable!

Por último, si se identifica una respuesta humana que, en su opinión, debe ser identificado como un diagnóstico de enfermería, comprobar la información sobre los diagnósticos que hacen, revisión de la literatura o de trabajar con especialistas para su desarrollo y enviarlo a la NANDA-I. Son enfermeras de práctica clínica que suele identificar diagnósticos que necesitamos, lo que permite el aumento o mejora de la terminología y que reflejan mejor la realidad de la práctica.

09:10 Sobre el desarrollo de un plan de tratamiento

¿Cómo puedo encontrar las intervenciones para su uso con diagnósticos de enfermería?

Las intervenciones deben ser dirigidas a factores relacionados o etiológicos siempre que sea posible. A veces, sin embargo, esto no es posible; por lo que se eligen para controlar los síntomas (que define características). Analizar dos situaciones diferentes utilizando el mismo diagnóstico:

- *dolor agudo* (*factores relacionados*: una técnica inadecuada para levantar algo y la postura del cuerpo; *definir características*: informes de dolor de espalda, espasmos musculares que minimiza el movimiento de la zona y la posición para aliviar el dolor) afectada.
- *dolor agudo* (*factores relacionados con*: procedimientos quirúrgico; *definir características*: reporte verbal fuerte dolor en la incisión, el espasmo muscular que minimiza el movimiento de la zona y la posición para aliviar el dolor) afectada.

En el primer ejemplo, las enfermeras pueden orientar las intervenciones de los síntomas (que proporciona intervenciones para el alivio del dolor), sino también a la etiología (que proporciona información sobre las técnicas apropiadas para levantar algo, la mecánica corporal adecuada y ejercicios de fortalecimiento de los grupos musculares centrales y espalda).

En el segundo ejemplo, la enfermera no puede interferir para eliminar el factor causal (cirugía); por lo tanto, las intervenciones buscan controlar los síntomas (que proporciona intervenciones para aliviar el dolor). La elección de las intervenciones para un paciente específico también influye en la gravedad y la duración del diagnóstico de enfermería, intervenciones efectivas, las preferencias del paciente, pautas de organización y capacidad de intervención (p. Ej., Esta intervención es realista?).

Cuando un plan de atención de enfermería necesita una revisión?

No hay ningún patrón bien definido con respecto a la frecuencia de las revisiones; que dependen de la condición del paciente, la gravedad y la complejidad de la atención y las normas de la organización. En general, una pauta mínima sería de una vez cada 24 horas, pero en entornos de cuidados intensivos o en pacientes con enfermedades complejas, que generalmente se realiza una o más veces en cada turno o servicio.

¿Qué significa "revisar" el plan de atención? Esto es algo que requiere una nueva evaluación de la condición actual del paciente para identificar las respuestas humanas actuales que requieren la intervención de enfermería, lo que significa revisar las condiciones previamente identificados para determinar si:

- Ellos todavía están presentes? Ellos todavía
- son de alta prioridad?
- Ellos mostraron una mejoría, que están en la misma condición o peor? Las intervenciones
- actuales son eficaces?
- y quizás lo más importante, que haya identificado la respuesta correcta a tratar (diagnosticado con precisión)?

Estas preguntas requieren una evaluación continua del paciente. Cuando una intervención no puede llegar a ciertos resultados, mantenga tal vez no sea la mejor opción. Puede estar experimentando algo que no se dio cuenta antes? ¿Qué otros datos que necesita para recoger a identificar otros problemas? El paciente está de acuerdo con usted acerca de la priorización de la atención? Hay otras intervenciones que pueden ser más eficaces? Todo esto está implicado en la revisión del plan de análisis y cuidado. Recuerde que el plan de atención de enfermería es una representación computarizada (o escritura) de su juicio clínico - no es algo que "hace" y luego se olvida. Se debe guiar cada paso en el cuidado del paciente - cada pregunta,

razonamiento clínico, el diagnóstico y la planificación del tratamiento requiere de una práctica diligente y reflexivo. No es una tarea que puede ser

completado antes de ir a otra cosa - es el componente principal de la práctica de la enfermería profesional.

09:11 En la enseñanza y el aprendizaje de los diagnósticos de enfermería

Nunca aprendí sobre diagnósticos de enfermería mientras se hace el curso. ¿Cuál es la mejor manera de estudiarlos?

Utilice este libro es un buen comienzo! Primero, sin embargo, se recomienda que se tome unos momentos para aprender / revisar los conceptos que apoyan el diagnóstico. Piense en cuánto sabe acerca de la ventilación, la superación, tolerancia a la actividad, la movilidad, los patrones de alimentación, patrones de sueño, la perfusión tisular, etc. Que realmente necesita para comenzar con una sólida comprensión de estos fenómenos "neutras"; **Qué es normal?** ¿Qué espera encontrar en un paciente sano? Que fisiológicos / factores psicológicos influyen sociológicos estos patrones normales? Una vez que realmente entienden los conceptos, se puede pasar a las desviaciones de la norma: cómo evaluarlos? ¿Qué otras áreas de la salud de una persona puede verse afectada por estas desviaciones? ¿Qué tipo de cosas sería poner a alguien en riesgo de desarrollar una respuesta no deseada? ¿Cuáles son los aspectos positivos que la gente puede utilizar para mejorar esta área de su salud? Lo que las enfermeras dicen acerca de estos fenómenos - que la investigación se está haciendo? Existen guías para la práctica clínica? Todas estas áreas de conocimiento le ayudará a entender los diagnósticos de enfermería - después de todo, son ellos los que designe el conocimiento de la disciplina. No se limite a recoger este libro, o cualquier otra, y empezar a grabar diagnósticos que "parece" para adaptarse al paciente o que tienen relación con un diagnóstico médico de alguna manera estándar. Una vez que realmente entienden los conceptos, se empieza a ver patrones en los datos de la evaluación de riesgo que indican estados, estados de problemas y fortalezas - para que pueda mejorar su comprensión de diagnóstico a través de un análisis de las definiciones y los indicadores de diagnóstico diagnósticos que parecen representar la mayoría de las respuestas de los pacientes que se encuentran en su práctica. Hay diagnósticos centrales en todas las áreas de práctica y es allí que tendrá que centrarse en la construcción de los primeros experimentos. Una vez que realmente entienden los conceptos, se empieza a ver patrones en los datos de la evaluación de riesgo que indican estados, estados de problemas y fortalezas - para que pueda mejorar su comprensión de diagnóstico a través de un análisis de las definiciones y los indicadores de diagnóstico diagnósticos que parecen representar la mayoría de las respuestas de los pacientes que se encuentran en su práctica. Hay diagnósticos centrales en todas las áreas de práctica y es allí que tendrá que centrarse en la construcción de los primeros experimentos. Una vez que realmente entienden los conceptos, se empieza a ver patrones en los datos de la evaluación de riesgo que indican estados, estados de problemas y fortalezas - para que pueda mejorar su comprensión de diagnóstico a través de un análisis de las definiciones y los indicadores de diagnóstico diagnósticos que parecen representar la mayoría de las respuestas de los pacientes que se encuentran en su práctica. Hay

Elijo un diagnóstico de cada uno de los 13 dominios y combinarlos al final de la evaluación?

Aunque sabemos que algunos maestros enseñan bien, no es un método apoyamos. Designar arbitrariamente determinado número de diagnósticos que deben ser considerados no es práctico ni refleja necesariamente la realidad del paciente. Por otra parte, como se señaló anteriormente, los dominios no tienen formato de evaluación. Usted debe hacer una evaluación de enfermería y, por su parte, puede empezar a construir hipótesis sobre los posibles diagnósticos. Estos, a su vez, ser seguidos por una evaluación dirigida a descartar o confirmar la hipótesis. La evaluación es un proceso fluido - un hecho te puede llevar de nuevo a los datos obtenidos previamente y pueden requerir una evaluación detallada para recopilar información. Se recomienda el uso de una evaluación basada en un modelo de enfermería, como las normas sanitarias Gordon funcional. Aunque la taxonomía actual se adapta estas normas, el marco de evaluación de enfermería es compatible con las enfermeras para entrevistar y evaluar al paciente, lo que permite (y alentar!) Análisis de los líquidos como los datos e información obtenidos de otros patrones de interactuar durante el período de evaluación.

Mis profesores no permiten el uso de diagnósticos de riesgo porque nos centramos en el diagnóstico "real". riesgo indica que los pacientes no son "reales"?

Por supuesto que son! Los diagnósticos son a menudo corren el riesgo de diagnóstico más alta prioridad para los pacientes - un individuo con una gran vulnerabilidad a la infección, caídas, presión o herida sangrante pueden no tener una evaluación más crítica del riesgo. El uso previo de "real" término diagnóstico puede conducir a este lío - algunos han interpretado que esto significa que el diagnóstico real (que se centra en el problema) sería más "real" que el riesgo. Pensar en una mujer joven que acaba de dar a luz a un bebé sano, pero que desarrollaron coagulación intravascular diseminada durante el embarazo y la hemorragia postparto tiene una historia. Es probable que no tiene otro diagnóstico como prioridad *el riesgo de sangrado (00206)*. tal vez ella *El dolor agudo (00132)*

como resultado de la episiotomía, *ansiedad* (00146) y *mejor disposición para la alimentación de* (00106), pero cualquier enfermera perinatal le dirá que el enfoque debe ser el número 1 *riesgo de sangrado!*

Nuestro plan de estudios básicos de enfermería ya está lleno. Cuando los diagnósticos de enfermería debe enseñar y quién debe hacerlo?

Enfermería, al igual que otras disciplinas, se esfuerza por pasar de un sistema de contenido cargado por un proceso educativo basado en los alumnos, centrándose en el razonamiento. Por lo menos durante los últimos decenios, el estándar en la educación de enfermería fue tratar de incluir más y más información sobre las clases, lecturas y tareas, lo que lleva a un patrón de "memorización y regurgitación" del conocimiento, seguida habitualmente por el olvido de la mayor parte de lo que era "aprendido" poco después. Simplemente no funciona! La velocidad de desarrollo del conocimiento aumenta exponencialmente - no podemos seguir enseñando todos los datos necesarios. En su lugar, tenemos que enseñar conceptos básicos, enseñar a los estudiantes a la razón, a descubrir el conocimiento y saber lo que es fiable, además de la forma de aplicación. Tenemos que darles las herramientas que conducen a la formación permanente, y el razonamiento clínico es posiblemente el más fundamental de todos. Pero el pensamiento crítico requiere un campo de conocimiento - en este caso, de enfermería -, lo que requiere el dominio de nuestro conocimiento disciplinar, representado por diagnósticos de enfermería. Cada maestro debe enseñar a los diagnósticos de enfermería de enfermería - en todas las disciplinas y como el foco de la disciplina. Por conceptos de enseñanza, los estudiantes aprenderán acerca de los campos relacionados, sus diagnósticos y tratamientos estándar. Aprenden acerca de las respuestas humanas y cómo se diferencian en una variedad de situaciones, debido a la edad, el género, la cultura, etc. Reestructurar el plan de estudios para que el enfoque es realmente la enfermería puede sonar radical, pero es la única manera de proporcionar sólidamente contenido de enfermería a las futuras enfermeras. Enseñar a los primeros diagnósticos centrales que impregnan todas las áreas de la práctica; a continuación, ya que los estudiantes adquieran conocimientos, enseñar a la experiencia central de diagnóstico. El resto - aquellos que no ocurren a menudo, o se producen sólo en condiciones muy

específica - se aprenderán con la práctica y con los pacientes que muestran esas respuestas.

09:12 Sobre el uso de la NANDA-I en los EHR

Es obligatorio que los problemas, las intervenciones y los resultados de los pacientes incluidos en un registro médico electrónico que se establecen utilizando la terminología de la NANDA-I? ¿Por qué utilizar los diagnósticos de enfermería de la NANDA-I, con un sistema electrónico de salud?

No es obligatorio; Sin embargo, los diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional es muy recomendable por las organizaciones que certifican a los estándares de práctica como elementos que deben incluirse en los registros médicos electrónicos. Varios estudios y estudios de expertos internacionales promueven la inclusión de la taxonomía de la NANDA-I en estos registros en base a varias razones:

- La seguridad del paciente requiere una documentación precisa de los problemas de salud (p. Ej., estados de riesgo, diagnóstico que se centran en el problema, el diagnóstico promoción de la salud), y la NANDA-I es la única clasificación con una amplia bibliografía de apoyo (con muchos diagnósticos basados en la evidencia, incluyendo un nivel de formato de pruebas [LOE, *Grado de comprobación*]). Más que eso, los diagnósticos NANDA-I son conceptos amplios que incluyen factores relacionados y características definitorias. Esta es una de las principales diferencias con respecto a otras terminologías.
- La NANDA-I, NIC y NOC (NNN) no sólo son las clasificaciones de uso internacional más frecuentes, pero los estudios muestran que es más clasificaciones basadas en la evidencia y completa. Los diagnósticos NANDA-I se desarrollan y perfeccionan
- continuamente. La clasificación no es el producto de un solo autor; se basa en el trabajo de los profesionales de enfermería de los miembros en todo el mundo y no son miembros de la NANDA Internacional (Anderson et al, 2009 ;. Bernhard-Just et al, 2009 ;. Keenan et al, 2008 ;. Lunney, 2006; Lunney et al ., 2005; Müller-Staub, 2007, 2009; Müller-Staub et al, 2007) ..

Acerca de 9:13 preparación y el examen de diagnóstico

Que prepara y revisa el diagnóstico de la NANDA-I?

Los nuevos diagnósticos y revisado se presentan al Comité de Diagnóstico para el Desarrollo (DDC, Diagnóstico Comité para el Desarrollo) NANDA-I para las enfermeras de todo el mundo. Estos profesionales provienen principalmente de las áreas de la práctica clínica y la educación, a pesar de que tenemos los investigadores y teóricos que de vez en cuando se someten a diagnóstico también. La fórmula DDC y lleva a cabo análisis de los procedimientos de diagnóstico propuestos. Las funciones de la DDC incluyen (pero no se limitan a): análisis de los diagnósticos recientemente propuestas, propuesto revisiones o supresiones propuestas diagnóstico de enfermería;

y solicitud

difusión *realimentación* especialistas; los procesos de aplicación para el análisis de los afiliados y votación de los asuntos generales reunión / de miembros acerca de hacer diagnósticos.

¿Por qué se revisan algunos diagnósticos?

El conocimiento está en constante evolución en la práctica de enfermería y la investigación como aclarar y perfeccionar este conocimiento, es importante que la terminología de la NANDA-I refleja estos cambios. Las enfermeras en la práctica clínica, así como educadores e investigadores, se someten dichas revisiones, basadas en el trabajo o en revisiones de la literatura. El propósito es mejorar el diagnóstico, el suministro de información por lo que el diagnóstico de la enfermedad.

09:14 Sobre el libro *diagnósticos de enfermería de la NANDA-I*

¿Cómo sé cuales son nuevos diagnósticos?

Las nuevas y revisadas diagnósticos se destacan en la sección "Cambios y revisiones" (p. 4).

Al revisar los códigos electrónicos presentados en este libro, me di cuenta de la falta de unos pocos - esto significa que algunos diagnósticos faltan?

No. Los códigos representan faltan los que no designado o diagnósticos que fueron retirados de la taxonomía en el tiempo. Los códigos no se vuelven a utilizar; que se eliminan junto con el diagnóstico. Del mismo modo, los códigos son nunca usó más tarde designados, fuera de secuencia, y son para siempre sin ser designado.

Quando se revisa un diagnóstico, cómo saber qué ha cambiado? Me di cuenta de los cambios en algunas condiciones, pero que no figuran como revisiones - por qué?

La sección "revisiones y cambios" (. P 4) proporciona información detallada sobre los cambios realizados en esta edición. Sin embargo, la mejor manera de conocer a cada cambio es comparar la edición actual con la anterior. No lista de todos los cambios realizados para estandarizar los términos de los indicadores de diagnóstico, y estos cambios no se consideraron las revisiones. Se hizo hincapié en los dos últimos ciclos, que se continuó el trabajo previo de mejora y estandarización de los términos de características definitorias, factores relacionados y factores de riesgo. Además, muchos de los indicadores de diagnóstico actuales se enumeran en las poblaciones en riesgo y condiciones asociadas. Este es un trabajo en progreso, lo que requiere un trabajo lento y meticuloso para asegurar que los cambios no afectan el significado pretendido de los términos.

¿Por qué no todos los diagnósticos tienen un nivel de evidencia (LOE, *Grado de comprobación*)?

NANDA Internacional sólo se comenzó a utilizar criterios LOE en 2002. Por lo tanto, el diagnóstico que entró en la Taxonomía antes de que este año no mostraron criterios LOE, ya que ninguno había sido identificado en el momento de la presentación de diagnósticos. Todo lo que existía en Taxonomía en 2002 mantuvieron su "antigüedad" y los que claramente no cumplían con los criterios (p. Ej. Sin identificado factores relacionados, múltiples focos de diagnóstico en el título, etc.) se han revisado o eliminado en las cuestiones más tarde. El último de estos diagnósticos se indican para ser eliminado en la próxima edición. Animamos con urgencia para trabajar en los viejos diagnósticos para elevarlos a un mínimo de 2.1 LOE, que tendrá lugar en la estructura taxonómica.

¿Qué pasó con las referencias? ¿Por qué la NANDA-I no se hayan imprimido todas las referencias utilizadas en todo el diagnóstico?

La NANDA-I comenzó a publicar las referencias pidiendo a la gente que la sometió su trabajo para identificar sus tres referencias más importantes. En la edición de 2009-2011, empezamos a publicar una lista completa de referencias, debido al número de preguntas recibidas en relación con la literatura revisada de diferentes diagnósticos. En la actualidad, **muchas personas dicen que prefieren tener acceso *en línea* referencias, más que el libro impreso.** También hay preocupación por el impacto ambiental de un libro con más páginas y recomendaciones para la información específica para los investigadores y profesionales de la informática están publicados en *sitio web* NANDA-I para los que quieren acceder a ellos. Después de una discusión, se determinó que ésta era la decisión correcta, teniendo en cuenta los objetivos de este libro. Por lo tanto, todas las referencias a todos los diagnósticos **se encuentran en *sitio web* www.grupoa.com.br/nanda-i , por lo que es fácil de buscar y acceder a la información.**

9:15 Referencias

- Anderson CA, Keenan L, Jones J. Usando Bibliometría para apoyar a su selección de la enfermería terminología en septiembre *Comput Informar a Nurs*. 2009; 27 (2): 82-90
- Sólo Bernhart-A Hillewerth K, Holzer-Pruss C Paprotny M, Heinrich Zimmermann H. Die Anwendung der electronic Nanda, NCI-NOC Klassifikationen und und für die Folgerungen Pflegepraxis. *Pflege*. 2009; 22 (6): 443-454 Kamitsuru S. *Kango Nakushita seminario Shiryō* [Diagnóstico de enfermería folleto seminario]. laboratorio Kango (Japonés); 2008
- Keenan GM Tschannen D Wesley ML. terminologías de enfermería estandarizados pueden transformar la práctica. *J Nurs Adm*. 2008; 38 (3): 103-106
- diagnósticos Lunney M. NANDA, NIC, intervenciones y resultados NOC utiliza en una clínica electrónica registro con los niños de primaria. *J Nurs Sch*. 2006; 22 (2): 94-101 Lunney necesita para hacer frente a M. exactitud crítico de los diagnósticos de enfermería. *Ojin: Online números J Nurs*. 2008; 13 (1)
- Lunney M, C Delaney, Duffy M, Moorhead S Welton J. Defender es enfermería estandarizado idiomas en los registros electrónicos de salud. *J Nurs de administración*. 2005; 35 (1): 1-3 M. Müller-Staub *Evaluación de la implementación del diagnóstico de enfermería: Un estudio sobre el uso de* Los diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados en la documentación de enfermería. Wageningen: Ponsen y Looijen; 2007
- M. Müller-Staub capacitación de los enfermeros de enfermería a utilizar el lenguaje normalizado en la historia clínica electrónica. Los estudios realizados en la tecnología de la salud y la informática. *Conexión de seres humanos de salud*. 2009; 146: 337-341 Müller-Staub M Lavin
- MA, Needham I, T. Reunión Achterberg van los criterios de un diagnóstico de enfermería Clasificación: Evaluación de la CIPE, ICF, Nanda y ZEPF. *Int J Nurs Stud*. 2007; 44 (5): 702-713 pericia docente Rencic J. Doce en consejos para el razonamiento clínico. *Teach Med*. 2011; 33 (11): 887-892

10 Glosario

10.1 diagnóstico de enfermería

El diagnóstico de enfermería es un ensayo clínico en una respuesta humana a las condiciones de salud / procesos de la vida, o una vulnerabilidad a esta respuesta de un individuo, familia, grupo o comunidad. El diagnóstico de enfermería es la base para la selección de las intervenciones de enfermería para lograr resultados que son responsabilidad de las enfermeras (aprobada en la Novena Conferencia de la NANDA, agregó en 2009 y 2013).

10.1.1 Diagnóstico de enfermería con un enfoque en un problema

A juicio clínico sobre la respuesta humana no deseada en una condición de salud / proceso de la vida que existe en un individuo, familia, grupo o comunidad.

Para hacer un diagnóstico centrado en el problema, debe estar presente: características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en inferencias patrones o indicadores relacionados; y, también se necesitan factores relacionados (factores etiológicos), que se refieren, contribuyen o preceden al enfoque del diagnóstico.

10.1.2 Diagnóstico de enfermería promoción de la salud

A juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y lograr potencial para la salud humana.

Estas respuestas se expresan como una disposición a mejorar los comportamientos de salud específicos y pueden ser utilizados en cualquier estado de la salud. En las personas que no pueden expresar su propia voluntad de mejorar los comportamientos de salud, las enfermeras pueden determinar la

existencia de una condición de promoción de la salud y actuar en beneficio del individuo. respuestas de promoción de la salud pueden manifestarse en un individuo, familia, grupo o comunidad.

10.1.3 diagnóstico de enfermería riesgo

Un ensayo clínico en cuanto a la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad para el desarrollo de una respuesta humana no deseado a una condición de proceso salud / vida.

Para hacer un diagnóstico de riesgo, lo siguiente debe estar presente: el apoyo de los factores de riesgo que contribuyen a una mayor susceptibilidad.

Síndrome 10.1.4

Un ensayo clínico para un grupo específico de diagnósticos de enfermería que ocurren juntos y están mejor tratadas juntos y por intervenciones similares.

Para utilizar un síndrome de diagnóstico, la siguiente debe estar presente: dos o más diagnósticos de enfermería deben utilizarse como definición de las características. factores relacionados deben estar presentes.

10.2 Eje diagnóstico

10.2.1 Eje

Un eje se define operacionalmente como una dimensión de la respuesta humana visto en el proceso de diagnóstico. Siete ejes que acompañan al modelo de referencia de las Normas Internacionales para el diagnóstico de enfermería.

- Eje 1: Enfoque diagnóstico
- Eje 2: según el diagnóstico (individuo, familia, grupo, cuidadores, comunidad, etc.)
- Prioridad 3: juzgar (alteraciones ineficaz, etc.) Eje 4: ubicación
- (oral, periférica, cerebral, etc.) Eje 5: edad (recién nacido, bebé, niño, adulto, etc.) Pista 6: tiempo (crónica, aguda parpadeando)
-
- Eje 7: categoría de diagnóstico (que se centra en el problema, riesgo, promoción de la salud)

Los ejes están representados en los títulos de los diagnósticos de enfermería por sus valores. En algunos casos, reciben nombres explícitos, como el diagnóstico *comunidad de afrontamiento ineficaces y familia comprometida afrontamiento*, donde el tema del diagnóstico se cita el uso de los valores de "comunidad" y "familia" tomado del eje 2 (tema del diagnóstico). "Ineficaz" y "comprometidos" son dos valores contenidos en la Sección 3 (ensayo).

En algunos casos, el eje está implícito, como en el diagnóstico *intolerancia a la actividad*, donde el sujeto del diagnóstico (Eje 2) es siempre el paciente. En otros casos, un eje puede no ser relevante para un diagnóstico en particular, al no ser parte del título. Por ejemplo, el eje de tiempo puede no ser relevante para todos los diagnósticos. En el caso de diagnóstico sin identificación explícita del sujeto, puede ser útil recordar que la NANDA-I define "paciente" y "individual, familiar, grupo o comunidad."

Eje 1 (diagnóstico de enfoque) y el eje 3 (ensayo) son componentes esenciales de un diagnóstico de enfermería. Sin embargo, en algunos casos, el enfoque contiene el ensayo (p. Ej., *náuseas*); en casos así, el juicio no se

se separa, se centran de forma explícita en el título del diagnóstico. El eje 2 (tema de diagnóstico) también es crítica, aunque, como se ha descrito anteriormente, puede ser implícita, al no ser parte del título. El DDC requiere estos ejes en el envío para el análisis del diagnóstico; otros se pueden utilizar siempre que sea pertinente para mayor claridad.

ejes 10.2.2 Definiciones

Eje 1: Enfoque diagnóstico

El objetivo del diagnóstico es el elemento principal, o la parte fundamental y esencial, la raíz del concepto de diagnóstico. Se describe la "respuesta humana", que es el elemento central de diagnóstico.

El enfoque del diagnóstico puede consistir en uno o más sustantivos. Cuando más de un sustantivo se utiliza (p. Ej., *intolerancia a la actividad*) cada uno contribuye una dirección para centrar el diagnóstico, como si fueran una sola palabra. El significado combinado del término, sin embargo, es diferente cuando se consideran por separado. A menudo, un sustantivo (*sufriendo*) Se puede utilizar con un adjetivo (*espiritual*) para denotar el enfoque del diagnóstico *sufriendo espiritual* (ver ► Tab. 8.1)

Eje 2: según el diagnóstico

Persona que se da un diagnóstico de enfermería. Los valores en el eje 2 son individuales, cuidador, familiar, grupal y comunitaria, que representa la definición de "paciente" NANDA-I.

- *individuales*: un solo ser humano, distinto de los demás; una persona.
- *cuidador*: miembro de la familia o un ayudante que asiste regularmente a un niño o una persona enferma, anciana o discapacitada.
- *familia*: dos o más personas que tienen relaciones continuas o permanentes, se dan cuenta de las obligaciones recíprocas, tener sentido común y compartir ciertas obligaciones a los demás; relacionados por la sangre y / o de la elección.
- *grupo*: grupo de personas con características compartidas.
- *comunidad*: grupo de personas que viven en un mismo lugar, bajo un gobierno. Los ejemplos incluyen los barrios y ciudades.

Eje 3: Ensayo

Un ensayo es un descriptor o elemento de modificación que limita o especifica el significado del enfoque del diagnóstico. Esto, junto con el juicio de la enfermera de él, por lo que el diagnóstico. Los valores están en el eje 3 ► Tabla 8.2.

Eje 4: ubicación

La ubicación se describen las partes / regiones del cuerpo y / o funciones relacionadas - todos los tejidos, órganos, sitios anatómicos o estructuras. Los valores están en el eje 4 ► Tabla 8.3.

Eje 5: edad

Se refiere a la edad de la persona que es el sujeto del diagnóstico (Eje 2). Los valores en el eje 5 es el siguiente, con todos los ajustes,

excepto para las personas mayores, tomada de la Organización Mundial de la Salud (2013). [NT]

- *feto*: No hemos nacido humano, con más de 8 semanas después de la concepción hasta el nacimiento
- *neonato*: persona <28 días de edad
- *infantil*: persona ≥ 28 días y <1 año de edad
- *niño*: persona con 1-9 años, incluyendo
- *adolescente*: persona de 10 a 19 años, incluidos
- *adulto*: persona mayor de 19 años, a menos que una ley nacional define la persona que está siendo adulta temprana
- *ancianos*: persona > 65 años de edad

Eje 6: Tiempo

Tiempo describe la duración del enfoque del diagnóstico (Eje 1). Los valores en el eje 6 incluyen:

- *aguda*: duración <3 meses de
- *crónica*: duración ≥ 3 meses
- *parpadeando*: interrumpido, o comenzar de nuevo a intervalos; revista; cíclico
- *continua*: sin interrupción; que permanece sin parar

Eje 7: categoría diagnóstica

Se refiere a la realidad o el problema potencial / síndrome o la categorización del diagnóstico como una promoción de la salud de diagnóstico. Los valores en el eje 7 incluyen: se centra en el tema de la promoción de la salud y el riesgo.

10.3 Componentes de un diagnóstico de enfermería

diagnóstico 10.3.1 Título

Nombres de un diagnóstico, lo que refleja, al menos, su enfoque (Eje 1) y el juicio de enfermería (eje 3). Es un término o expresión concisa que representa un patrón de indicadores relacionados. Es posible incluir modificadores.

10.3.2 Definición

Aporta una descripción clara y precisa; esboza la importancia del diagnóstico y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

10.3.3 Características que definen

Indicadores / inferencias observables, que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico centrado en el tema de la promoción de la salud o el síndrome. Esto implica no sólo las cosas que la enfermera es capaz de ver, pero para inferir la audiencia (p. Ej., Narrado por el paciente / familia), el tacto o el olfato.

10.3.4 Los factores de riesgo

Los factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos aumento, genética o química de la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad a un evento poco saludable. Los factores de riesgo sólo existen en diagnósticos de riesgo.

10.3.5 Factores relacionados

Los factores que parecen mostrar algún tipo de relación normalizada con el diagnóstico de enfermería. Estos factores pueden ser descritos como fondo asociado, contribuyentes relacionados o potenciadores. Solamente los diagnósticos de enfermería se centra en el problema y síndromes

Deben tener factores relacionados; diagnósticos promoción de la salud pueden ser factores relacionados si son útiles para aclarar el diagnóstico.

10.3.6 Las poblaciones en riesgo

Los grupos de personas que comparten alguna característica que hace que cada miembro sea susceptible a la respuesta humana en particular. Estas características no son modificables por la enfermera.

10.3.7 condiciones asociadas

diagnósticos médicos, lesiones, procedimientos, dispositivos médicos o agentes farmacéuticos. Estas condiciones no son modificables por la enfermera de forma independiente.

10.4 Definiciones para la clasificación de los diagnósticos de enfermería

10.4.1 Clasificación

Es la organización de los fenómenos relacionados en grupos taxonómicos, como similitudes observadas; una categoría en la que se inserta algo (Inglés Diccionario Oxford de estar en línea 2017).

10.4.2 nivel de abstracción

Describe la concreción / abstracción de un concepto:

- Los conceptos son muy abstracta y teórica no pueden ser directamente medible. Se definen por conceptos concretos disociadas en cualquier caso particular, independientemente del tiempo y el espacio. Tienen descriptores más generales y pueden no ser clínicamente útil para planificar el tratamiento.
- conceptos concretos son observables, medibles y limitado por el tiempo y el espacio. Constituyen una categoría específica, son más exclusiva, el nombre de una cosa real o clase de cosas. Ellos están restringidas en la naturaleza y pueden ser clínicamente útil para planificar el tratamiento.

10.4.3 nomenclatura

La indicación o elección de los nombres de las cosas, sobre todo en una ciencia o en otra disciplina (Espanhol estar Diccionario Oxford Online 2017).

10.4.4 Taxonomía

La rama de la ciencia que se dedica a la clasificación, especialmente los organismos; una sistemática (Espanhol estar Diccionario Oxford Online 2017).

10.5 Referencias

Oxford University Press. *Diccionario Oxford de Inglés vida en línea*, Versión británica y mundial; 2017.

Disponible en: <https://en.oxforddictionaries.com>

Pender NJ, Murdaugh CL, MA Parsons. *Promoción de la Salud en la práctica de enfermería*. 5ª ed Upper Saddle

River, NJ: Prentice-Hall; 2006 Organización Mundial de la Salud. *Temas de salud: niño, recién nacido*; 2013. Disponible en: <http://www.who.int/to>

[las fotografías / infant_newborn / es /](#)

Organización Mundial de la Salud. *Definición de los términos clave*; 2013. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/g>

[IRECTRICES / arv2013 / Intro / keyterms / es /](#)

[Organización Mundial de la Salud] RT N. Algunos diagnósticos pueden representar más de un grupo de edad. Por ejemplo, se puede aplicar el diagnóstico *el riesgo de muerte súbita del lactante* para los recién nacidos.

parte 3

diagnósticos de enfermería de la NANDA

internacional

Área 1 • Promoción de la salud

clase 1 • código de diagnóstico percepción
de la salud 00097

La participación en actividades recreativas disminuido

Aprobado en 1980 • Revisada en 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

estimulación, interés o participación en actividades reducidas recreativo o de ocio.

definición de las características

- Cambio superficie afecto en el
- estado de ánimo
- siestas frecuentes durante el día
- descontento con la situación de la
- aptitud El aburrimiento falta
-

factores relacionados

- actividad recreativa insuficiente barrera
- ambiental insuficiente malestar físico
- Energía movilidad reducida motivación
- insuficiente
-
-
- La ubicación actual no permite la participación en las actividades de sufrimiento
- psicológico

Las poblaciones en riesgo

- extremos prolongados de hospitalización
- prolongada institucionalización de edad
-

las condiciones asociadas

- inmovilidad prescrito

- aislamiento terapéutico

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Área 1 • Promoción de la salud

clase 1 • código de diagnóstico percepción
de la salud 00168

Estilo de vida sedentario

Aprobado en 2004 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

Un hábito de la vida que se caracteriza por bajos niveles de actividad física.

definición de las características

- La falta de aptitud
- la actividad física diaria promedio que el recomendado para la edad y el sexo preferencia por
- actividades con poca actividad física

factores relacionados

- conocimiento insuficiente sobre los beneficios para la salud asociados con la falta de ejercicio interés
- por la actividad física insuficiente motivación de los recursos insuficientes de actividad física para la
- actividad física insuficiente formación para el ejercicio
-
-

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Área 1 • Promoción de la salud

clase 1 • código de diagnóstico percepción
de la salud 00262

voluntad de conocimientos sobre la salud mejorado

Aprobado en 2016 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

Un patrón de uso y el desarrollo de un conjunto de habilidades y competencias (Alfabetización, el conocimiento, la motivación, la cultura y la idioma) para encontrar, comprender, evaluar y utilizar conceptos e información de salud para la toma de decisiones diarias, promover y mantener la salud, la reducción de riesgos para la salud y mejorar la calidad de vida en general, lo que se puede mejorar.

definición de las características

- deseo expreso de aumentar la comprensión de las costumbres y creencias para tomar decisiones de salud
- deseo de aumentar la comprensión de la información médica para tomar decisiones sobre su salud expresada
- el deseo de dar a conocer los procesos cívicos y / o gubernamentales que afectan a la salud pública expresada
- deseo de aumentar el conocimiento sobre los determinantes de salud actuales en entornos sociales y físicos expresado
- el deseo de mejorar la capacidad de leer, escribir, hablar e interpretar los números de las necesidades de salud de todos los días expresado
- deseo expreso de mejorar la comunicación con los profesionales de la salud expresó el deseo de
- mejorar el apoyo social a la salud
- deseo expreso de mejorar el deseo expresado personales de toma de decisiones para obtener la
- información suficiente para mover el sistema de salud

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Área 1 • Promoción de la salud

clase 2 • control sanitario código de
diagnóstico 00188

comportamiento de la salud propensos a arriesgar

Aprobado en 1986 • Revisada en 1998, 2006, 2008, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

deteriorada para cambiar el estilo de vida y / o acciones para mejorar la capacidad de nivel de bienestar.

definición de las características

- abuso de Sustancias
- Si no se actúa con el fin de prevenir problemas de salud La imposibilidad
- de lograr un control óptimo de sentido minimiza los cambios en el estado
- de salud no aceptar el cambio en el estado de salud de fumadores
-
-

factores relacionados

- ansiedad social insuficiente apoyo
- social baja autoeficacia Los factores
- estresantes comprensión
- inadecuada
-
- percepción negativa de la estrategia recomendada de atención de la salud percepción
- negativa del proveedor de cuidado de la salud

Las poblaciones en riesgo

- desventaja económica Antecedentes
- familiares de alcoholismo

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Área 1 • Promoción de la salud

clase 2 • control sanitario código de
diagnóstico 00078

control ineficaz salud

Aprobado en 1994 • Revisada en 2008, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

ajuste estándar y la integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de las enfermedades y sus secuelas que no es satisfactoria para alcanzar los objetivos específicos de salud.

definición de las características

- Dificultad con el régimen prescrito
- Decisiones en la vida diaria ineficaces para lograr el fracaso objetivos de salud para actuar
- para reducir los factores de riesgo no incluyeron el régimen de tratamiento en la vida diaria
-

factores relacionados

- inadecuada apoyo social
- percibido barrera decisión
- beneficio percibido Conflicto
- conflicto familiar
-
- conocimiento insuficiente sobre el régimen terapéutico demandas
- excesivas
- Dificultad de controlar un régimen de tratamiento complejo difícil moverse compleja
- condición de los sistemas de atención de la salud de la gravedad percibida número
- inadecuado de las indicaciones de acción patrón familiar de cuidado de la salud
- impotencia percibida susceptibilidad
-
-
-

Población en riesgo

- desventaja económica

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Área 1 • Promoción de la salud

clase 2 • control sanitario código de
diagnóstico 00162

voluntad de control sanitario mejorado

Aprobado en 2002 • Revisada en 2010, 2013 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

Estándar regulación y la integración de la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de las enfermedades y sus consecuencias pueden ser mejorado.

definición de las características

- el deseo de mejorar la condición de la vacunación expresado / inmunización expresó el deseo de mejorar
- las opciones de la vida cotidiana para lograr los objetivos expresados deseo de mejorar el control de la
- enfermedad expresadas deseo de mejorar el control de los factores de riesgo expresado el deseo de
- mejorar el control de los regímenes prescritos expresado el deseo de mejorar el control de los síntomas
-
-

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Área 1 • Promoción de la salud

clase 2 • control sanitario código de
diagnóstico 00080

control sanitario familia ineficaces

Aprobado en 1992 • Revisada en 2013, 2017

definición

Estándar de los procesos de regulación e integración a la familia de un programa de tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es satisfactoria para alcanzar las metas de salud específicas de la unidad familiar.

definición de las características

- La aceleración de los síntomas de la enfermedad de un miembro de la familia actividades
- inadecuadas de la familia para lograr los objetivos de salud dificultad con el régimen prescrito
- no actuó para reducir los factores de riesgo reducido la atención a las enfermedades
-
-

factores relacionados

- familia decisión
- conflicto Conflicto
- Dificultad de controlar un régimen de tratamiento complejo difícil de mover sobre
- los sistemas sanitarios complejos

Población en riesgo

- desventaja económica

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

Área 1 • Promoción de la salud

clase 2 • control sanitario código de
diagnóstico 00099

mantenimiento ineficaz salud

Aprobado en 1982 • Revisada en 2017

definición

Incapacidad para identificar, controlar y / o buscar ayuda a mantener el bienestar.

definición de las características

- apoyo social insuficiente
- La ausencia de comportamientos para adaptarse a los cambios ambientales falta de
- interés en la mejora de los comportamientos de salud insuficiente conocimiento sobre las
- prácticas básicas de salud
- Incapacidad para asumir la responsabilidad de cumplir las prácticas de salud básicas estándar en ausencia de
- comportamiento de búsqueda de salud

factores relacionados

- Las estrategias de afrontamiento habilidades de
- comunicación ineficaces ineficaces pesan
- complicadas La insuficiencia de recursos sufrimiento
- espiritual
-
- La toma de decisiones deteriorados

Población en riesgo

- Retraso en el desarrollo

las condiciones asociadas

- Cambio en la reducción de la función cognitiva en la
- reducción de la motricidad fina en los trastornos de las
- habilidades motoras gruesas de percepción
-

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

Área 1 • Promoción de la salud

clase 2 • control sanitario código de
diagnóstico 00043

protección ineficaz

Aprobado en 1990 • Revisada en 2017

definición

Disminución de la capacidad para protegerse de amenazas internas o externas, tales como la enfermedad o lesión.

definición de las características

- coagulopatía cambio en la
- transpiración de la anorexia
- Escalofríos
-
- inmunidad deficiente
- Desorientación Disnea Fatiga
- Debilidad Inmovilidad Inquietud
- Insomnio
-
-
-
-
- la presión lesión
- neurosensorial Picazón
- pérdidas
- respuesta mal adaptada a la tos estrés
-

factores relacionados

- El abuso de sustancias
- nutrición inadecuada

Población en riesgo

- Extremos de la edad

las condiciones asociadas

- agente farmacéutico
- cáncer
- trastorno inmunológico perfil
- anormal de la sangre Régimen de
- tratamiento

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

Área 1 • Promoción de la salud

clase 2 • control sanitario código de
diagnóstico 00215

salud comunidad pobre

Aprobado en 2010 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La presencia de uno o más problemas de salud o factores que dificultan el bienestar o aumentan el riesgo de problemas de salud de un grupo.

definición de las características

- programa de ausencia para eliminar el problema de la salud (s) de un grupo o programa Falta de población
- para mejorar el bienestar de un grupo o programa sin población para evitar el problema (s) de salud de un
- programa de grupo o población existe para la reducción del problema (s) o un grupo de personas un problema
- de salud de salud experimentado por grupos o poblaciones condiciones fisiológicas que experimentan los
- grupos de riesgo de riesgo o poblaciones de los estados psicológicos que experimentan los grupos de riesgo
- de hospitalización o poblaciones sufren los grupos o poblaciones
-
-

factores relacionados

- el acceso insuficiente a los proveedores de atención de la salud La falta de
- expertos en la comunidad
- Programa se ocupa de la forma incompleta del programa de problema de salud
- con el programa de apoyo social insuficiente con resultados inadecuados
- programa de datos con insuficiente programa económico con recursos
- insuficientes inadecuada plan de evaluación
-
-
- la satisfacción del consumidor inadecuada con el programa

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Área 1 • Promoción de la salud

clase 2 • control sanitario código de
diagnóstico 00257

Síndrome de ancianos frágiles

Aprobado en 2013 • Revisada en 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

equilibrio inestable condición dinámica que afecta a los ancianos que sufre deterioro de uno o más dominios de la salud (físicos, funcionales, psicológicas o sociales) y conduce a una mayor susceptibilidad a los efectos adversos para la salud, en particular la discapacidad.

definición de las características

- deambulación deteriorada (00088) disminución del gasto
- cardíaco (00029) déficit de autocuidado para el baño de los
- alimentos (00102) déficit de autocuidado (00108) déficit de
- autocuidado higiene personal apósito (00110) déficit de
- autocuidado (00109) La desesperanza (00124) Fatiga (00093)
-
-
-
- Intolerancia a la actividad (00092) El aislamiento
- social (00053) deterioro de la memoria (00.131)
- Deterioro de la movilidad física (00085)
-
- la nutrición desequilibrada: menos que las necesidades corporales (00002)

factores relacionados

- ansiedad
- apoyo social insuficiente
- conocimiento insuficiente de los factores modificables Depresión de
- desnutrición
-
- trastornos del equilibrio Estilo
- de vida sedentario

- agotamiento
- disminución de la fuerza muscular
- debilidad muscular Inmovilidad
-
- El aislamiento social intolerancia
- a la actividad
- la actividad física diaria promedio que el recomendado para las caídas de edad y sexo Miedo
- deterioro de la movilidad Obesidad
-
-
- La tristeza de reducción de
- energía

Las poblaciones en riesgo

- Bajo nivel educativo en desventaja
- económica etnia diferente de la
- hospitalización prolongada historia de raza
- caucásica cae edad > 70 años viviendo
- únicamente el sexo femenino
-
-
-
- La vida en la vulnerabilidad
- espacio social limitado

las condiciones asociadas

- Cambio en la función cognitiva de la
- anorexia
- Caminar cuatro metros requiere > 5/2 déficit
- sensorial
- La disfunción de la regulación endocrina
- enfermedad crónica sarcopénica Obesidad
-
- la pérdida involuntaria de > 4,5 kg en 1 año

- pérdida no intencional de 25% del peso corporal en proceso de coagulación
- alterado uno años
- Reducción de la respuesta inflamatoria D 25-hidroxivitamina suero
- elimina sarcopenia
-
- trastorno psiquiátrico

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Área 1 • Promoción de la salud

clase 2 • control sanitario código de
diagnóstico 00231

riesgo el síndrome de ancianos frágiles

Aprobado en 2013 • Revisada en 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La susceptibilidad a estado dinámico de equilibrio inestable que afecta a los ancianos que sufre deterioro de uno o más dominios de la salud (físicos, funcionales, psicológicas o sociales) y conduce a una mayor susceptibilidad a los efectos adversos para la salud, en particular la discapacidad.

Factores de riesgo

- ansiedad
- apoyo social insuficiente
- conocimiento insuficiente de los factores modificables Depresión de
- desnutrición
-
- alteración de la balanza Estilo de
- vida sedentario Agotamiento
-
- disminución de la fuerza muscular
- debilidad muscular Inmovilidad
-
- El aislamiento social intolerancia
- a la actividad
- la actividad física diaria promedio que el recomendado para las caídas de edad y sexo Miedo
- deterioro de la movilidad Obesidad
-
-
- La tristeza de reducción de
- energía

Las poblaciones en riesgo

- Bajo nivel educativo

- desventaja económica diferente de la
- historia Raza Caucásica cae
- hospitalización prolongada edad > 70
- años viviendo únicamente el sexo
- femenino
-
-
- La vida en la vulnerabilidad
- espacio social limitado

las condiciones asociadas

- Cambio en la función cognitiva de la
- anorexia
- Caminar cuatro metros requiere > 5/2 déficit
- sensorial
- La disfunción de la regulación endocrina
- enfermedad crónica sarcopénica Obesidad
-
- pérdida no intencional de > 4,5 kg a 1 año pérdida no intencional de
- 25% del peso corporal en proceso de coagulación alterada 1 año
-
- Reducción de suero de Respuesta Inflamatoria D
- 25-hidroxivitamina suprimida sarcopenia
-
- trastorno psiquiátrico

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 1 • La ingestión de código de
diagnóstico 00216

producción insuficiente la leche materna

Aprobado en 2010 • Revisada en 2017 • Grado de comprobación 3.1

definición

suministro inadecuado de la leche materna para satisfacer el estado de nutrición de un bebé o un niño.

definición de las características

- La ausencia de la producción de leche con la estimulación del pezón llanto
- frecuente el estreñimiento bebé lactante
-
- aumento de peso infantil de menos de 500 g en 1 mes Infantil busca succionar
- el pecho con frecuencia infantil elimina pequeñas cantidades de concentrado
- infantil azúcar en la orina rechaza el pecho
-
- La leche materna ordeñada es menor que el volumen prescrito a un retraso en los bebés
- chupando la producción de leche en el tiempo la lactancia prolongada no sostenida
-
-

factores relacionados

- El consumo de alcohol por la malnutrición
- materna madre
- oportunidad insuficiente para succionar el pecho de la
- mama manejar el tratamiento de mama Reflexión de
- succión ineficaz ineficaz rechazo de mama mama régimen
- de fumadores
-
-
- el tiempo de succión en el volumen del pecho insuficiente
- del líquido madre discapacitada

condición asociada

- embarazo

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 1 • La ingestión de código de
diagnóstico 00104

Amamantamiento ineficaz

Aprobado en 1988 • Revisada en 2010, 2013, 2017 • Grado de comprobación 3.1

definición

Dificultad para ofrecer leche de los pechos, que pueden comprometer el estado nutricional del bebé o del niño.

definición de las características

- Flexión cuando el bebé mama
- bebé no responde a otros comodidad Vaciado medidas insuficientes
- cada pecho para la lactancia materna inadecuada heces bebé aumento
- de peso insuficiente bebé
-
- la incapacidad del niño para captar el área de la areola-pezones materno infantil adecuadamente gritos al ser
- puesto en el pecho
- Infant llora en la primera hora después de la alimentación las pantallas infantiles de
- agitación dentro de una hora después de la alimentación de la pérdida de peso sostenida
- infantil
- La persistencia de los pezones dolorosos después de la primera semana de la alimentación de la
- resistencia del niño a captar la región de señal insuficiente liberación de oxitocina areola-pezones en
- la mama no sostenida aspiración suministro de leche inapropiado notado
-
-

factores relacionados

- alimentaciones adicionales con la lactancia artificial pezón
- interrumpidos ambivalencia materna del pecho materno
- Anomalía la ansiedad materna insuficiente apoyo de la
- familia
-
-

- Etapa II del retraso Lactogénesis
- insuficiente conocimiento de los padres sobre la importancia de la lactancia materna insuficiente
- conocimiento de los padres sobre las técnicas dolor lactancia materna fatiga materna obesidad
- materna
-
-
- oportunidad insuficiente para succionar el pecho de
- succión Reflexión de mala leche para lactantes
- suministro inadecuado uso del chupete
-

Las poblaciones en riesgo

- antes de la cirugía de mama
- antecedentes de fracaso en la lactancia materna infantil
- prematura breve permiso de maternidad
-

condición asociada

- defecto de la orofaringe

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 1 • La ingestión de código de
diagnóstico 00105

Amamantamiento interrumpido

Aprobado en 1992 • Revisada en 2013, 2017 • 2.2 Nivel de evidencia

definición

Ruptura de la continuidad de la leche que ofrece la mama que pueden poner en peligro el éxito de la lactancia materna y / o el estado nutricional del bebé o del niño.

característica que define

- No lactancia materna exclusiva

factores relacionados

- Necesidad de destetar bruscamente la separación infantil entre
- la madre y el bebé

Las poblaciones en riesgo

- Bebé prematuro
- hospitalización del niño el
- empleo materno

las condiciones asociadas

- Las contraindicaciones para la enfermedad infantil de la
- enfermedad de la madre lactante
-

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 1 • La ingestión de código de
diagnóstico 00106

voluntad de **Amamantamiento mejorado**

Aprobado en 1990 • Revisada en 2010, 2013, 2017 • 2.2 Nivel de evidencia

definición

oferta estándar de la leche materna a un bebé o un niño puede ser mejorado.

definición de las características

- La madre expresó el deseo de mejorar la capacidad de la enfermería exclusivamente madre expresó el deseo de
- mejorar la capacidad de la enfermería para satisfacer las necesidades nutricionales del niño

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 1 • La ingestión de código de
diagnóstico 00103

tragar dañado

Aprobado en 1986 • Revisada en 1998, 2017

definición

El funcionamiento incorrecto del mecanismo de deglución asociado con déficits en la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

definición de las características

Primera etapa: Oral

- acción ineficaz del lenguaje en la formación del bolo en bolo
- acumulación en las ranuras laterales empujó la comida de la
- boca antes de tragar Ahogado "Babar"
-
-
- Asfixia al tragar las piezas antes de tragar
- bolo escape prematuro de los alimentos
- por la boca de entrada
-
- deglución oral de anormal la evaluación de cierre
- incompleto de los labios extendida incapacidad
- formación bolo para vaciar la masticación
- insuficiente cavidad oral "manejar" ineficaz nasal
- ineficaz reflujo de succión
-
-
-
- hora de la comida con tos prolongada consumo insuficiente antes
- de tragar

Segunda etapa: faríngea

- Los cambios en la posición de la cabeza

- La asfixia arcadas
-
- deglución repetida
- tragar retrasó
- inadecuada elevación de la laringe
- fase faríngea anormal en la evaluación de etiología
- desconocida Febres tragar infección pulmonar recurrente
- gorgoteo calidad de voz rechazo del alimento reflujo nasal
- Tos
-
-
-

Tercera etapa: esofágico

- Despertar en la noche La acidez
- bruxismo
-
- Tragar dificultad para tragar
- repitió dolor epigástrico
-
- fase esofágica anormal en la evaluación de la deglución Breath
- Olor ácido Hematemesis
-
- Hiperextensión de la cabeza
- irritabilidad inexplicable en las proximidades de la limitación de las horas de comida
- Volumen Odinofagia
-
- La negativa regurgitación de
- alimentos
- Informes "algo pegado"
- Vómitos durante la noche Tos
-
- Vomitar sobre la almohada

factores relacionados

- La autolesión problema de comportamiento de la
- conducta alimentaria

Las poblaciones en riesgo

- El fracaso retraso en el desarrollo para
- desarrollar la historia de la alimentación
- enteral prematuridad
-

las condiciones asociadas

- acalasia
- Anormalidad Anormalidad anormalidad de la
- vía aérea superior de la laringe respiratoria
- condición orofaringe
-
- Condiciones con significativa defecto hipotonía muscular
- laríngeo
- Defecto Defecto en Nasal traqueal Defecto
- cavidad nasofaríngea
-
- enfermedad cardíaca congénita adquirida
- defectos anatómicos malnutrición de
- proteínas-calorías enfermedad de reflujo
- esofágico implicación del nervio craneal
- lesión cerebral obstrucción mecánica
- cerebral trastornos neuromusculares
- parálisis Lesión Trauma Neurológicos
-
-
-
-

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

Dominio 2 • Nutrición

clase 1 • La ingestión de código de
diagnóstico 00269

la dinámica de los alimentos adolescente ineficaces

Aprobado en 2016 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

Actitudes y conductas alimentarias alteradas que dan lugar a las normas alimentarias excesivas o insuficientes, poniendo en peligro la salud nutricional.

definición de las características

- comer en exceso
- alimento frecuente en los restaurantes *comida rápida*
- energía insuficiente
- La evitación de la participación en la hora de las comidas regulares fumador
- "pellizco" con frecuencia de la ingesta de alimentos frecuente de baja calidad
- de la ingesta de alimentos comunes alimentos procesados Poco apetito
-
-
- Las quejas de hambre entre comidas rechazo
- del alimento

factores relacionados

- La ansiedad psicológica
- abuso
- un control excesivo de la familia durante las comidas Depresión
-
- dinámica familiar modificados elección
- inadecuada de los alimentos El estrés
- excesivo
- las comidas irregulares
- influencia de los medios sobre el comportamiento de los alimentos con alto contenido calórico de la alimentación y poco saludable
- influencia de los medios en el conocimiento de los alimentos con alto contenido calórico y poco saludable

- Las influencias negativas de los padres en los comportamientos alimentarios
- comidas estresantes momentos de cambio en la autoestima al iniciar la pubertad
- comidas psicológicos negligencia y sin trastorno de Comida de empresa
-
-
-

las condiciones asociadas

- desafío físico relacionado con el acto de desafío de la alimentación
- física relacionada con el acto de comer problemas de salud física
- problemas de salud psicológica de los padres a los padres
-

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 1 • La ingestión de código de
diagnóstico 00270

la dinámica de los alimentos niño ineficaces

Aprobado en 2016 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

Actitudes, comportamientos e influencias cambio en los patrones de alimentación del niño que resultan en la salud nutricional comprometida.

definición de las características

- comer en exceso
- alimento frecuente en los restaurantes *comida rápida*
- energía insuficiente
- La evitación de la participación en la hora de las comidas regulares fumador
- "pellizco" con frecuencia de la ingesta de alimentos frecuente de baja calidad
- de la ingesta de alimentos comunes alimentos procesados Poco apetito
-
-
- Las quejas de hambre entre comidas rechazo
- del alimento

factores relacionados

hábitos alimenticios

- La ausencia de un horario regular de comidas
- chantaje para que el niño se alimentan
- El consumo de grandes cantidades de alimentos en un corto período de tiempo excesivo
- control de los padres en las comidas familiares horario Control parental excesiva en los
- niños alimentos experiencia de niño obligado a comer Elija hábitos alimenticios
- inadecuados alimentos desorganizado
-
-
- aperitivos no estructurados ingestión entre comidas limitación de
- la alimentación del niño

- hora de las comidas estresantes normas
- alimentarias impredecibles recompensar al niño
- para la alimentación de las comidas sin compañía
-

proceso familiar

- estilo de crianza / maternidad sobreimplicación estilo de crianza /
- maternidad relación abusiva con poca implicación estilo de crianza /
- maternidad no involucrado relación padre-hijo ansioso relación padre-hijo
- relación insegura relación hostil entre padres e hijos tensas entre padres e
- hijos
-
-
-

padres

- Abuso de Sustancias
- anorexia Depresión
-
- afrontamiento ineficaces
- La falta de confianza en el niño y el desarrollo de hábitos alimenticios saludables falta de confianza en el
- buen crecimiento de la falla infantil para apoyar patrones de alimentación saludable
-
- la responsabilidad de la división de la discapacidad en el acto de alimentar entre padres e hijos a cargo de la
- División de la discapacidad en el acto de comer entre padres e hijos

ambiental

- influencia de los medios sobre el comportamiento de los alimentos con alto contenido calórico de la alimentación y poco saludable
- influencia de los medios en el conocimiento de los alimentos con alto contenido calórico y poco saludable

Las poblaciones en riesgo

- desventaja económica
- La implicación con los sistemas host / adopción de niños

- la obesidad paterna / calle
- Transición Población vida
- materna

las condiciones asociadas

- desafío físico relacionado con el acto de desafío de la alimentación
- física relacionada con el acto de comer problemas de salud física
- problemas de salud psicológica de los padres a los padres
-

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 1 • La ingestión de código de
diagnóstico 00271

dinámica ineficaz de alimentación infantil

Aprobado en 2016 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

Poder cambiar los comportamientos de los padres que dan lugar a las normas alimentarias excesivas o insuficientes.

definición de las características

- comer en exceso insuficiente
- poder poco apetito rechazo
- del alimento
-
- transición inadecuada para alimentos sólidos

factores relacionados

- estilo de crianza / maternidad estilo de crianza sobreimplicación /
- maternidad con estilo de crianza poca participación / maternidad no
- involucrado falta de confianza en el crecimiento infantil adecuada
-
- La falta de confianza en el niño para el desarrollo de hábitos alimenticios saludables falta de conocimiento acerca de la
- responsabilidad de los padres en relación con la falta de alimentación infantil de conocimiento sobre la alimentación
- infantil adecuada para cada etapa de desarrollo de métodos
-
- La falta de conocimiento sobre el desarrollo infantil etapas influencia de los medios en el conocimiento de los
- alimentos con alto contenido calórico y poco saludables influencia de los medios en el suministro de alimentos de
- alto contenido calórico y varios problemas de los cuidadores de los bonos no saludables relación abusiva
-
-
-

Las poblaciones en riesgo

- Abandono de niños

- desventaja económica
- La implicación con los sistemas host / adopción de niños con cuidados intensivos
- neonatales Experiencias Historia experiencias inseguras con actos de comer y
- hospitalización prolongada de alimentos pequeños para la edad gestacional de la
- población en edad de transición calle vida prematuridad
-
-
-
-

las condiciones asociadas

- prolongados defectos alimentación enteral
- en el tubo neural
- desafío físico relacionado con el acto de comer
- desórdenes cromosómicos trastorno genético disfunción
- de integración sensorial enfermedad cardíaca congénita
- labio leporino paladar hendido
-
-
-
- salud física emite problemas de los padres a los
- padres la salud psicológica

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 1 • La ingestión de código de

diagnóstico 00107

estándar ineficaz de alimentación infantil

Aprobado en 1992 • Revisada en 2006 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

deterioro de la capacidad de succión de un bebé o de coordinar la succión, la deglución respuesta que da lugar a la nutrición oral inadecuada para las necesidades metabólicas.

definición de las características

- Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y el fracaso para iniciar una
- incapacidad de succión efectiva para mantener una succión efectiva para respirar
-

factor relacionado

- Estado de ayuno oral (NPO, América *nil per os*) prolongado

Población en riesgo

- precocidad

las condiciones asociadas

- retraso neurológico
- hipersensibilidad oral de
- lesión neurológica

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 1 • La ingestión de código de
diagnóstico 00002

nutrición des equilibrada: menos que las necesidades corporales

Aprobado en 1975 • Revisada en 2000, 2017

definición

inadecuada ingesta de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

definición de las características

- El cambio en la comida al
- gusto herida abdominal
- cavidad oral aversión
- fragilidad cólicos Diarrea
- Dolor abdominal capilar
-
-
- La debilidad de los músculos necesarios para tragar debilidad
- de los músculos necesarios para masticar incapacidad de la
- ingesta de alimentos información incorrecta La falta de
- información percibida
-
- Comer menos alimentos que la ingesta diaria recomendada (RDI) por una alimentación
- insuficiente interés membranas mucosas pálidas percepciones incorrectas
-
-
- pérdida de peso con la ingesta de alimentos adecuada por la
- pérdida excesiva
- El peso corporal del 20% o más por debajo de los ruidos
- intestinales hiperactivos óptimas
- La saciedad inmediatamente después de la ingesta de alimentos
- insuficiente tono muscular

factor relacionado

- ingesta insuficiente de alimentos

Las poblaciones en riesgo

- Los factores biológicos desventaja
- económica

las condiciones asociadas

- Incapacidad para absorber nutrientes
- incapacidad para digerir los alimentos
- incapacidad para ingerir alimentos trastorno
- psicológico

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

Dominio 2 • Nutrición

clase 1 • La ingestión de código de
diagnóstico 00163

voluntad de **nutrición** mejorado

Aprobado en 2002 • Revisada en 2013 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

patrón de ingesta de nutrientes que puede ser mejorado.

característica que define

- el deseo de mejorar la nutrición expresado

Dominio 2 • Nutrición

clase 1 • La ingestión de código de
diagnóstico 00232

obesidad

Aprobado en 2013 • Revisada en 2017 • 3.2 Nivel de evidencia

definición

Condición en la que el individuo se acumula la grasa excesiva para la edad y el sexo que supera sobrepeso.

definición de las características

- ADULTO: índice de masa corporal (IMC) $> 30 \text{ kg} / \text{m}^2$ NIÑO < 2 años: Este
- término no se utiliza con niños de esa edad
- NIÑOS 2-18 años: índice de masa corporal (IMC) $>$ percentil 95 o $30 \text{ kg} / \text{m}^2$ para la edad y el sexo

factores relacionados

- alimentos sólidos como la principal fuente de alimentación antes de la ingesta de 5 meses de edad bajo la
- dieta de calcio en los niños el comportamiento sedentario que se produce durante 2 o más horas / día
- trastorno del sueño consumo excesivo de alcohol comportamientos alimenticios consumo de bebidas
- azucaradas desorganizado
-
-
-
- restaurantes de alta frecuencia y el consumo de alimentos fritos
- El gasto de energía por debajo de la ingesta de energía, basado en la evaluación estandarizada fumador "pellizcar"
- a menudo con los alimentos
- la actividad física diaria promedio que el recomendado para la edad y el sexo del miedo a la falta
- de suministro de alimentos desorganizado de Percepción de alimentos tamaños de las
- porciones más grandes que reduce el tiempo de sueño recomienda
-
-

Las poblaciones en riesgo

- rápido aumento de peso durante la infancia
- rápido aumento de peso durante la lactancia, incluyendo la primera semana, los primeros cuatro meses y el primer año
- Con desventaja económica diabetes
- mellitus materna
- puntuación más alta de la desinhibición y el comportamiento de los alimentos que contienen la Herencia
- factores interrelacionados
- Los bebés alimentados con fórmula de alimentación o mezclados obesidad
- paterna / sobrepeso en los primeros madres lactantes tabaquismo materno
- pubarche
-
-

condición asociada

- trastorno genético

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 1 • La ingestión de código de
diagnóstico 00233

sobrepeso

Aprobado en 2013 • Revisada en 2017 • 3.2 Nivel de evidencia

definición

Condición en la que el individuo se acumula la grasa excesiva para la edad y el sexo.

definición de las características

- índice ADULTO de masa corporal (IMC) > 25 kg / m² NIÑO <2
- años: relación peso-altura > 95a
- NIÑO 2-18 años: índice de masa corporal (IMC) > percentil 85, o 25 kg / m², pero percentil <95, o 30 kg / m², por edad y sexo

factores relacionados

- alimentos sólidos como la principal fuente de alimentación antes de la ingesta de 5 meses de edad
- bajo la dieta de calcio en los niños el comportamiento sedentario que se produce por conductas
- alimenticias desordenadas ≥ 2 horas / día Insuficiente conocimiento sobre los factores modificables
- consumo de bebidas trastorno del sueño consumo excesivo de alcohol azucarado
-
-
-
-
- restaurantes de alta frecuencia y el consumo de alimentos fritos
- El gasto de energía por debajo de la ingesta de energía, basado en la evaluación estandarizada fumador "pellizcar"
- a menudo con los alimentos
- la actividad física diaria promedio que el recomendado para la edad y el sexo del miedo a la falta
- de suministro de alimentos desorganizado de Percepción de alimentos tamaños de las
- porciones más grandes que reduce el tiempo de sueño recomienda
-
-

Las poblaciones en riesgo

- ADULTO: Índice de masa corporal (IMC) cerca de 25 kg / m² NIÑO <2
- años: Relación siguiente peso-altura percentil 95
- NIÑO 2-18 años: el índice de masa corporal (IMC) cerca del percentil 85, o de 25 kg / m² más rápida ganancia de
- peso durante la infancia
- rápido aumento de peso durante la lactancia, incluyendo la primera semana, los primeros cuatro meses y el primer año
- Los niños con percentiles altos de índice de masa corporal (IMC) Los niños que son de
- adelantamiento percentiles de índice de masa corporal (IMC) en desventaja económica de la
- diabetes mellitus materna
-
- puntuación más alta de la desinhibición y el comportamiento de los alimentos que contienen la Herencia
- factores interrelacionados
- Los bebés alimentados con fórmula o alimentación mixta obesidad de la
- obesidad infantil padre / madre mama temprano fumadores pubarquia
-
-
-

condición asociada

- trastorno genético

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 1 • La ingestión de código de
diagnóstico 00234

riesgo sobrepeso

Aprobado en 2013 • Revisada en 2017 • 3.2 Nivel de evidencia

definición

La susceptibilidad a la acumulación de grasa excesiva para la edad y el sexo que pueden poner en peligro la salud.

Factores de riesgo

- alimentos sólidos como la principal fuente de alimentación antes de la ingesta de 5 meses de edad
- bajo la dieta de calcio en los niños el comportamiento sedentario que se produce por conductas
- alimenticias desordenadas ≥ 2 horas / día Insuficiente conocimiento sobre los factores modificables
- consumo de bebidas trastorno del sueño consumo excesivo de alcohol azucarado
-
-
-
-
- restaurantes de alta frecuencia y el consumo de alimentos fritos
- El gasto de energía por debajo de la ingesta de energía, basado en la evaluación estandarizada fumador "pellizcar"
- a menudo con los alimentos
- la actividad física diaria promedio que el recomendado para la edad y el sexo del miedo a la falta
- de suministro de alimentos desorganizado de Percepción de alimentos tamaños de las
- porciones más grandes que reduce el tiempo de sueño recomienda
-
-

Las poblaciones en riesgo

- ADULTO: Índice de masa corporal (IMC) cerca de 25 kg / m² NIÑO <2
- años: Relación siguiente peso-altura percentil 95
- NIÑO 2-18 años: el índice de masa corporal (IMC) cerca del percentil 85, o de 25 kg / m² más rápida ganancia de
- peso durante la infancia

- rápido aumento de peso durante la lactancia, incluyendo la primera semana, los primeros cuatro meses y el primer año
- Los niños con percentiles altos de índice de masa corporal (IMC) Los niños que son de
- adelantamiento percentiles de índice de masa corporal (IMC) en desventaja económica de la
- diabetes mellitus materna
-
- puntuación más alta de la desinhibición y el comportamiento de los alimentos que contienen la Herencia
- factores interrelacionados
- Los bebés alimentados con fórmula o alimentación mixta obesidad de la
- obesidad infantil padre / madre mama temprano fumadores pubarquia
-
-
-

condición asociada

- trastorno genético

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 2 • digestión

Esta clase contiene ningún diagnóstico en el momento.

Dominio 2 • Nutrición

clase 3 • absorción

Esta clase contiene ningún diagnóstico en el momento.

Dominio 2 • Nutrición

clase 4 • código de diagnóstico

metabolismo 00178

riesgo la función hepática dañado

Aprobado en 2006 • Revisada en 2008, 2013, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La susceptibilidad a la disminución de la función del hígado que puede poner en peligro la salud.

factor de riesgo

- abuso de Sustancias

las condiciones asociadas

- agente farmacéutico
- Co-infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecciones virales
-

Este diagnóstico será retirado de la edición taxonomía NANDA-I en 2021-2023 si no se desarrolla factores de riesgo adicionales. bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 4 • código de diagnóstico

metabolismo 00179

riesgo glucosa en la sangre inestable

Aprobado en 2006 • Revisada en 2013, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La susceptibilidad a los cambios en los niveles de glucosa en suero en el rango normal que puede poner en peligro la salud.

Factores de riesgo

- El conocimiento insuficiente sobre el control de la insuficiente
- conocimiento acerca de los factores de la enfermedad modificable de
- control de drogas Insuficiente control ineficaz de diabetes El estrés
- excesivo
-
- La falta de adherencia a la diabetes plano de control de ganancia
- de peso excesiva ingesta insuficiente de alimentos
-
- la actividad física diaria promedio que el recomendado para la edad y la supervisión inadecuada de
- glucosa en sangre sexo no acepta el diagnóstico de la pérdida de peso excesiva
-
-

Las poblaciones en riesgo

- Cambio en el estado mental de retardo en el
- estado de desarrollo cognitivo del período de
- rápido crecimiento en peligro la salud física
-

condición asociada

- embarazo

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 4 • código de diagnóstico

metabolismo 00194

hiperbilirrubinemia neonatal

Aprobado en 2008 • Revisada en 2010, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

la acumulación de bilirrubina no conjugada en la circulación (de menos de 15 ml / dL) se produce después de 24 horas de vida.

definición de las características

- Contusiones esclerótica amarillas y
- ronchas en la piel de color
- amarillo-naranja perfil anormal de la
- sangre de la piel las mucosas amarillo
-

factores relacionados

- eliminación retardada del meconio Los
- bebés con una nutrición inadecuada
- estándar malnutrición

Las poblaciones en riesgo

- la diabetes materna-este Asiático
- Indio americano Edad ≤ 7 días
-
-
- grupo sanguíneo tipo de sangre incompatibilidad ABO
- incompatibilidad entre la madre y el bebé factor Rh de
- incompatibilidad (Rh) con ictericia anterior Hermano niño con bajo
- peso al nacer Lactante bebé prematuro
-
-
-
- Muchas contusiones / ronchas durante el parto

- Poblaciones a gran altura

las condiciones asociadas

- La infección bacteriana
- infección prenatal
- infección viral hemorragia
- interna
- Niño con deficiencia de la enzima con una mala
- función hepática Sepsis
-

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 4 • código de diagnóstico

metabolismo 00230

riesgo hiperbilirrubinemia neonatal

Aprobado en 2010 • Revisada en 2013, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La susceptibilidad a la acumulación de bilirrubina no conjugada en circulación (menos de 15 mL / dL) que ocurre después de 24 horas de vida y puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- eliminación retardada del meconio Los
- bebés con una nutrición inadecuada
- estándar malnutrición

Las poblaciones en riesgo

- la diabetes materna-este Asiático
- Indio americano Edad ≤ 7 días
-
-
- grupo sanguíneo tipo de sangre incompatibilidad ABO
- incompatibilidad entre la madre y el bebé factor Rh de
- incompatibilidad (Rh) con ictericia anterior Hermano niño con bajo
- peso al nacer Lactante bebé prematuro
-
-
-
- Muchos moretones / ronchas durante poblaciones de nacimiento
- que viven en altitudes elevadas

las condiciones asociadas

- La infección bacteriana
- infección prenatal
- hemorragia interna

- La infección viral
- Niño con deficiencia de la enzima con una mala
- función hepática Sepsis
-

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 4 • código de diagnóstico

metabolismo 00263

riesgo síndrome de desequilibrio metabólico

Aprobado en 2016 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La susceptibilidad a un grupo tóxica de factores bioquímicos y fisiológicos asociados con el desarrollo de enfermedad cardiovascular debido a la obesidad y la diabetes tipo 2 que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- conducta de salud propensos al riesgo (00188) Estilo de vida
- sedentario (00168) mantenimiento de la salud ineficaces (00099)
- Obesidad (00232)
-
- inestable riesgo de glucosa en la sangre (00179)
- sobrecarga de estrés (00177) Sobre peso (00233)
-

Las poblaciones en riesgo

- antecedentes familiares de diabetes
- antecedentes familiares de dislipidemia
- antecedentes familiares de hipertensión historia
- familiar de obesidad edad > 30 años
-

las condiciones asociadas

- Úrico > 7 mg / dl
- endógena o microalbuminuria exceso > 25 g / dL de glucocorticoides
- exógenos > 30 mg / dl presión sanguínea inestable síndrome de ovario
- poliquístico
-

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 5 • código de diagnóstico

hidratación 00195

des riesgo el equilibrio de electrolitos

Aprobado en 2008 • Revisada en 2013, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La susceptibilidad a los cambios en los electrolitos séricos que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- conocimiento insuficiente de los factores modificables Diarrea
-
- Volumen Volumen pobres Vómitos
- de líquido excesiva de líquido
-

las condiciones asociadas

- disfunción endocrina regulación La
- disfunción renal
- Mecanismo de ajuste comprometida régimen de
- tratamiento

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 5 • código de diagnóstico

hidratación 00027

el volumen de líquido deficiente

Aprobado en 1978 • Revisada en 1996, 2017

definición

intravascular Reducido, intersticial y / o el fluido intracelular. Se refiere a la deshidratación, pérdida de agua solamente, no hay cambio en el sodio.

definición de las características

- Cambio en cambios del estado mental en un
- aumento de aumento de la temperatura corporal
- de la frecuencia cardíaca turgencia de la piel El
- aumento en la concentración urinaria de
- disminución de la presión de pulso de la presión
- arterial disminuye la producción de orina
- Disminución Disminución venosa turgencia
- lenguaje de llenado Disminución de la
- Disminución de la debilidad del volumen del pulso
-
-
-
- aumento de hematocrito membranas
- mucosas de la piel reseca peso repentino de
- la Sede de pérdida secos
-
-

factores relacionados

- Obstáculo para el acceso a los líquidos
- conocimiento insuficiente de líquido necesita la ingesta insuficiente
- de líquidos

Las poblaciones en riesgo

- la edad extrema de
- peso extrema
- Los factores que influyen en la necesidad de líquidos

las condiciones asociadas

- agente farmacéutico
- Las desviaciones que afectan a la absorción de líquidos
- desviaciones que afectan a la regulación de la ingesta de
- líquidos mecanismo comprometidas pérdida de volumen de
- pérdida de líquido de líquido activo por vías anormales pérdida
- excesiva de líquidos por medios normales
-

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

Dominio 2 • Nutrición

clase 5 • código de diagnóstico

hidratación 00028

riesgo volumen de líquido deficiente

Aprobado en 1978 • Revisada en 2010, 2013, 2017

definición

La susceptibilidad a la disminución del volumen de fluido intravascular, intersticial y / o intracelular que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Obstáculo para el acceso a los líquidos
- conocimiento insuficiente de líquido necesita la ingesta
- insuficiente de líquidos

Las poblaciones en riesgo

- la edad extrema de
- peso extrema
- Los factores que influyen en la necesidad de líquidos

las condiciones asociadas

- agente farmacéutico
- Las desviaciones que afectan a la absorción de líquidos
- desviaciones que afectan a la regulación de la ingesta de
- líquidos mecanismo comprometidas pérdida de volumen de
- pérdida de líquido de líquido activo por vías anormales pérdida
- excesiva de líquidos por medios normales
-

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

Dominio 2 • Nutrición

clase 5 • código de diagnóstico

hidratación 00026

el volumen de líquido excesivo

Aprobado en 1982 • Revisada en 1996, 2013, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

El consumo excesivo y / o retención de agua.

definición de las características

- Cambio en la orina cambio gravedad específica de
- la presión arterial
- Cambio en la presión arterial pulmonar Change (PAP) en el
- cambio del estado mental en el patrón de respiración
- Ansiedad Anasarca
-
-
- Aumento de la presión venosa central (CVP) azotemia
-
- congestión pulmonar Derrame
- pleural Disnea desequilibrio
- electrolítico
-
- paroxística distensión disnea
- nocturna del edema vena yugular
-
- El aumento de peso en un corto periodo de tiempo Hematocrito
- disminución de la hemoglobina disminuyó hepatomegalia
-
-
- mayor ingesta que la eliminación de
- Cuidado Oliguria Ortopnea
-
-

- Presencia accidental respiratoria un sonido
- tercera corazón (S3) Reflexión ruido
- hepatoyugular positivo

factores relacionados

- La ingesta excesiva de excesiva de
- sodio líquidos Entrada

condición asociada

- alteración de mecanismo de regulación

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 2 • Nutrición

clase 5 • código de diagnóstico

hidratación 00025

riesgo volumen de líquido des equilibrado

Aprobado en 1998 • Revisada en 2008, 2013, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La susceptibilidad a disminuir, aumentar o cambio rápido de un lugar a otro fluido intravascular, intersticial y / o intracelular que puede comprometer la salud. Se refiere a la pérdida, la ganancia, o ambos, de los fluidos corporales.

Factores de riesgo

- A desarrollarse

las condiciones asociadas

- La ascitis
- aféresis
- Lesiones por quemadura
- obstrucción intestinal
- Pancreatitis
- Sepsis régimen de tratamiento
- del trauma
-

Este diagnóstico será retirado de la edición taxonomía NANDA-I en 2021-2023 si no son factores de riesgo desarrollados.

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

- Eliminación de dominio 3 y el intercambio

clase 1 • código de diagnóstico

función urinaria 00016

eliminación urinaria alterada

Aprobado en 1973 • Revisada en 2006, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La disfunción en la eliminación de orina.

definición de las características

- vacilación
- disuria
- La nicturia incontinencia
- urinaria
- Urgencia retención
- urinaria, micción frecuente
- urinaria

factor relacionado

- múltiples causas

las condiciones asociadas

- daño sensoriomotor infección del
- tracto urinario obstrucción
- anatómica

Este diagnóstico será retirado de la edición taxonomía NANDA-I en 2021-2023 si no se desarrolla factores relacionados específicos. bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

- Eliminación de dominio 3 y el intercambio

clase 1 • código de diagnóstico

función urinaria 00017

incontinencia urinaria de esfuerzo

Aprobado en 1986 • Revisada en 2006, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

pérdida súbita de orina con actividades que aumentan la presión intra-abdominal.

definición de las características

- pérdida involuntaria de pequeño volumen de orina en ausencia de contracción del detrusor de la pérdida involuntaria de
- pequeño volumen de orina en ausencia de excesiva distensión de la vejiga pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de
- orina

factor relacionado

- El debilitamiento de los músculos del suelo pélvico

las condiciones asociadas

- Aumento de la deficiencia intrínseca de la presión
- intra-abdominal del esfínter uretral
- cambios degenerativos de los músculos del suelo pélvico

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

- **Eliminación de dominio 3 y el intercambio**

clase 1 • código de diagnóstico

función urinaria 00019

incontinencia urinaria de urgencia

Aprobado en 1986 • Revisada en 2006, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

pérdida involuntaria de orina que ocurre inmediatamente después de un fuerte sentido de urgencia de orinar.

definición de las características

- Incapacidad para llegar al baño a tiempo para evitar la pérdida de pérdida involuntaria de orina
- con contracciones de la vejiga de la orina pérdida involuntaria de orina con espasmos de la
- vejiga urinaria de urgencia
-

factores relacionados

- bebida
- higiene íntima ineficaces impactación
- fecal consumo de cafeína
-
- relajación del esfínter involuntario

las condiciones asociadas

- disminución de la capacidad de la vejiga de la alteración
- de la contractilidad de la vejiga
- La hiperactividad del detrusor de la vejiga con una alteración de la contractilidad del tratamiento
- uretritis atrófica régimen de vaginitis atrófica infección de la vejiga
-
-
-

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

- Eliminación de dominio 3 y el intercambio

clase 1 • código de diagnóstico

función urinaria 00022

riesgo incontinencia urinaria de urgencia

Aprobado en 1998 • Revisada en 2008, 2013, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La susceptibilidad a la pérdida involuntaria de orina que ocurre inmediatamente después de un fuerte sentido de urgencia de orinar y que puede poner en peligro la salud.

Factores de riesgo

- bebida
- higiene íntima ineficaces impactación
- fecal consumo de cafeína
-
- relajación del esfínter involuntario

las condiciones asociadas

- disminución de la capacidad de la vejiga de la alteración
- de la contractilidad de la vejiga
- La hiperactividad del detrusor de la vejiga con una alteración de la contractilidad del tratamiento
- uretritis atrófica régimen de vaginitis atrófica infección de la vejiga
-
-
-

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

- Eliminación de dominio 3 y el intercambio

clase 1 • código de diagnóstico

función urinaria 00020

incontinencia urinaria funcional

Aprobado en 1986 • Revisada en 1998, 2017

definición

La incapacidad de la persona que suele continente para llegar al baño a tiempo para evitar la pérdida involuntaria de orina.

definición de las características

- el vaciado completo de la vejiga Incontinencia urinaria en
- la pérdida de orina por la mañana temprano antes de
- llegar a la sensación de baño de necesidad de orinar
-
- Tiempo necesario para llegar al cuarto de baño es demasiado tiempo después de sentido de urgencia

factores relacionados

- Los cambios en el factor ambiental
- El debilitamiento de las estructuras de soporte de la pelvis

las condiciones asociadas

- El cambio en la pérdida de la función
- cognitiva trastorno psicológico
- neuromuscular problemas de visión
-

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

- Eliminación de dominio 3 y el intercambio

clase 1 • código de diagnóstico

función urinaria 00176

incontinencia urinaria desbordamiento

Aprobado en 2006 • Revisada en 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La pérdida involuntaria de orina asociada con la sobredistensión de la vejiga.

definición de las características

- distensión de la vejiga
- Alto volumen residual después de la micción Nocturia
-
- pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina

factor relacionado

- impactación fecal

las condiciones asociadas

- Disinergia detrusor Hipocontractilidad / detrusor del
- esfínter externo de la uretra obstrucción de
- obstrucción del cuello de la vejiga severo régimen
- de tratamiento prolapso pélvico
-
-

Los factores adicionales relacionados a desarrollar. bibliografía de
apoyo original disponible en [referencias](#) .

- Eliminación de dominio 3 y el intercambio

clase 1 • código de diagnóstico

función urinaria 00018

incontinencia reflejo de micción

Aprobado en 1986 • Revisada en 1998, 2017

definición

pérdida involuntaria de orina a intervalos algo predecible cuando se alcanza un cierto volumen en la vejiga.

definición de las características

- sensación de ausencia para vaciar la vejiga
- urgencia de orinar ausencia
- vaciado incompleto de la vejiga, con la lesión por encima de la Incapacidad centro pontino de la
- micción para inhibir voluntariamente vaciado de la vejiga Incapacidad para iniciar voluntariamente el
- vaciado de la vejiga patrón predecible vaciar la vejiga
-
- sentido de urgencia de orinar sin la inhibición voluntaria de sensaciones contracción de la vejiga asociado
- con la vejiga llena

factores relacionados

- A desarrollarse

las condiciones asociadas

- daño tisular
- deterioro neurológico por encima del nivel del centro sacro de la micción deterioro
- neurológico por encima del nivel del centro pontino miccional

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

- **Eliminación de dominio 3 y el intercambio**

clase 1 • código de diagnóstico

función urinaria 00023

retención urinario

Aprobado en 1986 • Revisada en 2017

definición

Incapacidad para vaciar completamente la vejiga.

definición de las características

- Colar la orina disposición Ausencia de
- vejiga Disuria
-
- eliminación urinaria en pequeña cantidades goteo
-
- Desbordamiento incontinencia de la
- vejiga llenado sensación de orina
- residual micción frecuente
-

factores relacionados

- A desarrollarse

las condiciones asociadas

- Bloqueo urinaria esfínter tracto
- uretral muy potente inhibición arco
- reflejo alta presión uretral
-

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

- Eliminación de dominio 3 y el intercambio

clase 2 • código de diagnóstico de la función

gastrointestinal 00011

estreñimiento

Aprobado en 1975 • Revisada en 1998, 2017

definición

Disminución de la frecuencia normal de las heces, acompañado por la eliminación difícil o incompleta de las heces y / o la eliminación excesivamente duro, heces secas.

definición de las características

- La anorexia abdomen
- distendido
- presentaciones inusuales en las personas mayores Aumento
- de la presión intraabdominal Borborygmos Dolor de cabeza
- Dolor abdominal al defecar esfuerzo para evacuar Fatiga
-
-
-
-
-
- heces líquido formado heces
- endurecidas incapacidad
- flatulencia excesiva de defecar
- indigestión
-
- Matidez a la percusión masa abdominal
- palpable cambio abdominal palpable
- rectal masa en patrón intestinal
-
- La presencia de heces blandas y sueltas en la reducción recto en
- la reducción de frecuencia de las deposiciones en los ruidos
- intestinales hiperactivos volumen de las heces
-

- intestino hipoactivo suena sangre roja
- brillante en la sensación de heces
- rectal llenado sensación rectal presión
-
- dolor abdominal con la resistencia muscular sensibilidad abdominal
- palpable y sin vómitos palpable resistencia muscular
-

factores relacionados

- El abuso de laxantes
- Cambio en los hábitos alimenticios
- Confusión
- Costumbre de ignorar la necesidad de defecar Depresión La
- deshidratación
-
- Los músculos abdominales débiles malos hábitos
- alimenticios hábitos de movimiento de intestino
- irregular hábitos de higiene íntima inadecuada
- ingesta inadecuada de fibra de higiene bucal
- insuficiente ingesta insuficiente de líquidos
-
-
- la actividad física diaria promedio de la edad recomendada y la disminución de la motilidad
- gastrointestinal sexo reciente cambio ambiental Obesidad
-
-
- trastorno emocional

las condiciones asociadas

- La enfermedad de Hirschsprung
- absceso rectal Aumento dentición
- inadecuada de próstata
- desequilibrio electrolítico
-

- anorrectal estenosis de
- fisuras Hemorroides
- anorrectal Embarazo
-
- obstrucción intestinal pérdida neurológica
- postoperatoria prolapso rectal Rectocele sales
- de hierro tumor úlcera rectal
-
-
-
-

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

- **Eliminación de dominio 3 y el intercambio**

clase 2 • código de diagnóstico de la función

gastrointestinal 00015

riesgo estreñimiento

Aprobado en 1998 • Revisada en 2013, 2017

definición

La susceptibilidad a la disminución en la frecuencia normal de movimiento de los intestinos, acompañada de la eliminación difícil o incompleta de las heces, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- El abuso de laxantes
- Cambio en los hábitos alimenticios
- Confusión
- Costumbre de ignorar la necesidad de defecar Depresión La
- deshidratación
-
- Los músculos abdominales débiles malos hábitos
- alimenticios hábitos de movimiento de intestino
- irregular hábitos de higiene íntima inadecuada
- ingesta inadecuada de fibra de higiene bucal
- insuficiente ingesta insuficiente de líquidos
-
-
- la actividad física diaria promedio de la edad recomendada y la disminución de la motilidad
- gastrointestinal sexo reciente cambio ambiental Obesidad
-
-
- trastorno emocional

las condiciones asociadas

- absceso rectal Aumento de
- próstata dentición
- inadecuada

- desequilibrio electrolítico
- anorrectales enfermedad
- Hemorroides Fisura estenosis
- anorrectal embarazo de
- Hirschsprung
-
- obstrucción intestinal pérdida neurológica
- postoperatoria prolapso rectal Rectocele sales
- de hierro tumor úlcera rectal
-
-
-
-

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

- **Eliminación de dominio 3 y el intercambio**

clase 2 • código de diagnóstico de la función

gastrointestinal 00012

estreñimiento percibido

Aprobado en 1988

definición

Autodiagnóstico del estreñimiento combina con el abuso de laxantes, enemas y / o supositorios diariamente para asegurar la evacuación.

definición de las características

- enemas de abuso de supositorios abuso de
- laxantes abuso movimiento intestinal diario
- esperanza
-
- expectativa de evacuación a la misma hora todos los días

factores relacionados

- creencias sobre la salud de la familia creencias
- culturales de salud deteriorado proceso de
- pensamiento

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

- **Eliminación de dominio 3 y el intercambio**

clase 2 • código de diagnóstico de la función

gastrointestinal 00235

El estreñimiento funcional crónica

Aprobado en 2013 • Revisada en 2017 • 2.2 Nivel de evidencia

definición

Evacuación heces poco frecuentes o difícil, presentes durante al menos 3 de los 12 meses anteriores.

definición de las características

Adulto: la presencia de ≥ 2 criterios en el sistema de clasificación de Roma III:

- ≤ 3 deposiciones por esfuerzo semanas para $\geq 25\%$ de los movimientos
- intestinales granular o heces duras en $\geq 25\%$ de las evacuaciones
-
- maniobras manuales para facilitar $\geq 25\%$ de los movimientos intestinales (manipulación digital, el apoyo del suelo pélvico)
- Sensación de evacuación incompleta en $\geq 25\%$ de intestino movimientos sensación obstrucción /
- bloqueo en anorrectal $\geq 25\%$ de las evacuaciones

Niños > 4 años de edad: la presencia de ≥ 2 criterios en el sistema de clasificación de Roma III pediátrica durante ≥ 2 meses:

- ≤ 2 movimientos intestinales por semana
- ≥ 1 episodio de las deposiciones dolorosas o difíciles de
- incontinencia fecal por semana
- Heces de gran diámetro que puede obstruir la postura de retención de
- soporte de retrete gran masa fecal en la Presencia recto
-

Los niños ≤ 4 años: la presencia de ≥ 2 criterios en el sistema de clasificación Roma III pediátrico para ≥ 1 mes:

- ≤ 2 movimientos intestinales por semana
- ≥ 1 episodio de las deposiciones dolorosas o difíciles de
- incontinencia fecal por semana
- Heces de gran diámetro que puede obstruir el inodoro

- taburete retención postura Presencia de gran
- masa fecal en el recto

general

- dolor de abdomen distendido
- esfuerzo para evacuar la masa
- abdominal palpable impactación fecal
- prolongada
-
- taburete de salida con prueba positiva estimulación
- digital para fecal oculta tipo de sangre 1 o 2 en Bristol
- Stool Escala

factores relacionados

- la ingesta calórica baja
- conocimiento insuficiente del vestuario factores modificables para ignorar
- la necesidad de defecar Depresión La deshidratación
-
-
- dieta baja en fibra
- Dieta dieta alta en grasas de manera desproporcionada en
- forma desproporcionada rico en proteínas estilo de vida
- sedentario ingesta insuficiente de alimentos reduce la ingesta
- de alimentos ingesta insuficiente de líquidos movilidad del
- Síndrome de ancianos frágiles afectada
-
-
-

las condiciones asociadas

- Stroke cáncer colorrectal agente
- farmacéutico Amiloidosis
-
-

- Los daños en el perineo
- La diabetes mellitus
- demencia
- dermatomiositis
- La distrofia miotónica La enfermedad
- inflamatoria intestinal enfermedad de
- Hirschsprung de Parkinson Disease
- disfunción del suelo pélvico
- Esclerodermia esclerosis estenosis anal
- estenosis quirúrgica estenosis isquémica
- estenosis post-inflamatoria múltiple fisura
- anal Hemorroides Embarazo
- Hipercalcemia hipotiroidismo
-
-
-
-
-
-
-
- insuficiencia renal lesión de la
- médula espinal crónica
- extraintestinal neuropatía
- autonómica panhipopituitarismo
- misa Paraplejia Polifarmacia
- proctitis Porfiria
-
-
-
- pseudo-obstrucción intestinal crónica lento
- tiempo de tránsito colónico

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

- **Eliminación de dominio 3 y el intercambio**

clase 2 • código de diagnóstico de la función

gastrointestinal 00236

riesgo estreñimiento funcional crónica

Aprobado en 2013 • Revisada en 2017 • 2.2 Nivel de evidencia

definición

La susceptibilidad a la evacuación de las heces poco frecuentes o duro, presente en casi tres de los 12 meses anteriores, que perjudiquen la salud.

Factores de riesgo

- la ingesta calórica baja
- conocimiento insuficiente del vestuario factores modificables para ignorar
- la necesidad de defecar Depresión La deshidratación
-
-
- dieta baja en fibra
- Dieta dieta alta en grasas de manera desproporcionada en
- forma desproporcionada rico en proteínas estilo de vida
- sedentario ingesta insuficiente de alimentos reduce la ingesta
- de alimentos ingesta insuficiente de líquidos movilidad del
- Síndrome de ancianos frágiles afectada
-
-
-

las condiciones asociadas

- agente farmacéutico Stroke
- amiloidosis daño cáncer
- colorrectal a la dermatomiositis
- Demencia perineo
-
-
-

- la diabetes mellitus
- La distrofia miotónica La enfermedad
- inflamatoria intestinal enfermedad de
- Hirschsprung de Parkinson Disease
- disfunción del suelo pélvico
- Esclerodermia esclerosis estenosis anal
- estenosis quirúrgica estenosis isquémica
- estenosis post-inflamatoria múltiple fisura
- anal Hemorroides Embarazo
- Hipercalcemia hipotiroidismo
-
-
-
-
-
-
-
- insuficiencia renal lesión de la
- médula espinal crónica
- extraintestinal neuropatía
- autonómica panhipopituitarismo
- misa Paraplejia Polifarmacia
- proctitis Porfiria
-
-
-
- pseudo-obstrucción intestinal crónica lento
- tiempo de tránsito colónico

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

- **Eliminación de dominio 3 y el intercambio**

clase 2 • código de diagnóstico de la función

gastrointestinal 00013

diarrea

Aprobado en 1975 • Revisada en 1998, 2017

definición

Eliminación de heces sueltas, sin forma.

definición de las características

- calambres
- Dolor abdominal
- Las evacuaciones de heces líquidas > 3 en 24 horas
- intestino hiperactivo suena Urgencia intestino
-

factores relacionados

- El abuso de laxantes abuso
- de sustancias altos niveles de
- ansiedad estrés
-

Las poblaciones en riesgo

- La exposición a contaminantes
- La exposición a la preparación de alimentos cuidados de higiene y sin exposición a
- toxinas

las condiciones asociadas

- La infección de alimentación
- enteral
- La inflamación irritación
- gastrointestinal mala absorción
- gastrointestinal Parásito
-

- régimen de tratamiento

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

- **Eliminación de dominio 3 y el intercambio**

clase 2 • código de diagnóstico de la función

gastrointestinal 00014

incontinencia intestinal

Aprobado en 1975 • Revisada en 1998, 2017

definición

eliminación involuntaria de heces.

definición de las características

- Falta de atención a la urgencia de evacuar eliminación
- constante de heces blandas
- La falta de expulsar las heces, mientras que el reconocimiento de que el recto está lleno no reconocer
- la incapacidad de llenado rectal para retrasar los frotis de heces de evacuación
-
-
- No reconoce la urgencia de evacuar urgencia
- intestinal

factores relacionados

- El abuso de laxantes
- Dificultad en el autocuidado de disminución general en la higiene
- íntima factores estresantes tono muscular
-
- intestino vaciado incompleto de factor
- ambiental
- pobres hábitos alimenticios
- Inmovilidad

las condiciones asociadas

- Cambio agente farmacéutico en la función
- cognitiva anormalidad esfínter rectal aumento de
- la presión abdominal anormal
-

- aumento anormal de la capacidad de depósito de
- presión intestinal deteriorada diarrea crónica
-
- esfínter disfuncional rectal
- impactación colorrectal Lesión
-
- Lesiones lesión menor de los nervios motores
- en el nervio motor superior

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

- **Eliminación de dominio 3 y el intercambio**

clase 2 • código de diagnóstico de la función

gastrointestinal 00196

motilidad gastrointestinal disfuncional

Aprobado en 2008 • Revisada en 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

la actividad peristáltica aumentado, disminuido o ausente ineficaces en el sistema gastrointestinal.

definición de las características

- abdomen distendido
- Aceleración de la Ausencia vaciado gástrico
- de abdominal Diarrea flatos cólico
-
-
- Dificultad para defecar Dolor
- abdominal
- heces formadas endurecido Cambio en
- los ruidos intestinales regurgitación
- Náusea
-
- aumento gástrico residual
- gástrico color residual vómito
- biliar

factores relacionados

- Cambio en el cambio de la fuente de agua
- en el comer hábitos malnutrición Ansiedad
-
-
- estilo de vida sedentario factores
- de estrés Inmovilidad
-

- preparación de alimentos sin cuidados de higiene

Las poblaciones en riesgo

- envejecimiento
- La ingestión de la prematuridad material
- contaminado

las condiciones asociadas

- Agente de alimentación
- enteral farmacéutica
- disminuido gastrointestinal circulación Diabetes
- mellitus
- Infección de la enfermedad de reflujo
- gastroesofágico
- régimen de tratamiento
- intolerancia a los alimentos

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

- **Eliminación de dominio 3 y el intercambio**

clase 2 • código de diagnóstico de la función

gastrointestinal 00197

riesgo motilidad gastrointestinal disfuncional

Aprobado en 2008 • Revisada en 2013, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La susceptibilidad al aumento de la actividad peristáltica, disminución, ineficaces o ausente en el sistema gastrointestinal, lo que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Cambio en el cambio de la fuente de agua
- en el comer hábitos malnutrición Ansiedad
-
-
- estilo de vida sedentario factores
- de estrés Inmovilidad
-
- preparación de alimentos sin cuidados de higiene

Las poblaciones en riesgo

- envejecimiento
- La ingestión de la prematuridad material
- contaminado

las condiciones asociadas

- Agente de alimentación
- enteral farmacéutica
- disminuido gastrointestinal circulación Diabetes
- mellitus
- Infección de la enfermedad de reflujo
- gastroesofágico
- régimen de tratamiento
- intolerancia a los alimentos

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

- Eliminación de dominio 3 y el intercambio

clase 3 • la función cutánea

Esta clase contiene ningún diagnóstico en el momento.

- Eliminación de dominio 3 y el intercambio

clase 4 • Pulmón código de

diagnóstico función 00030

el intercambio de gases dañado

Aprobado en 1980 • Revisado 1996, 1998, 2017

definición

El exceso o déficit en la oxigenación y / o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolar.

definición de las características

- la nariz dolor de cabeza quema
- de despertar Confusión
-
- el color anormal de la piel
- diaforesis
- nivel de dióxido de carbono Disminución (CO₂) Disnea
-
- Los gases arteriales anormal
- hipoxemia Inquietud Irritabilidad
- hipoxia, hipercapnia
-
-
-
- patrón de respiración anormal
- perturbación visual anormal pH de la
- sangre Taquicardia somnolencia
-
-

factores relacionados

- A desarrollarse

las condiciones asociadas

- Los cambios en la membrana alveolo-capilar

- Desequilibrio en la ventilación-perfusión

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 1 • código de diagnóstico del sueño

/ descanso 00095

insomnio

Aprobado en 2006 • Revisada en 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

Alteración en la cantidad y calidad del sueño que afecta el normal desempeño de las funciones de la vida diaria.

definición de las características

- Despertar el cambio demasiado pronto en el
- cambio de concentración en el cambio en el
- estado de ánimo Cambio afecto en los patrones
- de sueño aumento del absentismo El aumento
- de los accidentes Dificultad para conciliar el
- sueño dificultad para permanecer dormido
-
-
-
- trastorno del sueño que produce consecuencias de la insuficiencia de energía día
- siguiente
- La insatisfacción de salud del estado
- comprometida con el patrón de sueño
- reparador sueño no hay reducción en la
- calidad de vida

factores relacionados

- ansiedad
- barrera ambiental
- siestas frecuentes durante la Depresión
- de consumición del día
-
- malestar físico

- factores de estrés
- higiene del sueño inadecuada
- la actividad física diaria promedio que el recomendado para la edad y el sexo del miedo Pesar
-
-

las condiciones asociadas

- agente farmacéutico
- cambio hormonal

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 1 • código de diagnóstico del sueño

/ descanso 00198

perturbación en patrón de sueño

Aprobado en 1980 • Revisada en 1998, 2006 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

Despertares con tiempo limitado debido a factores externos.

definición de las características

- Wake no intencional
- Dificultad para realizar las funciones diarias dificultad para
- dormirse difícil caer para mantener la insatisfacción del
- sueño con el sueño no se siente descansado
-
-

factores relacionados

- barrera ambiental
- Interrupción causada por el patrón de sueño socio
- sueño no restaurador suficiente privacidad
-

condición asociada

- paralización

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 1 • código de diagnóstico del sueño

/ descanso 00096

privación sueño

Aprobado en 1998 • Revisada en 2017

definición

Los períodos prolongados de tiempo sin suspensión periódica y sostenida natural del estado de conciencia relativa que proporciona el resto.

definición de las características

- agitación
- Cambio en la concentración de la
- apatía alucinaciones ansiedad
-
-
- Confusión reducida Combatividad
- capacidad funcional
-
- Estado de somnolencia
- Fatiga Inquietud
- Irritabilidad Letargo
- Malestar
-
-
- La paranoia transitoria
- nistagmo de pasajeros
- Aumento de la sensibilidad a los trastornos de
- dolor prolongado tiempo de respuesta
- temblores en las manos de percepción
-

factores relacionados

- ambiente excesivamente estimulante

- Prolongado asincronía circadiano barrera
- ambiental Confusión prolongada
- molestias al final del día
-
- falta de higiene del sueño durante mucho tiempo
- la actividad física diaria promedio que el recomendado para los cambios de edad y sexo en las fases
- del sueño relacionados con el sueño de patrones viejos terrores nocturnos no reparador
- sonambulismo
-
-

Población en riesgo

- la parálisis del sueño de la familia

las condiciones asociadas

- Apnea del sueño
- Condiciones con movimiento periódico de los miembros de demencia
-
- Enuresis erecciones dolorosas relacionadas con el sueño del sueño
- relacionado con la hipersomnia idiopática del sistema nervioso central
- narcolepsia pesadillas
-
-
- régimen de tratamiento

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 1 • código de diagnóstico del sueño

/ descanso 00165

voluntad de **sueño** mejorado

Aprobado en 2002 • Revisada en 2013 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

y la suspensión periódica natural de la conciencia estándar relativa para proporcionar el resto, el mantenimiento de un estilo de vida deseable, que puede ser mejorado.

característica que define

- deseo de mejorar el sueño expresado

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 2 • código de diagnóstico actividad

/ ejercicio 00090

capacidad de transferencia dañado

Aprobado en 1998 • Revisada en 2006, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

limitación de movimiento independiente entre dos superficies cercanas.

definición de las características

- deterioro de la capacidad para transferir de la silla y de pie capacidad posición deteriorado para
- transferir hasta entre la silla y el deterioro de baja capacidad de transferir entre la cama y la alteración
- de silla capacidad de transferir entre la cama y la posición de pie deteriorado para transferir entre el
- coche y el deterioro de la capacidad silla capacidad de transferir hasta entre el suelo y la capacidad
- posición de pie deteriorado para transferir entre superficies de diferentes niveles de capacidad
- deteriorada para transferir hasta dentro o fuera bañera capacidad de moverse hacia dentro o fuera de
- las instalaciones de ducha capacidad deteriorada para transferir a o silla higiénica deterioro de la
- capacidad para transferir hacia o desde el inodoro afectada
-
-
-

factores relacionados

- barrera ambiental
- conocimiento insuficiente del dolor técnicas de transferencia
-
- alteración de equilibrio La falta de
- aptitud insuficiente Brawn Obesidad
-
-

las condiciones asociadas

- Cambio en la pérdida de la función
- cognitiva musculoesquelético

- lesión neuromuscular
- problemas de visión

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 2 • código de diagnóstico actividad

/ ejercicio 00088

deambulaci3n da1ado

Aprobado en 1998 • Revisada en 2006, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definici3n

Limitaci3n del movimiento de caminar de forma independiente en el medio ambiente.

definici3n de las caracteristicas

- deterioro de la capacidad de caminar cuesta arriba deterioro de
- la capacidad de caminar cuesta abajo
- la capacidad de caminar sobre superficies irregulares deteriorada capacidad de
- caminar un deterioro de la capacidad necesaria distancia para subir y bajar aceras
- con discapacidad (acera) deterioro de la capacidad de subir escaleras
-

factores relacionados

- Cambio en la barrera del
- medio ambiente del estado de 1nimo
- conocimiento insuficiente acerca de las estrategias de movilidad para el dolor
-
- La falta de aptitud insuficiente Brawn
- cae El miedo a la obesidad
-
-
- disminuci3n de la resistencia

las condiciones asociadas

- Cambio en la funci3n cognitiva
- neuromuscular trastornos del
- equilibrio lesi3n musculoesquel3tica
- Lesi3n problemas de visi3n
-

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 2 • código de diagnóstico actividad

/ ejercicio 00238

El levantarse herido

Aprobado en 2013 • Revisada en 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

Limitación de la capacidad para, de forma independiente e intencionalmente, lograr y / o mantener el cuerpo en posición vertical, la cabeza a los pies.

definición de las características

- deterioro de la capacidad para ajustar la posición de una o ambas piernas en superficie desigual
- deterioro de la capacidad para obtener un deterioro de la capacidad posición del torso de
- equilibrio para extender una o ambas rodillas deterioro de la capacidad de extender una o
- ambas caderas deterioro de la capacidad de flexionar una o ambas rodillas deterioro de la
- capacidad de flexionar una o ambas caderas deterioro de la capacidad para mantener torso,
- en una capacidad posición deteriorado equilibrada para tensar el torso con el peso corporal
-
-

factores relacionados

- Dolor
- malnutrición
- Energía insuficiente insuficiente
- Brawn Obesidad
-
- autoimpuesto alivio postura
- insuficiente resistencia trastorno
- emocional

las condiciones asociadas

- trastorno de la perfusión circulatoria
- trastorno deterioro de la función metabólica
- neurológico

- Lesiones extremo inferior
- procedimiento quirúrgico
- recomendado sarcopenia postura
-

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 2 • código de diagnóstico actividad

/ ejercicio 00089

movilidad con silla de ruedas deteriorada

Aprobado en 1998 • Revisada en 2006, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

Limitación de operar una silla de ruedas de forma independiente por el medio ambiente.

definición de las características

- capacidad de operar manual de la silla de ruedas capacidad cuesta arriba deteriorada para operar silla de
- ruedas manual cuesta abajo deteriorada para operar capacidad silla de ruedas manual en superficie regular
- deteriorada para operar silla de ruedas manual en la capacidad superficie irregular deterioro de la capacidad
- para operar silla de ruedas manual deteriorado la capacidad acera deteriorada para operar motorizado silla
- de ruedas capacidad cuesta arriba deteriorada para operar motorizado silla de ruedas capacidad cuesta
- abajo deteriorada para operar silla de ruedas motorizada en un deterioro de la capacidad superficie regular
- para operar superficie irregular silla de ruedas motorizada deterioro de la capacidad para operar silla de
- ruedas motorizada en la acera
-
-

factores relacionados

- Cambio en la barrera del
- medio ambiente del estado de ánimo
- conocimiento insuficiente sobre el uso de la silla de ruedas Dolor
-
- aptitud falta insuficientes Brawn
- Obesidad
-
- disminución de la resistencia

las condiciones asociadas

- Cambio en la pérdida de la función
- cognitiva musculoesquelético

- lesión neuromuscular
- problemas de visión

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se diferencian marcadamente *deterioro de la movilidad física* (00085). bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 2 • código de diagnóstico actividad

/ ejercicio 00085

movilidad discapacitados físicos

Aprobado en 1973 • Revisada en 1998, 2013, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

Limitación en el movimiento independiente y voluntario del cuerpo o de una o más extremidades.

definición de las características

- Cambio en el malestar de
- marzo de
- Difícil de girar alrededor de
- disnea de esfuerzo
- La implicación en la inestabilidad postural sustituciones
- de movimientos movimientos descoordinados
- movimiento espástica cámara lenta
-
-
- Reducción en la reducción de los movimientos de
- amplitud en la reducción de la motricidad fina en las
- habilidades motoras gruesas prolongados temblor
- movimiento tiempo de respuesta inducida
-

factores relacionados

- ansiedad
- apoyo ambiental insuficiente
- El conocimiento insuficiente sobre el valor de la actividad física disminuyó el
- control muscular
- Las creencias culturales respecto a las actividades aceptables Depresión La
- desnutrición
-

- Dolor
- desuso
- estilo de vida sedentario La falta de aptitud
- física disminuye la fuerza muscular
- intolerancia a la disminución de la actividad
- de la masa muscular
-
- percentil de índice de masa corporal (IMC)> 75 apropiado para la edad sexo y la renuencia a iniciar
- movimientos disminución de la resistencia Rigidez en las articulaciones
-
-

las condiciones asociadas

- Cambio agente farmacéutico en la
- función cognitiva
- Los cambios en la integridad de la estructura ósea cambios
- en el metabolismo en el desarrollo de contracturas de retardo
-
-
- Lesiones lesiones musculoesqueléticas
- neuromusculares prejuicio sensorial-perceptivo
- prescrito restricciones de movimiento
-

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 2 • código de diagnóstico actividad

/ ejercicio 00091

movilidad Deterioro de la cama

Aprobado en 1998 • Revisada en 2006, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

limitación independiente de movimiento de una posición a otra en la cama.

definición de las características

- deterioro de la capacidad para moverse entre la posición de decúbito prono y decúbito supino deterioro de la
- capacidad para moverse entre la posición de sentado y el deterioro de la capacidad supina para moverse entre la
- posición de sentado prolongada y el deterioro de la capacidad supina a reposicionarse en deterioro de cama
- capacidad para dar la vuelta de lado a lado
-

factores relacionados

- barrera ambiental
- conocimiento insuficiente acerca de las estrategias de movilidad para el dolor
-
- aptitud falta insuficientes Brawn
- Obesidad
-

las condiciones asociadas

- Cambio agente farmacéutico en la
- pérdida de la función cognitiva Pérdida
- neuromuscular musculoesquelético
-

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se diferencian marcadamente *deterioro de la movilidad física* (00085). bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 2 • código de diagnóstico actividad

/ ejercicio 00237

sentado herido

Aprobado en 2013 • Revisada en 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

Limitación de la capacidad para, de forma independiente e intencionalmente, lograr y / o mantener una posición de reposo con el apoyo de las nalgas y los muslos, y el torso en posición vertical.

definición de las características

- deterioro de la capacidad para ajustar la posición de una o ambas piernas en superficie desigual
- deterioro de la capacidad para lograr una posición de equilibrio torso deterioro de la
- capacidad de flexionar o mover ambas rodillas deterioro de la capacidad de flexionar o
- mover las caderas deterioro de la capacidad para mantener el torso en una capacidad
- posición deteriorado equilibrada para tensar el torso con el peso corporal
-

factores relacionados

- Dolor
- malnutrición
- energía insuficiente Brawn
- insuficiente autoimpuesto alivio
- Postura resistencia insuficiente
-

las condiciones asociadas

- Cambio en la función neurológica
- alterada trastorno metabólico La cirugía
- ortopédica función cognitiva
- recomendada sarcopenia postura
-
-

- trastorno psicológico

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 2 • código de diagnóstico actividad

/ ejercicio 00040

riesgo síndrome de desuso

Aprobado en 1988 • Revisada en 2013, 2017

definición

La susceptibilidad al deterioro de los sistemas del cuerpo como resultado de la inactividad musculoesquelético prescrito o inevitable que puede poner en peligro la salud.

factor de riesgo

- dolor

las condiciones asociadas

- Cambio en el nivel prescrito inmovilidad
- mecánica de la conciencia Parálisis
- Inmovilidad
-

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 3 • Código del balance energético de
diagnóstico 00273

campo de energía des equilibrado

Aprobado en 2016 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

Rotura en el flujo vital de energía humana que suele ser un todo continuo, dinámico, creativo y no lineal.

definición de las características

- La obstrucción de la congestión del flujo de energía de la energía del flujo de
- energía de los déficit de flujo de energía diferenciales de temperatura frías en las
- diferencias de temperatura caliente flujo de energía en el flujo de energía
- magnética a una superficie de expresión de campo de energía de empuje de la
- necesidad de recuperar toda la experiencia
-
-
- frecuencia de pulso para una tasa de frecuencia de hiperactividad patrones de campo de energía de las Normas de
- campo de flujo de energía de energía al azar patrones arrítmicos del campo de energía del campo de energía patrones
- irregulares Normas congestionadas fuertes Normas de campo de energía débiles patrones de campo de energía las
- normas normas campo de energía de campo de energía rápida campo de energía estándares lentos tumultuosos
- pulsaciones de energía de campo sentir en los ritmos de flujo de energía de la manera asincrónica el flujo de energía
- ritmos disonantes de los patrones de campo de energía sensación de hormigueo en el flujo de energía
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

factores relacionados

- Ansiedad La
- incomodidad del
- dolor
- estrés excesivo
- Las intervenciones que alteran el patrón o el flujo de energía

Las poblaciones en riesgo

- Estados de crisis de
- transición de la vida

las condiciones asociadas

- enfermedad
- de lesión

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 3 • Código del balance energético de
diagnóstico 00093

fatiga

Aprobado en 1988 • Revisada en 1998, 2017

definición

sensación de opresión y prolongada de agotamiento y disminución de la capacidad para realizar trabajo físico y mental en el nivel habitual.

definición de las características

- Cambio en el cambio de concentración
- en la apatía de la libido
-
- Aumento de la necesidad de descanso aumento
- de los síntomas cansancio físico
-
- deterioro de la capacidad de mantener rutinas normales deterioro de la capacidad para mantener
- el nivel habitual de actividad física culpabilidad debido a la dificultad en el cumplimiento de sus
- responsabilidades desempeño de los roles ineficaces
-
- Falta de interés como el medio ambiente que la falta de
- energía sobre el estado de somnolencia Letargo introspección
-
-
-
- patrón de sueño de baja calidad

factores relacionados

- ansiedad
- Aumento de esfuerzo físico barrera
- ambiental Depresión La
- desnutrición
-

- no estimular los factores de estrés estilo de
- vida
- aptitud falta de privación del sueño
-

Las poblaciones en riesgo

- La exposición al evento de vida negativo
- profesión exigente

las condiciones asociadas

- Embarazo
- Enfermedades
- Anemia

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 3 • Código del balance energético de
diagnóstico 00154

perambulation

Aprobado en 2000 • Revisada en 2017

definición

La deriva o repetitivo movilidad, lo que expone al sujeto a daños; menudo incongruente con monedas, límites o barreras.

definición de las características

- Actúa como si examinar el entorno de
- caminar de un lado a otro
- deterioro de la capacidad para localizar puntos de referencia en un entorno familiar
- comportamiento de búsqueda de comportamiento de escape sesión en sitio prohibido
- Hiperactividad
-
-
- Imitar los movimientos de locomoción agitados Locomotion
- Locomotion cuidador al azar
-
- locomoción persistente en busca de algo locomoción espacios
- de locomoción no permitidos que no pueden ser fácilmente
- desalentado movilidad que da lugar a perderse
-
- Los largos períodos de movilidad sin destino aparente
- movimiento continuo de un lugar a otro movimiento común de
- un lugar a otro
- períodos de locomoción alternos de ninguna locomoción

factores relacionados

- Los cambios en el ciclo de sueño-vigilia ambiente
- excesivamente estimulante desean volver a casa
-

- estado fisiológico
- separación habitación familiar

Población en riesgo

- Comportamiento pre-morbilidad

las condiciones asociadas

- Cambio en la función cognitiva
- Sedación cortical atrofia
-
- trastorno psicológico

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 4 • código / pulmonar respuestas diagnóstico

cardiovascular 00029

gasto cardíaco disminuido

Aprobado en 1975 • Revisada en 1996, 2000, 2017

definición

Volumen de sangre bombeada por el corazón inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.

definición de las características

Frecuencia / ritmo cardíaco anormal

- Los cambios en el electrocardiograma (ECG)
- bradicardia
- palpitaciones taquicardia
-

precarga modificada

- Aumento de la presión de cuña pulmonar (PCWP) (presión capilar) aumentar la presión
- venosa central (CVP)
- pulmonar reducida presión de enclavamiento de la arteria (PCWP) (presión capilar) disminución de la
- presión venosa central (CVP) yugular venosa fatiga edema distensión
-
-
-
- aumento de peso soplo
- en el corazón

poscarga alterado

- Cambio en la presión arterial
- anormal color de la piel disnea
- oliguria piel pegajosa
-
-

- Disminución de los pulsos periféricos
- la resistencia vascular pulmonar (PVR) aumento de la
- resistencia vascular pulmonar (PVR) se redujo la resistencia
- vascular sistémica (SVR) aumento de la resistencia vascular
- sistémica (SVR) menos tiempo de llenado capilar prolongado
-

alteraciones de la contractilidad

- fracción de eyección disnea
- paroxística nocturna disminuyó el
- índice cardíaco disminuyó
- índice de volumen sistólico (SVI) disminuyó
- Índice del ventrículo izquierdo de trabajo sistólico (ITSVE) disminuyó Ortopnea
-
- La presencia de una tercera sonido cardíaco (S3)
- Presencia de ruido cardíaco cuarto (B4) Tos ruidos
- respiratorios adventicios
-

Comportamiento / emocional

- inquietud
- ansiedad

factores relacionados

- A desarrollarse

las condiciones asociadas

- Cambio en el cambio de la contractilidad en el
- cambio de la frecuencia cardíaca en los cambios
- en la poscarga cambios de precarga en los
- cambios en el ritmo cardíaco en el volumen
- sistólico
-

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 4 • código / pulmonar respuestas diagnóstico

cardiovascular 00240

riesgo gasto cardíaco disminuido

Aprobado en 2013 • Revisada en 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La susceptibilidad al volumen de sangre bombeada por el corazón inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo que puede poner en peligro la salud.

Factores de riesgo

- A desarrollarse

las condiciones asociadas

- Cambio en el cambio de la contractilidad en el
- cambio de la frecuencia cardíaca en los cambios
- en la poscarga cambios de precarga en los
- cambios en el ritmo cardíaco en el volumen
- sistólico
-

Este diagnóstico será retirado de la edición taxonomía NANDA-I en 2021-2023 si no se desarrolla factores de riesgo modificables. bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 4 • código / pulmonar respuestas diagnóstico

cardiovascular 00032

patrón de respiración ineficaz

Aprobado en 1980 • Revisada en 1996, 1998, 2010, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La inspiración y / o expiración no proporcionan una ventilación adecuada.

definición de las características

- Tomar la posición de tres puntos
- bradipnea batir de las alas de la nariz
-
- disminución de la capacidad vital
- diámetro anteroposterior del aumento de la presión en el pecho
- disminución de la presión espiratoria Disminución de la disnea
- inspiratoria
-
- Guía de nervio modificado fase de
- exhalación prolongada Ortopnea
-
- patrón de respiración anormal de la
- respiración con labios fruncidos taquipnea
-
- El uso de los músculos accesorios para respirar disminuye
- la ventilación minutos

factores relacionados

- Ansiedad
- Dolor Fatiga
-
- Respiratorio fatiga muscular obesidad
- hiperventilación
-

- La posición del cuerpo que inhibe la expansión pulmonar

las condiciones asociadas

- Deformidad de la pared del neurológica
- lesión de médula espinal Pérdida
- musculoesquelético Pérdida síndrome
- neurológico hipoventilación
- neuromuscular deformidad del hueso
- del pecho inmadurez
-
-

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 4 • código / pulmonar respuestas diagnóstico

cardiovascular 00200

riesgo perfusión tisular disminución del corazón

Aprobado en 2008 • Revisada en 2013, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La susceptibilidad a una reducción de la circulación del corazón (coronarias) que pueden poner en peligro la salud.

Factores de riesgo

- abuso de Sustancias
- conocimiento insuficiente de los factores modificables

Población en riesgo

- antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular

las condiciones asociadas

- Cirugía Cardiovascular agente
- farmacéutico diabetes mellitus
-
- espasmo de la arteria coronaria La
- hiperlipidemia hipertensión
- hipovolemia hipoxemia Hipoxia
-
-
-
- proteína C reactiva de alta
- taponamiento cardíaco

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 4 • código / pulmonar respuestas diagnóstico

cardiovascular 00201

riesgo perfusión tisular cerebro ineficaces

Aprobado en 2008 • Revisada en 2013, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La susceptibilidad a una reducción en la circulación del tejido cerebral que puede poner en peligro la salud.

factor de riesgo

- abuso de Sustancias

Población en riesgo

- infarto de miocardio reciente

las condiciones asociadas

- cerebro aneurisma aórtico
- agente farmacéutico
- aterosclerosis
- Intravascular Diseminada coagulopatía coagulación
- de la sangre disección embolia
-
-
- La endocarditis infecciosa
- estenosis mitral de la estenosis
- carotídea hipertensión fibrilación
- auricular lesión
- hipercolesterolemia cerebro
- cardiomiopatía dilatada mixoma
- auricular neoplasia cerebro
- prótesis de válvula mecánica
-
-
-

- régimen de tratamiento
- segmento acinético de la pared ventricular izquierda del síndrome del
- nodo sinusal
- El tiempo de protrombina (PT) tiempo de tromboplastina
- parcial anormal (PTT) anormal

Este diagnóstico será retirado de la edición taxonomía NANDA-I en 2021-2023 si no se desarrolla factores de riesgo adicionales. bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 4 • código / pulmonar respuestas diagnóstico

cardiovascular 00204

perfusión tisular periférica ineficaz

Aprobado en 2008 • Revisada en 2010, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La reducción del flujo de sangre a la periferia que pueden poner en peligro la salud.

definición de las características

- El color no se enciende la pierna cuando se escribe después de 1 minuto de su cambio de elevación en
- la piel cambio característico en la función motora ausencia de pulsos periféricos claudicación
- intermitente
-
-
- color de la piel pálida en alzado miembro de disminución de la
- presión arterial en los extremos
- Distancia en la prueba de marcha de 6 minutos por debajo del intervalo normal al final del
- dolor Edema
-
- Tobillo-brazo index <0,90 parestesia
-
- tiradas cortas distancias sin dolor en la prueba de marcha de 6 minutos Disminución de los pulsos
- periféricos
- Retraso en la cicatrización de la respiración femoral periférica
- herida
- tiempo de relleno capilar > 3 segundos

factores relacionados

- El conocimiento insuficiente sobre el proceso de conocimiento insuficiente
- sobre la enfermedad factores modificables de entrada excesiva de sodio
- estilo de vida sedentario
-

- de fumar

las condiciones asociadas

- La diabetes mellitus
- Hipertensión
- intravascular Trauma
- procedimiento

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 4 • código / pulmonar respuestas diagnóstico

cardiovascular 00228

riesgo perfusión tisular periférica ineficaz

Aprobado en 2010 • Revisada en 2013, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La susceptibilidad a una reducción del flujo de sangre a la periferia que pueden poner en peligro la salud.

Factores de riesgo

- El conocimiento insuficiente sobre el proceso de conocimiento
- insuficiente sobre la enfermedad factores modificables de entrada
- excesiva de sodio estilo de vida sedentario Fumar
-
-

las condiciones asociadas

- La diabetes mellitus
- Hipertensión
- intravascular Trauma
- procedimiento

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 4 • código / pulmonar respuestas diagnóstico

cardiovascular 00267

riesgo presión arterial inestable

Aprobado en 2016 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

Susceptibilidad a las fuerzas oscilantes de flujo sanguíneo a través de las arterias que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Incompatibilidad con la ortostasis régimen de medicamentos
-

las condiciones asociadas

- Absorción y distribución antiarrítmico agente de rápida absorción y
- distribución rápida y rápidos vasodilatadores diuréticos de absorción
- distribución desequilibrio hormonal Enmienda arritmia cardíaca efectos
- electrolíticos adversos de cocaína efectos adversos de los esteroides
-
-
-
-
- Los efectos adversos de los fármacos anti-inflamatorios (NSAIDs) Hiperparatiroidismo
- Hipertiroidismo hipotiroidismo
-
-
- Reacciones simpático aumento de la
- presión intracraneal Retención de
- líquidos síndrome de Cushing
- Soluciones fluido intercambio
- hiperosmolar
-
- El uso de antidepresivos

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

RT N. El objetivo del diagnóstico es **presión sanguínea estable**. En portugués, no se puede tocar la negrita aparece como el original en Inglés (*Naciones Unidas presión arterial estable*).

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 4 • código / pulmonar respuestas diagnóstico

cardiovascular 00034

respuesta disfuncional destetar

Aprobado en 1992 • Revisada en 2017

definición

El fracaso para ajustar el soporte ventilatorio mecánico disminución de los niveles que interrumpe y se extiende el proceso de destete.

definición de las características

luz

- Aumento de la concentración en el aliento
- ligero aumento en la frecuencia respiratoria por encima de la línea de base de dificultad
- respiratoria Fatiga Inquietud
-
-
- mal funcionamiento del aparato de percepción de temor a la
- creciente necesidad de oxígeno para el calor
-

moderado

- incautación
- El aumento de la frecuencia cardíaca a partir de parámetros de línea de base (<20 bpm) aumento de la
- presión arterial en comparación con parámetros basales (<20 mmHg), moderado aumento en la frecuencia
- respiratoria por encima de la capacidad de la línea de base deteriorado a cooperar deterioro de la capacidad
- para responder a las directrices del color de la piel anormal diaforesis
-
-
-
- La disminución de la entrada de aire a la expresión facial de
- la auscultación temor exagerado énfasis en las actividades
-
- el mínimo uso de los músculos accesorios respiratorios

Graves

- agitación
- El aumento de la frecuencia cardíaca a partir de parámetros de línea de base (≥ 20 bpm) aumento de la presión arterial en comparación con parámetros basales (≥ 20 mmHg) aumento de la media de la frecuencia respiratoria en comparación con parámetros basales de color anormal de la piel
-
- El deterioro en el análisis de gases en sangre de los valores basales profusa
- Diaforesis
- nivel de conciencia disminución de la
- respiración abdominal paradójico respiración
- agónica (tipo *jadeante*)
- La respiración fuera de sincronización con los estertores
- respiratorios respiración superficial ventilador
-
- El uso de los músculos accesorios respiratorios importantes

factores relacionados

fisiológico

- Cambio en el patrón de sueño Eliminación de dolor de las
- vías respiratorias ineficaces
-
- nutrición inadecuada

psicológico

- Ansiedad La baja
- autoestima
- insuficiente confianza en profesionales de la salud Insuficiente
- conocimiento acerca de la desesperanza proceso de destete
-
- La incertidumbre respecto a la capacidad para temer destete
-
- disminución de la motivación
- Impotencia

situacional

- apoyo social inadecuado
- barrera ambiental
- Los episodios de la demanda de energía incontrolada inadecuado
- proceso de destete Ritmo

las condiciones asociadas

- dependencia del ventilador de la historia > 4 días historia
- de intentos fallidos de destete

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 4 • código / pulmonar respuestas diagnóstico

cardiovascular 00092

en actividad tolerancia

Aprobado en 1982 • Revisada en 2017

definición

la energía fisiológica o psicológica suficientes para apoyar o complementar las actividades diarias requeridas o deseadas.

definición de las características

- Los cambios en el electrocardiograma (ECG) para el
- malestar Disnea Fatiga esfuerzo de esfuerzo
-
-
- debilidad generalizada
- respuesta de la frecuencia cardíaca anormal a la actividad de respuesta
- de presión arterial anormal a la actividad

factores relacionados

- El desequilibrio entre la oferta y la demanda de oxígeno sedentario
- La falta de estilo de vida de la inmovilidad de la aptitud
-
-
- La falta de experiencia con una actividad

Población en riesgo

- antecedentes de intolerancia a la actividad

las condiciones asociadas

- trastorno circulatorio
- condición respiratoria

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 4 • código / pulmonar respuestas diagnóstico

cardiovascular 00094

en Riesgo actividad tolerancia

Aprobado en 1982 • Revisada en 2013, 2017

definición

La susceptibilidad a la energía fisiológica o psicológica suficientes para apoyar o complementar las actividades diarias requeridas o deseadas que pueden poner en peligro la salud.

Factores de riesgo

- El desequilibrio entre la oferta y la demanda de oxígeno sedentario
- La falta de estilo de vida de la inmovilidad de la aptitud
-
-
- La falta de experiencia con una actividad

Población en riesgo

- antecedentes de intolerancia a la actividad

las condiciones asociadas

- trastorno circulatorio
- condición respiratoria

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 4 • código / pulmonar respuestas diagnóstico

cardiovascular 00033

ventilación espontánea dañado

Aprobado en 1992 • Revisada en 2017

definición

Incapacidad para iniciar y / o mantener la respiración independiente que es adecuado para mantener la vida.

definición de las características

- incautación
- aumento del ritmo cardíaco
- El aumento de la presión parcial de dióxido de carbono (PCO2) Aumento de la
- tasa metabólica disminuyó Cooperación
-
- oxígeno reducido presión parcial (PO2) disminución de la
- saturación de oxígeno en sangre (SaO2) Disnea Caring
-
-
- aumento del uso de los músculos accesorios de
- volumen disminuyó actual

factor relacionado

- la fatiga de los músculos respiratorios

condición asociada

- Los cambios en el metabolismo

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 5 • Autocuidado código de
diagnóstico 00102

déficit la alimentación de autocuidado

Aprobado en 1980 • Revisada en 1998, 2008, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La falta de alimentarse por sí mismos de forma independiente.

definición de las características

- deterioro de la capacidad para abrir recipientes con discapacidad para alimentar deterioro
- de la capacidad de modo aceptable capacidad para alimentarse de todo un deterioro de la
- capacidad de la comida de tragar los alimentos en suficiente cantidad deterioro de la
- capacidad de tragar comida deterioro de la capacidad para llevar la comida a la capacidad
- boca deteriorada para manipular la comida en la boca deteriorada la capacidad para
- manejar los utensilios deterioro de la capacidad de masticar alimentos capacidad
- deteriorada para recoger la copa
-
-
-
- habilidad para atrapar la comida con utensilios de deterioro de la capacidad
- para preparar comida deteriorada capacidad de utilizar dispositivos de ayuda
- deteriorada

factores relacionados

- ansiedad
- barrera ambiental
- Malestar Dolor Fatiga
- Debilidad
-
-
- disminución de la motivación

las condiciones asociadas

- Cambio en la pérdida de la función
- cognitiva lesión musculoesquelética
- trastornos neuromusculares
- perceptuales

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 5 • Autocuidado código de
diagnóstico 00108

déficit autocuidado, baño

Aprobado en 1980 • Revisada en 1998, 2008, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

Incapacidad para completar las actividades de limpieza del cuerpo de forma independiente.

definición de las características

- deterioro de la capacidad para acceder a la fuente de agua deterioro
- de la capacidad para acceder al baño deterioro de la capacidad para
- lavar el cuerpo
- deterioro de la capacidad para recoger objetos para la alteración de la
- capacidad baño regular el agua del baño deterioro de la capacidad para
- secar el cuerpo

factores relacionados

- ansiedad
- Dolor barrera ambiental
- Debilidad
-
- disminución de la motivación

las condiciones asociadas

- Cambio en la función cognitiva
- deterioro de la capacidad de percibir una parte de la capacidad del cuerpo
- deteriorado para percibir las relaciones espaciales de lesiones lesión
- musculoesquelética Trastornos de la Percepción neuromusculares
-
-

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 5 • Autocuidado código de
diagnóstico 00110

déficit autocuidado para la higiene íntima

Aprobado en 1980 • Revisada en 1998, 2008, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

Incapacidad para realizar las tareas asociadas con la vejiga y la eliminación intestinal de forma independiente.

definición de las características

- deterioro de la capacidad para llegar a la capacidad deteriorada
- higiénico para limpiar el inodoro capacidad deteriorada para
- levantarse del inodoro
- deterioro de la capacidad para manejar la ropa para llevar a cabo la higiene personal deterioro de la
- capacidad para llevar a cabo la higiene personal, deterioro de la capacidad de sentarse en el inodoro
-

factores relacionados

- ansiedad
- barrera ambiental
- alteración de la transferibilidad Dolor Fatiga
- Debilidad
-
-
- Personas con movilidad reducida
- disminución de la motivación

las condiciones asociadas

- Cambio en la pérdida de la función
- cognitiva lesión musculoesquelética
- trastornos neuromusculares
- perceptuales

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 5 • Autocuidado código de
diagnóstico 00109

déficit vestidor autocuidado

Aprobado en 1980 • Revisada en 1998, 2008, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La falta de usar y sacar la ropa de forma independiente.

definición de las características

- deteriorado para poner la ropa en la capacidad del cuerpo deteriorado más baja para
- poner la ropa en la parte superior del cuerpo deteriorado desvestirse cada elemento de
- la capacidad ropa deterioro de la capacidad de elegir la ropa de deterioro de la
- capacidad capacidad para cerrar la ropa deterioro de la capacidad para mantener la
- apariencia deteriorada capacidad en conjunto las prendas capacidad de usar cada
- elemento de la capacidad de la ropa deteriorada a recoger los artículos de la ropa
- deteriorada la capacidad de utilizar dispositivos de ayuda capacidad deteriorada para
- utilizar cremalleras deteriorados
-
-
-

factores relacionados

- ansiedad
- barrera ambiental
- Malestar Dolor Fatiga
- Debilidad
-
-
- disminución de la motivación

las condiciones asociadas

- Cambio en la pérdida de la función
- cognitiva musculoesquelético

- trastornos de percepción de
- lesiones neuromuscular

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 5 • Autocuidado código de
diagnóstico 00182

Arreglo para la mejora de la autocuidado

Aprobado en 2006 • Revisada en 2013 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

Uniforme de las actividades de logro por sí mismo para alcanzar los objetivos relacionados con la salud que se pueden mejorar.

definición de las características

- deseo expreso de aumentar la independencia en materia de salud expreso el deseo de aumentar la
- independencia en la vida expreso el deseo de aumentar la independencia en el bienestar expreso el
- deseo de aumentar la independencia en el desarrollo personal expreso el deseo de dar a conocer las
- estrategias de autocuidado expresado el deseo de mejorar autocuidado
-
-

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 5 • Autocuidado código de
diagnóstico 00193

autonegligencia

Aprobado en 2008 • Revisada en 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

Conjunto de comportamientos culturalmente estructurados que implican una o más actividades de autocuidado donde hay falta de mantenimiento de un nivel de salud y bienestar socialmente aceptada (Gibbons, Lauder y Ludwick, 2006).

definición de las características

- La falta de adherencia a las actividades de salud
- inadecuada higiene ambiental insuficiente higiene personal

factores relacionados

- Abuso de sustancias estilo
- de vida estresante
-
- Incapacidad mala función ejecutiva para
- mantener el control del miedo hospital o
- institucionalización

las condiciones asociadas

- Cambio en la función discapacidades
- de aprendizaje cognitivo enfermedad
- disfunción pérdida funcional del lóbulo
- frontal Haciéndose trastorno psicótico
- trastorno psiquiátrico Síndrome de
- Capgras
-
-

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

Dominio 4 • Actividad / sueño

clase 5 • Autocuidado código de
diagnóstico 00098

mantenimiento del hogar dañado

Aprobado en 1980 • Revisada en 2017

definición

Incapacidad de mantener, de forma independiente, un ambiente seguro para la promoción del crecimiento.

definición de las características

- Medio ambiente sin capacidad deteriorada para mantener el
- saneamiento de la vivienda dificultad para mantener un
- equipo de cocina lo suficientemente cómodo
-
- la falta de equipo de mantenimiento del hogar
- responsabilidades familiares exceso Falta de ropa de cama
-
- patrón de la enfermedad causada por las condiciones estándar antihigiénico de
- infecciones causadas por condiciones antihigiénicas ropa insuficiente
-
- solicitar ayuda para el mantenimiento de la casa

factores relacionados

- conocimiento insuficiente sobre el conocimiento insuficiente sobre los
- recursos de mantenimiento del hogar para el modelo apropiado barrio
-
- organización familiar insuficiente
- inadecuada planificación familiar sistema
- de apoyo inadecuada

Población en riesgo

- Crisis financiera

condición asociada

- Cambio en la función cognitiva

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

El dominio 5 • La percepción / cognición

clase 1 • código de diagnóstico

atención 00123

el abandono unilateral

Aprobado en 1986 • Revisada en 2006, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

La pérdida en las respuestas sensoriales y motoras, y las representaciones mentales de atención espacial del cuerpo y el medio ambiente correspondiente que se caracteriza por la falta de atención a un lado y la atención excesiva hacia el lado opuesto. El lado izquierdo de la negligencia es más grave y persistente que el lado derecho.

definición de las características

- Cambio en el comportamiento de la seguridad en el lado descuidado dejar la comida
- en el plato del lado descuidado
- Deterioro de rendimiento en las pruebas de cancelación y de bisección línea de desviación
- notable del tronco a los estímulos en el lado sin vecinos notable desviación de los ojos a los
- estímulos en el lado no descuidado desorden en la lateralización del sonido
-
- Si no se toman el cuidado de la estética de la parte descuidada deja de mover la cabeza en un
- fracaso hemiespaço descuidada para mover el tronco en un fracaso hemiespaço descuidada para
- mover los miembros de la insuficiencia hemiespaço descuidada para mover los ojos en el fracaso
- hemiespaço descuidado a darse cuenta de personas que se acercan desde el Si no descuidado
- lado para llevar el hemianopsia lateral descuidado
-
-
-
- Hemiplejia en el lado izquierdo del cerebro debido a la negligencia de carrera de
- representación visoespacial unilateral negligencia omisión de dibujos en el lado
- descuidado
-
- No parece darse cuenta de posicionamiento de la perseverancia miembro descuidado
-
- cartas de reemplazo durante la lectura, para formar palabras alternativas

- Transferencia de la sensación de dolor al uso sin vecinos sólo la mitad
- vertical de la página al escribir

factores relacionados

- A desarrollarse

condición asociada

- lesión cerebral

Este diagnóstico será retirado de la Taxonomía NANDA-I en factores relacionados con el caso de la edición 2021-2023 no se desarrollan. bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

El dominio 5 • La percepción / cognición

clase 2 • dirección

Esta clase contiene ningún diagnóstico en el momento.

El dominio 5 • La percepción / cognición

clase 3 • Sensación / percepción

Esta clase contiene ningún diagnóstico en el momento.

El dominio 5 • La percepción / cognición

clase 4 • código de diagnóstico

cognición 00128

confusión agudo

Aprobado en 1994 • Revisada en 2006, 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

alteraciones reversibles de la conciencia, la atención, la cognición y la percepción que se presentan en un breve período de tiempo, que dura menos de tres meses.

definición de las características

- agitación
- Cambio en cambio la función cognitiva en
- psicomotriz cambio de función en el nivel
- de conciencia alucinaciones
-
- Incapacidad para iniciar el comportamiento dirigido a un objetivo
- incapacidad para iniciar Inquietud comportamiento intencional
-
- percepciones incorrectas
- seguimiento insuficiente intencional comportamiento seguimiento insuficiente
- comportamiento orientado hacia un objetivo

factores relacionados

- Cambio de abuso de sustancias en el ciclo
- de sueño-vigilia Deshidratación Desnutrición
- Dolor
-
-
- Personas con movilidad reducida
- privación sensorial retención
- urinaria
- uso inadecuado de restricción

Las poblaciones en riesgo

- historial de accidentes vasculares cerebrales de
- edad ≥ 60 años masculino
-

las condiciones asociadas

- Cambio agente farmacéutico en la
- función cognitiva
- *delirio*
- demencia
- alteración de la infección función
- metabólica

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

El dominio 5 • La percepción / cognición

clase 4 • código de diagnóstico

cognición 00173

riesgo confusión agudo

Aprobado en 2006 • Revisada en 2013, 2017 • 2.2 Nivel de evidencia

definición

susceptibilidad reversible a trastornos de la conciencia, la atención, la cognición y la percepción que se presentan en un corto período de tiempo y que pueden comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Cambio de abuso de sustancias en el ciclo
- de sueño-vigilia Deshidratación Desnutrición
- Dolor
-
-
- Personas con movilidad reducida
- privación sensorial retención
- urinaria
- uso inadecuado de restricción

Las poblaciones en riesgo

- historial de accidentes vasculares cerebrales de
- edad ≥ 60 años masculino
-

las condiciones asociadas

- Cambio agente farmacéutico en la
- función cognitiva
- *delirio*
- demencia
- alteración de la infección función
- metabólica

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

El dominio 5 • La percepción / cognición

clase 4 • código de diagnóstico

cognición 00129

confusión crónica

Aprobado en 1994 • Revisada en 2017 • Grado de comprobación 3.1

definición

cambio irreversible, progresiva, insidiosa y prolongada intelecto, el comportamiento y la personalidad, que se manifiesta por un deterioro de las funciones cognitivas (memoria, el habla, lenguaje, toma de decisiones y la función ejecutiva) y la dependencia en la realización de las actividades diarias.

definición de las características

- Cambiar en por lo menos una función cognitiva, además del cambio en la función social
- Cambio Cambio memoria en la memoria a corto plazo en los cambios en la memoria a
- largo plazo en el cambio de personalidad en el estado de comportamiento de alerta
- apropiada al entorno
-
-
-
- Incapacidad para realizar al menos una pérdida por deterioro cognitivo
- insidiosa e irreversible la actividad diaria Al principio progresiva pérdida
- cognitiva prolongada de la función cognitiva
-

factores relacionados

- A desarrollarse

las condiciones asociadas

- demencia Accidente
- cerebrovascular

Este diagnóstico fue revisada en 2017 para la prueba de nivel de 3.1, pero no tiene factores relacionados debido a la reclasificación de los indicadores de las condiciones asociadas. bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

El dominio 5 • La percepción / cognición

clase 4 • código de diagnóstico

cognición 00126

conocimiento deficiente

Aprobado en 1980 • Revisada en 2017

definición

La ausencia de información cognitiva o para adquirir información relacionada con un tema específico.

definición de las características

- comportamiento inapropiado rendimiento
- insuficiente conocimiento inadecuado en una
- prueba de seguimiento de las instrucciones
- inapropiadas

factores relacionados

- conocimiento insuficiente sobre los recursos de información
- incorrecta proporcionada por otra información de interés
- insuficiente insuficiente en el aprendizaje
-

las condiciones asociadas

- Cambio en el cambio de la función
- cognitiva en la memoria

Este diagnóstico será retirado de la NANDA-I en la edición taxonomía 2021-2023 si no se realiza un trabajo adicional que la evidencia elevar a un nivel de 2.1 o superior.

El dominio 5 • La percepción / cognición

clase 4 • código de diagnóstico

cognición 00161

voluntad de **conocimiento** mejorado

Aprobado en 2002 • Revisada en 2013 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

información cognitiva estándar o para adquirir información relacionada con un tema específico, que puede ser mejorada.

característica que define

- deseo de mejorar el aprendizaje expresado

El dominio 5 • La percepción / cognición

clase 4 • código de diagnóstico

cognición 00222

control de los impulsos ineficaz

Aprobado en 2010 • Revisada en 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

reacciones estándar rápido y no planificado a estímulos internos o externos, sin tener en cuenta las consecuencias negativas de las reacciones impulsivas para el individuo o para otros.

definición de las características

- Actuar sin pensar en las
- sensaciones de la búsqueda
- Compartir datos personales de manera inapropiada violento
- temperamento comportamiento arrebatos excesiva
- familiaridad con extraños
-
- Hacer preguntas personales sin tener en cuenta la incomodidad de Incapacidad otros
- para ahorrar dinero o regular las finanzas Irritabilidad
-
- Adicción a los juegos de azar
- promiscuidad sexual

factores relacionados

- La desesperanza de
- sustancias Abuso de
- fumadores
- trastorno del estado de ánimo

las condiciones asociadas

- El cambio en el cambio de la
- función cognitiva en el desarrollo
- cerebral Trastorno orgánico de la
- personalidad

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

El dominio 5 • La percepción / cognición

clase 4 • código de diagnóstico

cognición 00251

control emocional lábil

Aprobado en 2013 • Revisada en 2017 • 2.1 Nivel de evidencia

definición

estallidos incontrolables de la expresión emocional exagerada e involuntaria.

definición de las características

- Contacto con los ojos La falta de Choro
-
- llanto excesivo sin sentir el llanto
- involuntario llanto incontrolable tristeza
-
- Limitaciones relacionadas con la dificultad de la expresión de emociones
- en las expresiones faciales utilizando distanciamiento situación
- profesional distanciamiento situación social
-
- la expresión de las emociones incongruente con el factor desencadenante de la
- risa excesiva sin sentir la felicidad risa incontrolable risa involuntaria
-
-

factores relacionados

- Abuso de sustancias cambio
- en la autoestima
- El conocimiento insuficiente sobre el conocimiento insuficiente sobre los síntomas de
- la enfermedad a controlar la fatiga factores estresantes
-
-
- insuficiente la fuerza muscular
- malestar social

- trastorno emocional

las condiciones asociadas

- Physical Disabilities agente
- farmacéutico lesión
- cerebral deterioro funcional
-
- trastorno psiquiátrico
- musculoesquelético trastorno del
- humor lesión

bibliografía de apoyo original disponible en [referencias](#) .

El dominio 5 • La percepción / cognición

clase 4 • código de diagnóstico

cognición 00131

memoria dañado

Aprobado en 1994 • Revisada en 2017 • Grado de comprobación 3.1

definición

incapacidad persistente para recordar o recuperar piezas de información o habilidades.

definición de las características

- capacidad preservado para realizar actividades de la vida diaria de forma independiente olvido
- constante para realizar una acción en el olvido persistente hora programada
-
- incapacidad persistente para aprender nuevas habilidades incapacidad
- persistente para aprender nueva información
- Incapacidade persistente de executar uma habilidade previamente aprendida Incapacidade
- persistente de manter uma nova habilidade Incapacidade persistente de recordar informações
- sobre fatos ou eventos Incapacidade persistente de recordar nomes, palavras ou objetos
- familiares Incapacidade persistente de recordar se uma ação foi efetuada Incapacidade
- persistente de reter novas informações
-

Fator relacionado

- Alteração no volume de líquidos

Condições associadas

- Anemia
- Débito cardíaco diminuído
- Desequilíbrio eletrolítico Doença
- de Parkinson Hipóxia
-
- Lesão encefálica Prejuízo
- cognitivo leve Prejuízo
- neurológico

Outros fatores relacionados modificáveis a serem desenvolvidos. Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 5 • Percepção/cognição

Classe 5 • Comunicação Código do

diagnóstico 00157

Disposição para **comunicação** melhorada

Aprovado em 2002 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de troca de informações e ideias com outros que pode ser melhorado.

Característica definidora

- Expressa desejo de melhorar a comunicação

Domínio 5 • Percepção/cognição

Classe 5 • Comunicação Código do

diagnóstico 00051

Comunicação verbal prejudicada

Aprovado em 1983 • Revisado em 1996, 1998, 2017

Definição

Capacidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e/ou usar um sistema de símbolos.

Características definidoras

- Ausência de contato visual Déficit
- visual parcial Déficit visual total
-
- Desorientação em relação a pessoas
- Desorientação no espaço Desorientação no
- tempo
- Dificuldade em manter a comunicação Dificuldade
- em usar expressões corporais Dificuldade em usar
- expressões faciais Dificuldade na atenção seletiva
-
- Dificuldade para compreender a comunicação Dificuldade para
- expressar pensamentos verbalmente Dificuldade para falar
- Dificuldade para formar frases Dificuldade para formar palavras
- Dificuldade para verbalizar Dispneia Fala arrastada Gagueira
-
-
-
-
-
- Incapacidade de falar
- Incapacidade de falar o idioma do cuidador
- Incapacidade de usar expressões corporais
- Incapacidade de usar expressões faciais

- Verbalização inapropriada

Fatores relacionados

- Alteração no autoconceito Baixa
- autoestima Barreira ambiental
- Estímulos insuficientes
- Incongruência cultural
- Informações insuficientes
- Transtorno emocional
- Vulnerabilidade
-

População em risco

- Ausência de pessoa significativa

Condições associadas

- Alteração na percepção Alteração no
- desenvolvimento Barreira física
- Condição fisiológica Defeito
- orofaríngeo
-
- Prejuízo no sistema nervoso central Regime
- de tratamento Transtorno psicótico
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 1 • Autoconceito Código do
diagnóstico 00167

Disposição para **autoconceito** melhorado

Aprovado em 2002 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de percepções ou ideias sobre si mesmo que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Aceitação das limitações
- Aceitação das qualidades
- Ações congruentes com expressões verbais Expressa confiança nas
- capacidades Expressa desejo de melhorar o autoconceito Expressa
- desejo de melhorar o desempenho de papel Expressa satisfação com
- a identidade pessoal Expressa satisfação com a imagem corporal
- Expressa satisfação com pensamentos sobre si mesmo Expressa
- satisfação com senso de valorização
-
-

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 1 • Autoconceito Código do

diagnóstico 00174

Risco de dignidade humana comprometida

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à perda percebida de respeito e honra que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Compreensão insuficiente das informações de saúde
- Estigmatização
- Experiência limitada de tomada de decisão Exposição
- do corpo Humilhação
-
- Incongruência cultural
- Intromissão do profissional de saúde Invasão
- da privacidade
- Perda de controle sobre função corporal Revelação
- de informações confidenciais Tratamento
- desumano

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 1 • Autoconceito Código do
diagnóstico 00124

Des esperança

Aprovado em 1986 • Revisado em 2017

Definição

Estado subjetivo no qual um indivíduo vê alternativas limitadas ou não vê alternativas ou escolhas pessoais disponíveis e é incapaz de mobilizar energias em benefício próprio.

Características definidoras

- Alteração no padrão de sono
- Appetite
- reduzido
- Contato visual insuficiente
- Dá as costas a quem está falando
- Diminuição no afeto
- Encolhe os ombros em resposta a quem está falando
- Envolvimento inadequado no cuidado
- Indicadores verbais de desânimo
- Iniciativa diminuída
- Passividade
- Resposta diminuída a estímulos
- Verbalização diminuída

Fatores relacionados

- Estresse crônico
- Isolamento social
- Perda da crença em um poder espiritual
- Perda da fé em valores transcendentais
- Restrição prolongada de atividade

População em risco

- História de abandono

Condição associada

- Deterioração da condição fisiológica

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 1 • Autoconceito Código do

diagnóstico 00185

Disposição para **esperança** melhorada

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de expectativas e desejos para mobilizar energias em benefício próprio que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a coerência entre expectativas e metas Expressa desejo
- de aumentar a crença nas possibilidades Expressa desejo de aumentar a esperança
-
- Expressa desejo de aumentar a percepção de sentido da vida Expressa desejo de melhorar a
- capacidade de estabelecer metas alcançáveis Expressa desejo de melhorar a conexão com os
- outros Expressa desejo de melhorar a espiritualidade
-
- Expressa desejo de melhorar a resolução de problemas para alcançar as metas

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 1 • Autoconceito Código do

diagnóstico 00121

Distúrbio na identidade pessoal

Aprovado em 1978 • Revisado em 2008, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Incapacidade de manter uma percepção integrada e completa de si mesmo.

Características definidoras

- Alteração da imagem corporal Comportamento inconsistente
- Confusão de gênero Confusão em relação a metas Confusão em relação a valores culturais Confusão em relação a valores ideológicos Descrição de si mesmo por meio de ideias delirantes
- Desempenho de papel ineficaz Estratégias de enfrentamento ineficazes
-
-
-
- Incapacidade de distinguir estímulos internos de externos
- Relacionamentos ineficazes Sensação de estranhamento Sensação de vazio
-
- Sentimentos oscilantes acerca de si mesmo

Fatores relacionados

- Alteração no papel social Baixa autoestima Discriminação
-
- Doutrinação de um determinado culto Estados maníacos Estágios de crescimento
- Incongruência cultural
-

- Preconceito percebido
- Processos familiares disfuncionais

Populações em risco

- Crise situacional
- Exposição a substância química tóxica Transição
- de desenvolvimento

Condições associadas

- Agente farmacêutico Distúrbio cerebral
- orgânico Transtorno de identidade dissociativa
- Transtorno psiquiátrico
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 1 • Autoconceito Código do
diagnóstico 00225

Risco de distúrbio na **identidade pessoal**

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à incapacidade de manter uma percepção integrada e completa de si mesmo que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Alteração no papel social Baixa
- autoestima Discriminação
-
- Doutrinação de um determinado culto Estados
- maníacos Estágios de crescimento
- Incongruência cultural Preconceito percebido
-
-
- Processos familiares disfuncionais

Populações em risco

- Crise situacional
- Exposição a substância química tóxica Transição
- de desenvolvimento

Condições associadas

- Agente farmacêutico Distúrbio cerebral
- orgânico Transtorno de identidade dissociativa
- Transtorno psiquiátrico
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 2 • Autoestima Código do

diagnóstico 00119

Baixa autoestima crônica

Aprovado em 1988 • Revisado em 1996, 2008, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Avaliação e/ou sentimentos negativos sobre as próprias capacidades, com duração de pelo menos 3 meses.

Características definidoras

- Busca excessiva por reafirmação
- Comportamento indeciso Comportamento
- não assertivo Contato visual insuficiente
- Culpa
-
- Dependente das opiniões dos outros Exagera no *feedback* negativo
- sobre si mesmo Excessivamente conformado
-
- Falta de sucesso frequente nos eventos da vida Hesita em
- tentar novas experiências Passividade Rejeita *feedback* positivo
-
-
- Subestima a capacidade de lidar com a situação Vergonha
-

Fatores relacionados

- Afeto recebido inadequado Enfrentamento
- ineficaz da perda Incongruência cultural
- Incongruência espiritual Participação
- inadequada em grupos Pertencimento
- inadequado
-
- Recebe aprovação insuficiente dos outros

- Respeito inadequado dos outros

Populações em risco

- Exposição a situações traumáticas Padrão
- de fracassos Reforço negativo repetido
-

Condição associada

- Transtorno psiquiátrico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 2 • Autoestima Código do

diagnóstico 00224

Risco de baixa **autoestima** crônica

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a avaliação e/ou sentimentos negativos e prolongados sobre as próprias capacidades que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Afeto recebido inadequado Enfrentamento
- ineficaz da perda Incongruência cultural
- Incongruência espiritual Participação
- inadequada em grupos Pertencimento
- inadequado
-
- Recebe aprovação insuficiente dos outros Respeito
- inadequado dos outros

Populações em risco

- Exposição a situações traumáticas Padrão
- de fracassos Reforço negativo repetido
-

Condição associada

- Transtorno psiquiátrico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 2 • Autoestima Código do

diagnóstico 00120

Baixa autoestima situacional

Aprovado em 1988 • Revisado em 1996, 2000, 2017

Definição

Desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual.

Características definidoras

- Ausência de propósito Comportamento
- indeciso Comportamento não assertivo
- Desafio situacional ao próprio valor
- Desamparo
-
- Subestima a capacidade de lidar com a situação
- Verbalizações autonegativas

Fatores relacionados

- Alteração da imagem corporal
- Alteração no papel social
- Autoexpectativas não realistas
- Comportamento inconsistente em relação aos valores Diminuição
- do controle sobre o ambiente Padrão de desamparo
- Reconhecimento inadequado
-

Populações em risco

- História de abandono História
- de abuso História de
- negligência História de perda
- História de rejeição Padrão de
- fracassos
-

- Transição de desenvolvimento

Condições associadas

- Doença física Prejuízo
- funcional

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 2 • Autoestima Código do

diagnóstico 00153

Risco de baixa **autoestima** situacional

Aprovado em 2000 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade ao desenvolvimento de uma percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Alteração da imagem corporal
- Alteração no papel social
- Autoexpectativas não realistas
- Comportamento inconsistente em relação aos valores Diminuição
- do controle sobre o ambiente Padrão de desamparo
- Reconhecimento inadequado
-

Populações em risco

- História de abandono História
- de abuso História de
- negligência História de perda
- História de rejeição Padrão de
- fracassos
-
- Transição de desenvolvimento

Condições associadas

- Doença física Prejuízo
- funcional

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 3 • Imagem corporal Código do
diagnóstico 00118

Distúrbio na imagem corporal

Aprovado em 1973 • Revisado em 1998, 2017

Definição

Confusão na imagem mental do eu físico.

Características definidoras

- Alteração na estrutura corporal Alteração na
- função corporal Alteração na visão do próprio
- corpo Ausência de parte do corpo
-
- Comportamento de monitoração do próprio corpo Comportamento de reconhecimento do
- próprio corpo Despersonalização de parte do corpo pelo uso de pronomes impessoais
- Despersonalização de uma perda por meio de pronomes impessoais Ênfase nos pontos
- positivos remanescentes Esconder parte do corpo Evita olhar o próprio corpo Evita tocar o
- próprio corpo Extensão dos limites do corpo Foco em função do passado Foco em ponto
- positivo do passado Foco na aparência anterior Medo da reação dos outros
-
-
-
-
-
-
-
-
- Mudança na capacidade de avaliar a relação espacial do corpo com o ambiente Mudança no
- envolvimento social Mudança no estilo de vida
-
- Percepções que refletem uma visão alterada da aparência do corpo Personalização
- de uma parte do corpo por meio de um nome Personalização de uma perda por meio
- de um nome Preocupação com mudança
-

- Preocupação com perda Realização aumentada Recusa em
- reconhecer alterações Resposta não verbal a alteração no corpo
- Resposta não verbal a alteração no corpo percebida Sentimento
- negativo em relação ao corpo Superexposição de parte do corpo
-
-
-
- Trauma em relação a não funcionamento de parte do corpo

Fatores relacionados

- Alteração na autopercepção
- Incongruência cultural
- Incongruência espiritual

População em risco

- Transição de desenvolvimento

Condições associadas

- Alteração da função cognitiva
- Alteração na função corporal Doença
-
- Funcionamento psicossocial prejudicado Lesão
-
- Procedimento cirúrgico
- Regime de tratamento
- Trauma

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 1 • Papéis do cuidador Código do

diagnóstico 00056

Paternidade ou maternidade prejudicada

Aprovado em 1978 • Revisado em 1998, 2017

Definição

Incapacidade do cuidador principal de criar, manter ou recuperar um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança.

Características definidoras

No lactente ou na criança

- Acidentes frequentes
- Ansiedade da separação diminuída Atraso no
- desenvolvimento cognitivo Comportamento de
- vínculo insuficiente Doença frequente Falha em
- desenvolver-se Fraco desempenho acadêmico
- Fuga de casa
-
-
- Função social prejudicada Transtorno
- de comportamento

Nos pais

- Abandono da criança
- Arranjos impróprios para o cuidado dos filhos Controle
- inconsistente do comportamento Cuidado inconsistente
-
- Declarações negativas a respeito da criança
- Estimulação inapropriada
- Falha em oferecer um ambiente domiciliar seguro Frustração
- com o filho
- Habilidades impróprias para o cuidado

- Hostilidade
- Inadequação ao papel percebida
- Incapacidade percebida de satisfazer às necessidades da criança Inflexibilidade
- em satisfazer às necessidades da criança Interação mãe/pai-filho deficiente
- Manutenção inadequada da saúde da criança Negligência com as necessidades
- da criança Punitivo
-
-
- Redução na capacidade de controlar a criança Redução
- no carinho Rejeição do filho
-

Fatores relacionados

No lactente ou na criança

- Separação prolongada dos pais
- Temperamento conflitante com as expectativas dos pais

Nos pais

- Acesso insuficiente a recursos
- Alteração no padrão de sono Apoio
- social insuficiente
- Arranjos insuficientes para o cuidado dos filhos Baixa
- autoestima
- Coesão familiar insuficiente
- Conflito entre parceiros
- Conhecimento insuficiente sobre a manutenção da saúde da criança Conhecimento
- insuficiente sobre o desenvolvimento da criança Conhecimento insuficiente sobre
- habilidades paternas/maternas Cuidado pré-natal insuficiente Cuidado pré-natal tardio
- Depressão
-
-
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Estressores

- Exemplo paterno/materno insuficiente
- Expectativas não realistas
- Falha em oferecer um ambiente domiciliar seguro Habilidades de comunicação ineficazes
- Habilidades insuficientes para a solução de problemas Incapacidade de colocar as
- necessidades da criança à frente das próprias Isolamento social
-
-
- Mãe da criança não envolvida Padrão de
- sono não restaurador Pai da criança não
- envolvido Preferência por punições
- físicas Privação do sono
-
- Reação insuficiente aos sinais emitidos pelo lactente Recursos
- insuficientes Tensão do papel Transporte insuficiente
-
-
- Valorização insuficiente da paternidade/maternidade

Populações em risco

No lactente ou na criança

- Atraso no desenvolvimento História
- de abuso História de trauma
- Prematuridade
-
- Sexo diferente do desejado pelos pais
- Temperamento difícil

Nos pais

- Baixo nível educacional
- Desemprego
- Desfavorecido economicamente
- Dificuldades legais Dificuldades no
- trabalho

- Disposição cognitiva insuficiente para a paternidade/maternidade Gestações com
- intervalos pequenos Grande número de gestações Gravidez não desejada Gravidez
- não planejada História de abuso
-
-
-
- História de abuso de substâncias História
- de doença mental História de ser abusivo
- Mudança de endereço Mudança na
- unidade familiar Nascimentos múltiplos
-
-
- Pai ou mãe que cria o filho sozinho(a) Pais
- muito jovens
- Processo de nascimento difícil

Condições associadas

No lactente ou na criança

- Alteração nas habilidades perceptivas Condição
- incapacitante Doença crônica
-
- Transtorno de comportamento

Nos pais

- Alteração na função cognitiva
- Condição incapacitante Doença física
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 1 • Papéis do cuidador Código do

diagnóstico 00057

Risco de paternidade ou maternidade prejudicada

Aprovado em 1978 • Revisado em 1998, 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a dificuldades do cuidador principal de criar, manter ou recuperar um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança, que podem comprometer seu bem-estar.

Fatores de risco

No lactente ou na criança

- Separação prolongada dos pais
- Temperamento conflitante com as expectativas dos pais

Nos pais

- Acesso insuficiente a recursos
- Alteração no padrão de sono Apoio
- social insuficiente
- Arranjos insuficientes para o cuidado dos filhos Baixa
- autoestima
- Coesão familiar insuficiente
- Conflito entre parceiros
- Conhecimento insuficiente sobre a manutenção da saúde da criança Conhecimento
- insuficiente sobre o desenvolvimento da criança Conhecimento insuficiente sobre
- habilidades paternas/maternas Cuidado pré-natal insuficiente Cuidado pré-natal tardio
- Depressão
-
-
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Estressores
- Exemplo paterno/materno insuficiente
- Expectativas não realistas

- Falha em oferecer um ambiente domiciliar seguro Habilidades de comunicação ineficazes
- Habilidades insuficientes para a solução de problemas Incapacidade de colocar as
- necessidades da criança à frente das próprias Isolamento social
-
-
- Mãe da criança não envolvida Padrão de
- sono não restaurador Pai da criança não
- envolvido Preferência por punições
- físicas Privação do sono
-
- Reação insuficiente aos sinais emitidos pelo lactente Recursos
- insuficientes Tensão do papel Transporte insuficiente
-
-
- Valorização insuficiente da paternidade/maternidade

Populações em risco

No lactente ou na criança

- Atraso no desenvolvimento História
- de abuso História de trauma
- Prematuridade
-
- Sexo diferente do desejado pelos pais
- Temperamento difícil

Nos pais

- Baixo nível educacional
- Desemprego
- Desfavorecido economicamente
- Dificuldades legais Dificuldades no
- trabalho
- Disposição cognitiva insuficiente para a paternidade/maternidade Gestações com
- intervalos pequenos

- Grande número de gestações
- Gravidez não desejada Gravidez não planejada
- História de abuso
-
- História de abuso de substâncias História de doença mental História de ser abusivo
- Mudança de endereço Mudança na unidade familiar
- Nascimentos múltiplos
-
-
- Pai ou mãe que cria o filho sozinho(a) Pais muito jovens
- Processo de nascimento difícil

Condições associadas

No lactente ou na criança

- Alteração nas habilidades perceptivas Condição incapacitante
- Doença crônica
-
- Transtorno de comportamento

Nos pais

- Alteração na função cognitiva
- Condição incapacitante Doença física
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 1 • Papéis do cuidador Código do

diagnóstico 00164

Disposição para paternidade ou maternidade melhorada

Aprovado em 2002 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de provimento de ambiente que favorece o crescimento e o desenvolvimento das crianças e que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Filhos expressam desejo de melhorar o ambiente do lar
- Pai/mãe expressa desejo de aumentar o apoio emocional a outra pessoa dependente Pai/mãe expressa
- desejo de aumentar o apoio emocional aos filhos Pai/mãe expressa desejo de melhorar a
- paternidade/maternidade

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 1 • Papéis do cuidador Código do

diagnóstico 00061

Tensão do papel de cuidador

Aprovado em 1992 • Revisado em 1998, 2000, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Dificuldade para atender a responsabilidades, expectativas e/ou comportamentos de cuidados relacionados à família ou a pessoas significativas.

Características definidoras

Atividades de cuidado

- Apreensão quanto à capacidade futura para fornecer cuidados Apreensão quanto à possível
- institucionalização do receptor de cuidados Apreensão quanto à saúde futura do receptor de
- cuidados
- Apreensão quanto ao bem-estar do receptor de cuidados caso seja incapaz de oferecê-los Dificuldade para
- concluir as tarefas necessárias Dificuldade para realizar as atividades necessárias Mudanças disfuncionais nas
- atividades de cuidado Preocupação com a rotina de cuidados
-
-

Estado de saúde do cuidador: fisiológicas

- Cefaleia
- Desconforto gastrointestinal
- Exantema Fadiga Hipertensão
- Mudança no peso
-
-

Estado de saúde do cuidador: emocionais

- Alteração no padrão de sono
- Depressão
- Estratégias de enfrentamento ineficazes

- Estressores
- Falta de tempo para atender às necessidades pessoais Frustração
- Impaciência Indecisão emocional Nervosismo Raiva
-
-
-
-
- Somatização

Estado de saúde do cuidador: socioeconômicas

- Baixa produtividade no trabalho
- Isolamento social
- Mudança nas atividades de lazer Recusas
- de promoções na carreira

Relação cuidador-receptor de cuidados

- Dificuldade em ver o receptor de cuidados com a doença Incerteza quanto a alterações no
- relacionamento com o receptor de cuidados Pesar quanto a alterações no relacionamento com o
- receptor de cuidados

Processos familiares

- Conflito familiar
- Preocupações com relação a membro(s) da família

Fatores relacionados

No receptor de cuidados

- Abuso de substâncias
- Alta recebida com necessidades importantes Aumento
- da necessidade de cuidados Comportamento
- problemático Condição de saúde instável Dependência
-
-
- Imprevisibilidade do curso da doença

No cuidador

- Abuso de substâncias
- Autoexpectativas não realistas
- Condições físicas
- Conhecimento insuficiente sobre recursos da comunidade Cuidador não desenvolvido o suficiente para esse papel Energia insuficiente
-
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Estressores
- Incapacidade de preencher as expectativas de outros Incapacidade de preencher as próprias expectativas Inexperiência em executar cuidados Isolamento
-
- Privacidade insuficiente
- Recreação insuficiente
- Resiliência emocional insuficiente
- Responsabilidades relacionadas ao papel que competem entre si

Relação cuidador-receptor de cuidados

- Codependência
- Expectativas não realistas do receptor de cuidados Padrão de relacionamentos ineficazes Presença de abuso Relacionamento abusivo Relacionamento violento
-
-

Atividades de cuidado

- Ambiente físico inadequado para o oferecimento de cuidado Assistência insuficiente
- Complexidade das atividades de cuidado
- Equipamentos insuficientes para oferecimento de cuidados Excesso de atividades de cuidado Imprevisibilidade da situação de cuidado
-

- Insuficiência de descanso do cuidador Mudança na natureza
- das atividades de cuidado Necessidade de cuidados por
- longo prazo Responsabilidades de cuidado 24 horas por dia
- Tempo insuficiente
-

Processos familiares

- Adaptação ineficaz da família
- Isolamento da família
- Padrão de disfunção familiar anterior à situação de prestação de cuidados Padrão de
- disfunção familiar
- Padrão de enfrentamento familiar ineficaz

Socioeconômicos

- Alienação
- Apoio social insuficiente Dificuldade de acesso a apoio
- Dificuldade de acesso à assistência Dificuldade de acesso a
- recursos da comunidade Isolamento social
-
-
- Recursos comunitários insuficientes
- Transporte insuficiente

Populações em risco

- Atraso no desenvolvimento do cuidador Atraso no
- desenvolvimento do receptor de cuidados Condição do receptor
- de cuidados inibe o diálogo Crise financeira Cuidador é o parceiro
- Cuidador feminino Exposição à violência Prematuridade
-
-
-
-

Condições associadas

No receptor de cuidados

- Alteração na função cognitiva
- Distúrbio congénito Doença crónica
- Gravidade da doença Transtorno
- psicológico Transtorno psiquiátrico
-
-

No cuidador

- Alteração na função cognitiva Prejuízo
- à saúde Transtorno psicológico
-

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 1 • Papéis do cuidador Código do

diagnóstico 00062

Risco de **tensão** do papel de cuidador

Aprovado em 1992 • Revisado em 2010, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a dificuldade para atender a responsabilidades, expectativas e/ou comportamentos de cuidados relacionados à família ou a pessoas significativas que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

No receptor de cuidados

- Abuso de substâncias
- Alta recebida com necessidades importantes Aumento
- da necessidade de cuidados Comportamento
- problemático Condição de saúde instável Dependência
-
-
- Imprevisibilidade do curso da doença

No cuidador

- Abuso de substâncias
- Autoexpectativas não realistas
- Condições físicas
- Conhecimento insuficiente sobre recursos da comunidade Cuidador não
- desenvolvido o suficiente para esse papel Energia insuficiente
-
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Estressores
- Incapacidade de preencher as expectativas de outros Incapacidade
- de preencher as próprias expectativas Inexperiência em executar
- cuidados Isolamento
-

- Privacidade insuficiente
- Recreação insuficiente
- Resiliência emocional insuficiente
- Responsabilidades relacionadas ao papel que competem entre si

Relação cuidador-receptor de cuidados

- Codependência
- Expectativas não realistas do receptor de cuidados Padrão de relacionamentos ineficazes Presença de abuso Relacionamento abusivo Relacionamento violento
-
-

Atividades de cuidado

- Ambiente físico inadequado para o oferecimento de cuidado Assistência insuficiente Atividades excessivas de cuidados Complexidade das atividades de cuidado
-
- Equipamentos insuficientes para oferecimento de cuidados
- Imprevisibilidade da situação de cuidado Insuficiência de descanso do cuidador Mudança na natureza das atividades de cuidado Necessidade de cuidados por longo prazo Responsabilidades de cuidado 24 horas por dia
- Tempo insuficiente
-
-

Processos familiares

- Adaptação ineficaz da família
- Isolamento da família
- Padrão de disfunção familiar anterior à situação de prestação de cuidados Padrão de disfunção familiar
- Padrão de enfrentamento familiar ineficaz

Socioeconômicos

- Alienação
- Apoio social insuficiente Dificuldade de acesso a apoio
- Dificuldade de acesso à assistência Dificuldade de acesso a
- recursos da comunidade Isolamento social
-
-
- Recursos comunitários insuficientes
- Transporte insuficiente

Populações em risco

- Atraso no desenvolvimento do cuidador Atraso no
- desenvolvimento do receptor de cuidados Condição do receptor
- de cuidados inibe o diálogo Crise financeira Cuidador é o parceiro
- Cuidador feminino Exposição à violência Prematuridade
-
-
-
-

Condições associadas

No receptor de cuidados

- Alteração na função cognitiva
- Distúrbio congênito Doença crônica
- Gravidade da doença Transtorno
- psicológico Transtorno psiquiátrico
-
-

No cuidador

- Alteração na função cognitiva Prejuízo
- à saúde Transtorno psicológico
-

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 2 • Relações familiares Código do

diagnóstico 00063

Processos familiares disfuncionais

Aprovado em 1994 • Revisado em 2008, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Funcionamento familiar que falha em sustentar o bem-estar de seus membros.

Características definidoras

Comportamentais

- Abuso de substâncias Abuso
- verbal de pai/mãe Abuso verbal
- de parceiro Abuso verbal dos
- filhos Adição à nicotina Agitação
-
-
- Alteração na concentração
- Autojulgamento rígido Busca de
- afirmação Busca de aprovação
- Caos
-
- Comportamento não confiável
- Conflitos subsequentes
- Conhecimento insuficiente sobre abuso de substâncias Criticar
- Culpar
-
- Culpar a si mesmo
- Dependência
- Dificuldade com relacionamento íntimo Dificuldade
- com transição de ciclo de vida Dificuldade para
- divertir-se Doença física relacionada a estresse
-

- Evitação de conflitos
- Expressão inapropriada de raiva
- Falha em realizar as tarefas de desenvolvimento Habilidades de
- comunicação ineficazes Habilidades insuficientes para a solução de
- problemas Imaturidade
-
- Incapacidade de aceitar ajuda
- Incapacidade de aceitar uma ampla gama de sentimentos Incapacidade
- de adaptar-se a mudanças
- Incapacidade de atender às necessidades de proteção de seus membros Incapacidade de
- atender às necessidades emocionais de seus membros Incapacidade de atender às
- necessidades espirituais de seus membros Incapacidade de expressar uma ampla gama de
- sentimentos Incapacidade de lidar com experiências traumáticas de forma construtiva
- Incapacidade de receber ajuda de maneira adequada Isolamento social Lutas por poder
- Manipulação Mentir
-
-
-
-
-
- Negação de problemas
- Ocasões especiais centradas no uso de substâncias
- Orientações favorecem mais o alívio de tensão que o alcance de metas Padrão
- contraditório de comunicação Padrão de controle da comunicação Padrão paradoxal de
- comunicação Padrão que possibilita o uso de substâncias Perturbação no desempenho
- acadêmico dos filhos Pesar complicado Promessas não cumpridas Racionalização Recusa
- em buscar ajuda Redução do contato físico
-
-
-
-
-
-

Emocionais

- Abandono
- Ansiedade
- Assumir responsabilidade por comportamento de quem abusa de substâncias Baixa autoestima
- Confusão
-
- Confusão entre amor e pena
- Constrangimento
- Controle das emoções pelos outros Culpa
- Depressão Desconfiança Desesperança
- Desvalorização Emoções reprimidas Fracasso
- Frustração Hostilidade Infelicidade
- Insatisfação Insegurança
-
-
-
-
-
-
-
-
- Isolamento emocional Mau
- humor Medo Perda
-
-
- Perda de identidade
- Raiva Rejeição
-
- Ressentimento persistente
- Sentimento de impotência Sentir que
- não é amado Sentir-se diferente dos
- outros Sentir-se ferido
-
- Sentir-se incompreendido
- Sofrimento

- Solidão Tensão
- Vergonha
- Vulnerabilidade
-

Papéis e relacionamentos

- Apoio paterno/materno insuficiente percebido
- Capacidade reduzida dos membros da família de se relacionarem entre si visando ao crescimento e ao amadurecimento mútuos Coesão insuficiente
-
- Comunicação ineficaz com o parceiro Conflito
- entre parceiros
- Deterioração nos relacionamentos familiares Dinâmica
- familiar perturbada
- Habilidades de relacionamento insuficientes Interrupção
- de rituais familiares Mudança em função de papel
- Negação da família
-
- Negligência de obrigações com membro da família Padrão de
- rejeição
- Paternidade/maternidade inconsistente
- Problemas familiares crônicos
- Respeito insuficiente da família pela autonomia de seus membros Respeito insuficiente
- da família pela individualidade de seus membros Rompimento de papéis na família
- Sistema de comunicação fechado Triangulação de relacionamentos familiares
-
-

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Estratégias de enfrentamento ineficazes Habilidades insuficientes
- para a solução de problemas Personalidade adicta
-

Populações em risco

- Desfavorecido economicamente História familiar de abuso
- de substâncias História familiar de resistência ao
- tratamento Predisposição genética a abuso de substâncias
-

Condições associadas

- Disfunção da intimidade
- Fatores biológicos
- Procedimento cirúrgico

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 2 • Relações familiares Código do
diagnóstico 00060

Processos familiares interrompidos

Aprovado em 1982 • Revisado em 1998, 2017

Definição

Ruptura na continuidade do funcionamento familiar que falha em sustentar o bem-estar de seus membros.

Características definidoras

- Diminuição da disponibilidade de apoio emocional Diminuição
- do apoio mútuo Mudança em aliança de poder Mudança em
- ritual
-
- Mudança na disponibilidade para resposta afetiva Mudança na
- intimidade
- Mudança na participação para a solução de problemas Mudança na
- resolução de conflito familiar Mudança na satisfação com a família
- Mudança na somatização Mudança nas tarefas designadas
-
-
- Mudança no comportamento de redução do estresse Mudança no
- padrão de comunicação Mudanças na participação na tomada de
- decisões
- Mudanças nas expressões de conflito com os recursos da comunidade Mudanças nas
- expressões de isolamento dos recursos da comunidade Mudanças nos padrões de
- relacionamento Realização de tarefas ineficaz
-

Fatores relacionados

- Mudanças na interação com a comunidade Troca de
- papéis na família
- Trocas de poder entre membros da família

Populações em risco

- Crise de desenvolvimento Crise
- situacional
- Mudança na condição social da família Mudança
- nas finanças da família Transição de
- desenvolvimento Transição situacional
-

Condição associada

- Mudança do estado de saúde de um membro da família

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 2 • Relações familiares Código do
diagnóstico 00159

Disposição para **processos familiares** melhorados

Aprovado em 2002 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de funcionamento familiar para sustentar o bem-estar de seus membros que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a interdependência com a comunidade Expressa desejo de aumentar a
- manutenção dos limites entre os membros da família Expressa desejo de aumentar a resiliência familiar
- Expressa desejo de aumentar a segurança dos membros da família
-
- Expressa desejo de aumentar o nível de energia da família para apoiar as atividades da vida diária Expressa desejo de
- aumentar o respeito pelos membros da família Expressa desejo de melhorar a adaptação da família a mudanças Expressa
- desejo de melhorar a dinâmica familiar
-
- Expressa desejo de melhorar o crescimento dos membros da família Expressa desejo
- de melhorar o equilíbrio entre autonomia e coesão Expressa desejo de melhorar o
- padrão de comunicação

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 2 • Relações familiares Código do

diagnóstico 00058

Risco de vínculo prejudicado

Aprovado em 1994 • Revisado em 2008, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à ruptura do processo interativo, entre pais ou pessoa significativa e a criança, que promove o desenvolvimento de uma relação recíproca de proteção e cuidado.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias
- Ansiedade Barreira física
-
- Comportamento desorganizado do lactente
- Conflito do(a) pai/mãe devido a comportamento desorganizado do lactente Doença da criança
- impede o início do contato com pai/mãe Incapacidade dos pais de satisfazer às necessidades
- pessoais Privacidade insuficiente Separação pais/filho
-
-

População em risco

- Lactente prematuro

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 3 • Desempenho de papéis Código do
diagnóstico 00064

Conflito no papel de pai/mãe

Aprovado em 1988 • Revisado em 2017

Definição

Pai/mãe experimenta confusão e conflito no desempenho de seu papel em resposta a uma crise.

Características definidoras

- Ansiedade
- Culpa
- Frustração
- Inadequação percebida para atender às necessidades do filho Medo
-
- Perda de controle percebida de decisões relacionadas ao filho Preocupação
- com a família
- Preocupação em relação a mudanças no papel paterno/materno Relutância em
- participar de atividades usuais de cuidador Ruptura nas rotinas do cuidador
-

Fatores relacionados

- Interrupções na vida familiar em razão do regime de cuidados domiciliares Intimidado por
- modalidades invasivas Intimidado por modalidades restritivas Separação pais/filho
-
-

Populações em risco

- Cuidado domiciliar de uma criança com necessidades especiais Mudança na
- situação conjugal Viver em local não tradicional
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 3 • Desempenho de papéis Código do
diagnóstico 00055

Desempenho de papel ineficaz

Aprovado em 1978 • Revisado em 1996, 1998, 2017

Definição

Padrão de comportamento e autoexpressão que não combina com o contexto, as normas e as expectativas do ambiente.

Características definidoras

- Adaptação ineficaz a mudanças Alteração
- na percepção do papel Ambivalência de
- papel Ansiedade
-
- Apoio externo insuficiente para o desempenho do papel Assédio
-
- Autocontrole insuficiente
- Confiança insuficiente Conflito
- de papéis Conflito de sistema
- Confusão de papéis
-
- Conhecimento insuficiente sobre as exigências do papel Depressão
-
- Desempenho de papel ineficaz
- Discriminação
- Estratégias de enfrentamento ineficazes Expectativas de
- desenvolvimento inapropriadas Habilidades insuficientes
- Incerteza
-
- Insatisfação com o papel
- Motivação insuficiente
- Mudança na autopercepção do papel Mudança na
- capacidade de retomar o papel

- Mudança na percepção de outros sobre o papel Mudança no
- padrão habitual de responsabilidade Negação do papel
-
- Oportunidades insuficientes para desempenho do papel Pessimismo
-
- Sentimento de impotência
- Tensão do papel Violência
- doméstica

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias Alteração da
- imagem corporal Baixa autoestima
- Conflito Depressão Dor
-
-
-
- Estressores
- Expectativas não realistas a respeito do papel Fadiga
-
- Modelo inadequado
- Preparo insuficiente para o papel Recompensas
- insuficientes Recursos insuficientes Sistema de apoio
- insuficiente Socialização insuficiente para o papel
- Vínculo inadequado com o sistema de saúde Violência
- doméstica
-
-

Populações em risco

- Altas exigências do horário de trabalho Baixo
- nível educacional Desfavorecido
- economicamente Idade jovem
-
- Nível de desenvolvimento inapropriado para a expectativa do papel

Condições associadas

- Defeito neurológico
- Doença física Psicose
-
- Transtorno da personalidade

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 3 • Desempenho de papéis Código do
diagnóstico 00052

Interação social prejudicada

Aprovado em 1986 • Revisado em 2017

Definição

Quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social.

Características definidoras

- Desconforto em situações sociais Família relata
- mudança na interação Função social prejudicada
- Insatisfação com envolvimento social Interação
- disfuncional com outras pessoas
-

Fatores relacionados

- Barreira ambiental Barreira de
- comunicação
- Conhecimento insuficiente sobre como fortalecer a reciprocidade Dissonância
- sociocultural Distúrbio no autoconceito
-
- Habilidades insuficientes para fortalecimento da reciprocidade Mobilidade
- prejudicada
- Processos de pensamento perturbados

População em risco

- Ausência de pessoa significativa

Condição associada

- Isolamento terapêutico

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 3 • Desempenho de papéis Código do
diagnóstico 00223

Relacionamento ineficaz

Aprovado em 2010 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de parceria mútua que é insuficiente para o atendimento das necessidades recíprocas.

Características definidoras

- Apoio mútuo insuficiente nas atividades cotidianas entre os parceiros
- Atraso no atendimento às metas de desenvolvimento apropriadas ao estágio do ciclo de vida familiar
- Compreensão inadequada do funcionamento comprometido do parceiro Comunicação
- insatisfatória entre os parceiros Equilíbrio insuficiente na autonomia entre os parceiros Equilíbrio
- insuficiente na colaboração entre os parceiros Insatisfação com a relação complementar entre
- os parceiros Insatisfação no atendimento das necessidades emocionais entre os parceiros
- Insatisfação no atendimento das necessidades físicas entre os parceiros Insatisfação no
- compartilhamento de ideias entre os parceiros Insatisfação no compartilhamento de informações
- entre os parceiros Parceiro não identificado como pessoa de apoio Respeito mútuo insuficiente
- entre os parceiros
-
-
-

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Estressores
- Expectativas não realistas
- Habilidades de comunicação ineficazes

Populações em risco

- Crise de desenvolvimento
- Encarceramento de um parceiro

- História de violência doméstica

Condição associada

- Alteração na função cognitiva de um parceiro

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 3 • Desempenho de papéis Código do
diagnóstico 00229

Risco de relacionamento ineficaz

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade ao desenvolvimento de um padrão insuficiente para oferecimento de parceria mútua para o atendimento das necessidades recíprocas.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias
- Estressores
- Expectativas não realistas
- Habilidades de comunicação ineficazes

Populações em risco

- Crise de desenvolvimento
- Encarceramento de um parceiro História
- de violência doméstica

Condição associada

- Alteração na função cognitiva de um parceiro

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 3 • Desempenho de papéis Código do
diagnóstico 00207

Disposição para relacionamento melhorado

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de parceria mútua para atender às necessidades recíprocas que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a autonomia entre os parceiros Expressa desejo de aumentar a colaboração entre os parceiros
- Expressa desejo de aumentar a compreensão da deficiência funcional do parceiro Expressa desejo de aumentar a satisfação
- com a relação complementar entre os parceiros Expressa desejo de aumentar a satisfação com o atendimento às
- necessidades emocionais de cada parceiro
-
- Expressa desejo de aumentar a satisfação com o atendimento às necessidades físicas de cada um dos parceiros
- Expressa desejo de aumentar a satisfação com o compartilhamento de ideias entre os parceiros Expressa desejo de
- aumentar a satisfação com o compartilhamento de informações entre os parceiros
- Expressa desejo de aumentar o respeito mútuo entre os parceiros Expressa desejo
- de melhorar a comunicação entre os parceiros
- Expressa desejo de melhorar o atendimento às necessidades emocionais de cada parceiro

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 8 • Sexualidade

Classe 1 • Identidade sexual

Esta classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

Domínio 8 • Sexualidade

Classe 2 • Função sexual Código do
diagnóstico 00059

Dis função sexual

Aprovado em 1980 • Revisado em 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Estado em que um indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recompensadora ou inadequada.

Características definidoras

- Alteração na atividade sexual
- Alteração na excitação sexual
- Alteração na satisfação sexual
- Busca de confirmação da qualidade de ser desejável Limitação
- sexual percebida Mudança indesejada na função sexual Mudança
- no interesse por outras pessoas Mudança no interesse por si
- mesmo Mudança no papel sexual Redução do desejo sexual
-
-
-

Fatores relacionados

- Abuso psicossocial Ausência
- de privacidade Conflito de
- valores
- Conhecimento insuficiente sobre a função sexual Informações
- incorretas sobre a função sexual Modelo inadequado Presença
- de abuso Vulnerabilidade
-
-

População em risco

- Ausência de pessoa significativa

Condições associadas

- Alteração na estrutura corporal
- Alteração na função corporal

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 8 • Sexualidade

Classe 2 • Função sexual Código do
diagnóstico 00065

Padrão de sexualidade ineficaz

Aprovado em 1986 • Revisado em 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Expressões de preocupação quanto à própria sexualidade.

Características definidoras

- Alteração na atividade sexual Alteração no
- comportamento sexual
- Alteração no relacionamento com pessoa significativa Conflito de
- valores
- Dificuldade com atividade sexual Dificuldade com
- comportamento sexual Mudança no papel sexual
-

Fatores relacionados

- Ausência de privacidade Conflito sobre
- orientação sexual Conflito sobre variação de
- preferência
- Conhecimento insuficiente sobre alternativas relacionadas à sexualidade Déficit de
- habilidades sobre alternativas relacionadas à sexualidade Medo de gravidez
-
- Medo de infecção sexualmente transmissível Modelo
- inadequado
- Relacionamento prejudicado com uma pessoa significativa

População em risco

- Ausência de pessoa significativa

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 8 • Sexualidade

Classe 3 • Reprodução Código do

diagnóstico 00209

Risco de binômio mãe-feto perturbado

Aprovado em 2008 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto em consequência de comorbidade ou problemas relacionados à gestação que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias Cuidado
- pré-natal inadequado Presença de
- abuso

Condições associadas

- Alteração no metabolismo da glicose
- Complicação gestacional Regime de
- tratamento
- Transferência de oxigênio ao feto comprometida

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 8 • Sexualidade

Classe 3 • Reprodução Código do

diagnóstico 00221

Processo perinatológico ineficaz

Aprovado em 2010 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Incapacidade de preparar-se para e/ou manter a gestação, o processo de nascimento e os cuidados do recém-nascido saudáveis para assegurar o bem-estar.

Características definidoras

Durante a gestação

- Acesso insuficiente a sistema de apoio
- Controle ineficaz de sintomas desagradáveis na gestação Cuidado
- pré-natal inadequado Estilo de vida pré-natal inadequado Plano de
- nascimento não realista Preparo inadequado do ambiente de casa
-
-
- Preparo inadequado dos itens necessários ao cuidado do recém-nascido Respeito
- insuficiente pelo bebê ainda não nascido

Durante o trabalho de parto e o nascimento

- Acesso insuficiente a sistema de apoio
- Comportamento de vínculo insuficiente
- Estilo de vida inadequado para o estágio do trabalho de parto Redução da
- proatividade durante o trabalho de parto e o nascimento Resposta inadequada ao
- início do trabalho de parto

Após o nascimento

- Acesso insuficiente a sistema de apoio Ambiente
- inseguro para o lactente Comportamento de
- vínculo insuficiente Cuidados inadequados com as
- mamas

- Estilo de vida pós-parto inadequado Técnicas
- inadequadas de cuidados do bebê Técnicas
- inadequadas para alimentar o bebê

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias Ambiente
- inseguro Baixa confiança
- materna
- Conhecimento insuficiente sobre o processo perinatóológico Cuidado
- pré-natal insuficiente
- Disposição cognitiva insuficiente para a paternidade/maternidade Exemplo
- paterno/materno insuficiente Nutrição materna inadequada Plano de nascimento
- não realista Sentimento de impotência materno Sistema de apoio insuficiente
- Sofrimento psicológico materno Violência doméstica
-
-
-
-
- Visitas de saúde inconsistentes no pré-natal

Populações em risco

- Gravidez não desejada
- Gravidez não planejada

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 8 • Sexualidade

Classe 3 • Reprodução Código do

diagnóstico 00227

Risco de processo perinatológico ineficaz

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma incapacidade de preparar-se para e/ou manter a gestação, o processo de nascimento e os cuidados do recém-nascido saudáveis para assegurar o bem-estar.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias Ambiente
- inseguro Baixa confiança
- materna
- Conhecimento insuficiente sobre o processo perinatológico Cuidado
- pré-natal insuficiente
- Disposição cognitiva insuficiente para a paternidade/maternidade Exemplo
- paterno/materno insuficiente Nutrição materna inadequada Plano de nascimento
- não realista Sentimento de impotência materno Sistema de apoio insuficiente
- Sofrimento psicológico materno Violência doméstica
-
-
-
-
- Visitas de saúde inconsistentes no pré-natal

Populações em risco

- Gravidez não desejada
- Gravidez não planejada

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 8 • Sexualidade

Classe 3 • Reprodução Código do

diagnóstico 00208

Disposição para processo perinatológico melhorado

Aprovado em 2008 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de preparação para e manutenção da gestação, processo de nascimento e cuidados do recém-nascido saudáveis para assegurar o bem-estar que pode ser melhorado.

Características definidoras

Durante a gestação

- Expressa desejo de aumentar o controle de sintomas desagradáveis na gestação Expressa desejo de
- aumentar o preparo para o recém-nascido Expressa desejo de aumentar os conhecimentos sobre o
- processo perinatológico Expressa desejo de melhorar o estilo de vida pré-natal
-

Durante o trabalho de parto e o nascimento

- Expressa desejo de aumentar a proatividade durante o trabalho de parto e o nascimento Expressa desejo de
- reforçar um estilo de vida adequado ao estágio do trabalho de parto

Após o nascimento

- Expressa desejo de aumentar a segurança ambiental para o bebê Expressa
- desejo de aumentar o comportamento de vínculo Expressa desejo de aumentar o
- cuidado das mamas Expressa desejo de aumentar o uso de sistemas de apoio
- Expressa desejo de melhorar as técnicas de cuidado do bebê Expressa desejo de
- melhorar as técnicas para alimentar o bebê Expressa desejo de melhorar o estilo
- de vida pós-parto
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 1 • Respostas pós-trauma Código do

diagnóstico 00114

Síndrome do estresse por mudança

Aprovado em 1992 • Revisado em 2000, 2017

Definição

Distúrbio fisiológico e/ou psicossocial decorrente de transferência de um ambiente para outro.

Características definidoras

- Alienação
- Alteração no padrão de sono
- Ansiedade (00146)
- Aumento da verbalização de necessidades Aumento
- de doenças Aumento dos sintomas físicos Baixa
- autoestima Dependência Depressão Distanciamento
- Estar só
-
-
-
-
- Falta de vontade de mudar-se
- Frustração Insegurança Medo (00148)
-
-
- Perda da autovalorização Perda
- de identidade Pessimismo
- Preocupação
-
- Preocupação quanto a mudança Raiva
- Solidão
-

Fatores relacionados

- Aconselhamento insuficiente anterior à partida Barreira
- linguística
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Imprevisibilidade da experiência Isolamento social
-
- Mudança ambiental significativa Mudança de
- um ambiente para outro Sentimento de
- impotência Sistema de apoio insuficiente
-

População em risco

- História de perda

Condições associadas

- Competência mental deficiente Estado de saúde
- comprometido Funcionamento psicossocial
- prejudicado

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 1 • Respostas pós-trauma Código do

diagnóstico 00149

Risco de síndrome do estresse por mudança

Aprovado em 2000 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a distúrbio fisiológico e/ou psicossocial decorrente de transferência de um ambiente para outro que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Aconselhamento insuficiente anterior à partida Barreira
- linguística
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Imprevisibilidade da experiência Isolamento social
-
- Mudança ambiental significativa Mudança de
- um ambiente para outro Sentimento de
- impotência Sistema de apoio insuficiente
-

População em risco

- História de perda

Condições associadas

- Competência mental deficiente Estado de saúde
- comprometido Funcionamento psicossocial
- prejudicado

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 1 • Respostas pós-trauma Código do

diagnóstico 00142

Síndrome do trauma de estupro

Aprovado em 1980 • Revisado em 1998, 2017

Definição

Resposta mal-adaptada e sustentada a uma penetração sexual forçada, violenta, contra a vontade e o consentimento da vítima.

Características definidoras

- Abuso de substâncias
- Agitação Agressão
-
- Alteração no padrão de sono
- Ansiedade (00146) Baixa autoestima
- Choque Confusão Constrangimento
- Culpa
-
-
-
- Culpar a si mesmo
- Dependência Depressão
- Desamparo
- Desorganização
-
- Disfunção sexual (00059)
- Espasmo muscular Estado
- hiperalerta Fobias Humilhação
- Medo (00148)
-
-
- Mudança no(s) relacionamento(s) Negação
-

- Oscilações no humor
- Paranoia
- Pensamentos de vingança
- Pesadelos Raiva
-
- Sentimento de impotência (00125) Tensão
- muscular
- Tomada de decisões prejudicada Trauma
- físico Vergonha
-
- Vulnerabilidade percebida

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

População em risco

- Estupro

Condições associadas

- História de tentativa de suicídio Transtorno de
- identidade dissociativa

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 1 • Respostas pós-trauma Código do

diagnóstico 00141

Síndrome pós-trauma

Aprovado em 1986 • Revisado em 1998, 2010, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Resposta mal-adaptada e sustentada a evento traumático e opressivo.

Características definidoras

- Abuso de substâncias
- Agressão Alienação
-
- Alteração na concentração
- Alteração no humor Amnésia
- dissociativa Ansiedade (00146)
- Ataques de pânico Cefaleia
-
-
- Comportamento compulsivo
- Comportamentos de esquiva Culpa
- Depressão
-
- Desesperança (00124)
- Enurese Fúria
-
- Hipervigilância História de
- afastamento Horror
- Irritabilidade
-
- Irritabilidade neurosensorial Irritação gastrointestinal
- Lembranças repetidas dos fatos (*flashbacks*)
-
- Medo (00148)

- Negação
- Palpitações cardíacas
- Pensamentos invasivos
- Pesadelos Pesar (00136)
- Raiva
-
- Reação de susto exagerada Relata sensação
- de entorpecimento Repressão Sonhos
- invasivos Vergonha
-
-

Fatores relacionados

- Ambiente que não atende às necessidades Apoio
- social insuficiente Comportamento de autolesão
- Força do ego diminuída Papel de sobrevivente
-
-
- Percepção de evento como traumático Senso de
- responsabilidade exagerado

Populações em risco

- Acidente grave
- Ameaça grave a entes queridos
- Ameaça grave a si mesmo Destruição
- do lar
- Evento diferente da experiência humana habitual Exposição a
- desastre Exposição a epidemias
-
- Exposição a evento envolvendo múltiplas mortes Exposição a
- guerras Forçado a sair de casa História de abuso
-
-
- História de ser prisioneiro de guerra

- História de tortura
- História de vitimização criminal Lesão
- grave a entes queridos
- Ocupações relacionadas a serviços humanitários Persistência
- de evento traumático Testemunhar morte violenta
- Testemunhar mutilação
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional para que ele atenda à definição de síndrome.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 1 • Respostas pós-trauma Código do

diagnóstico 00145

Risco de síndrome pós-trauma

Aprovado em 1998 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a resposta mal-adaptada e sustentada a evento traumático e opressivo que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Ambiente que não atende às necessidades Apoio
- social insuficiente Comportamento de autolesão
- Força do ego diminuída Papel de sobrevivente
-
-
- Percepção de evento como traumático Senso de
- responsabilidade exagerado

Populações em risco

- Acidente grave
- Ameaça grave a entes queridos
- Ameaça grave a si mesmo Destruição
- do lar
- Evento diferente da experiência humana habitual Exposição a
- desastre Exposição a epidemias
-
- Exposição a evento envolvendo múltiplas mortes Exposição a
- guerras Forçado a sair de casa História de abuso
-
-
- História de ser prisioneiro de guerra História
- de tortura
- História de vitimização criminal

- Lesão grave a entes queridos
- Ocupações relacionadas a serviços humanitários Persistência
- de evento traumático Testemunhar morte violenta
- Testemunhar mutilação
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional junto com *Síndrome pós-trauma* (00141).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 1 • Respostas pós-trauma Código do

diagnóstico 00260

Risco de transição complicada na imigração

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a sentimentos negativos (solidão, medo, ansiedade) em resposta a consequências insatisfatórias e barreiras culturais à adaptação de um imigrante, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Apoio social insuficiente no país hospedeiro
- Barreiras culturais no país hospedeiro
- Barreiras linguísticas no país hospedeiro
- Conflitos pais-filhos relativos ao processo de aculturação no país hospedeiro
- Conhecimento insuficiente sobre o processo de acesso a recursos no país hospedeiro
- Discriminação explícita
-
- Habitação sem condições sanitárias
- Multiplicidade de pessoas desconhecidas no domicílio
- Proprietário do domicílio abusivo
- Superlotação no domicílio
-
- Trabalho disponível abaixo do nível educacional

Populações em risco

- Condição de ilegalidade no país hospedeiro
- Condições perigosas de trabalho com treinamento inadequado
- Expectativas de imigração não satisfeitas
- Exploração do trabalho
- Migração forçada
-
-
- Separação da família no país de origem
- Separação dos amigos no país de origem
- Situação econômica precária

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do
diagnóstico 00146

Ansiedade

Aprovado em 1973 • Revisado em 1982, 1998, 2017

Definição

Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.

Características definidoras

Comportamentais

- Age como se examinasse o ambiente Contato
- visual insuficiente Gestos de inquietação
- Hipervigilância Inquietação Insônia
-
-
-
- Movimento sem finalidade
- Olhares de relance
- Preocupações em razão de mudança em eventos da vida Produtividade
- diminuída

Afetivas

- Agonia Apreensão
- Arrependimento Atos
- bruscos Desamparo
-
-
- Entusiasmo excessivo

- Foco em si próprio
- Incerteza Irritabilidade
- Medo Nervosismo
-
-
- Sensação de inadequação
- Sofrimento
- Suspeição aumentada

Fisiológicas

- Aumento da tensão Aumento da
- transpiração Estremecimentos
- Tensão facial Tremores
-
-
- Tremores nas mãos Voz
- trêmula

Simpáticas

- Alteração no padrão respiratório
- Anorexia
- Aumento da frequência cardíaca Aumento da
- frequência respiratória Aumento da pressão
- arterial Boca seca Diarreia
-
-
- Excitação cardiovascular
- Fraqueza
- Movimentos bruscos
- Palpitações cardíacas
- Pupilas dilatadas Reflexos
- rápidos Rubor facial
-
- Vasoconstrição superficial

Parassimpáticas

- Alteração no padrão de sono
- Desmaio Diarreia
-
- Diminuição da frequência cardíaca
- Diminuição da pressão arterial Dor
- abdominal Fadiga
-
- Formigamento das extremidades
- Frequência urinária Hesitação urinária
- Náusea
-
- Urgência urinária

Cognitivas

- Alteração na atenção Alteração na concentração Bloqueio de
- pensamentos Campo de percepção diminuído Capacidade
- diminuída para aprender Capacidade diminuída para solucionar
- problemas Confusão
-
-
-
- Consciência dos sintomas fisiológicos
- Esquecimento Preocupação Ruminação mental
- Tendência a culpar os outros
-
-

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias Ameaça
- à condição atual Ameaça de
- morte Conflito de valores
-

- Conflito sobre as metas da vida Contágio
- interpessoal Estressores
-
- Necessidades não atendidas
- Transmissão interpessoal

Populações em risco

- Crise maturacional Crise
- situacional Exposição a
- toxinas Hereditariedade
-
- História familiar de ansiedade
- Mudança importante

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do
diagnóstico 00147

Ansiedade relacionada à morte

Aprovado em 1998 • Revisado em 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor gerado por percepções de uma ameaça real ou imaginária à própria existência.

Características definidoras

- Medo da dor relacionada ao morrer Medo de desenvolver doença terminal Medo de morte prematura
- Medo de perda de capacidades mentais quando estiver morrendo Medo de sofrimento ao morrer Medo de um processo de morte prolongado Medo do processo de morrer
-
- Pensamentos negativos relacionados à morte e ao morrer Preocupação quanto à tensão do cuidador
- Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa Sentimento de impotência Tristeza profunda
-

Fatores relacionados

- Antecipação da dor
- Antecipação de consequências adversas de anestesia Antecipação de sofrimento
- Antecipação do impacto da própria morte nos outros Discussões sobre o assunto “morte” Incerteza quanto a encontrar um poder maior Incerteza quanto à existência de um poder maior Incerteza quanto à vida após a morte Incerteza quanto ao prognóstico
-
-

- Não aceitação da própria mortalidade
- Observações relacionadas à morte Percepção
- de iminência de morte

Populações em risco

- Experiência de quase morte Experiência do processo de
- morrer Observações relacionadas ao processo de morrer
-

Condição associada

- Doença terminal

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do

diagnóstico 00071

Enfrentamento defensivo

Aprovado em 1988 • Revisado em 2008 • Nível de evidência 2.1

Definição

Projeção repetida de uma autoavaliação falsamente positiva, baseada em um padrão autoprotetor que defende contra ameaças subjacentes percebidas a uma autoestima positiva.

Características definidoras

- Alteração em teste de realidade Atitude superior em
- relação aos outros Dificuldade para estabelecer
- relacionamentos Dificuldade para manter relacionamentos
- Distorção da realidade Gargalhada hostil
-
-
- Hipersensibilidade a críticas Hipersensibilidade a
- uma indelicadeza Negação de fraquezas
- Negação de problemas
-
- Participação insuficiente no tratamento Projeção
- de culpa
- Projeção de responsabilidade Racionalização de
- fracassos Ridicularização dos outros Seguimento
- insuficiente do tratamento Sentimentos de
- grandeza
-

Fatores relacionados

- Autoconfiança insuficiente
- Autoexpectativas não realistas Confiança
- insuficiente nos outros
- Conflito entre autopercepção e sistema de valores

- Incerteza
- Medo da humilhação Medo de
- repercussões Medo do fracasso
- Resiliência insuficiente Sistema de
- apoio insuficiente
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do
diagnóstico 00069

Enfrentamento ineficaz

Aprovado em 1978 • Revisado em 1998

Definição

Padrão de avaliação inválida de estressores, com esforços cognitivos e/ou comportamentais, que falha em controlar as demandas relativas ao bem-estar.

Características definidoras

- Abuso de substâncias
- Acesso insuficiente a apoio social Alteração
- na concentração Alteração no padrão de
- sono Comportamento de assumir riscos
-
- Comportamento destrutivo em relação a si mesmo
- Comportamento destrutivo em relação aos outros
- Comportamento voltado a metas insuficiente Dificuldade para
- organizar informações Doença frequente
-
- Estratégias de enfrentamento ineficazes Fadiga
-
- Habilidades insuficientes para a solução de problemas Incapacidade
- de atender às expectativas do papel Incapacidade de lidar com uma
- situação Incapacidade de pedir ajuda
-
- Incapacidade de satisfazer às necessidades básicas
- Incapacidade de seguir informações Mudança no padrão de
- comunicação Resolução insuficiente de problemas
-

Fatores relacionados

- Alto grau de ameaça

- Apoio social insuficiente Avaliação
- imprecisa de ameaças
- Confiança inadequada na capacidade de lidar com uma situação Estratégias
- ineficazes para alívio de tensão Incapacidade de conservar energias adaptativas
- Oportunidade inadequada de preparar-se para estressores Recursos inadequados
-
-
- Sensação de controle insuficiente

Populações em risco

- Crise maturacional
- Crise situacional

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do
diagnóstico 00158

Disposição para **enfrentamento** melhorado

Aprovado em 2002 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de avaliação válida de estressores, com esforços cognitivos e/ou comportamentais, para controlar as demandas relativas ao bem-estar, que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Consciência de possível mudança ambiental
- Expressa desejo de aumentar o conhecimento sobre estratégias para controle do estresse Expressa desejo de
- aumentar o controle de estressores Expressa desejo de aumentar o uso de estratégias voltadas à emoção
- Expressa desejo de aumentar o uso de estratégias voltadas ao problema Expressa desejo de aumentar o uso de
- recursos espirituais Expressa desejo de melhorar o apoio social
-
-

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do

diagnóstico 00074

Enfrentamento familiar comprometido

Aprovado em 1980 • Revisado em 1996, 2017

Definição

Uma pessoa importante, geralmente apoiadora (membro da família, parceiro ou amigo próximo), oferece apoio, conforto, assistência ou encorajamento insuficiente, ineficaz ou comprometido, que pode ser necessário ao paciente para administrar ou dominar as tarefas adaptativas relacionadas a seu desafio de saúde.

Características definidoras

- Comportamento protetor da pessoa de apoio incoerente com a necessidade de autonomia do paciente
- Comportamento protetor da pessoa de apoio incoerente com as habilidades do paciente
- Comportamentos de assistência da pessoa de apoio produzem resultados insatisfatórios
- Limitação na comunicação entre a pessoa de apoio e o paciente
- Paciente preocupa-se com a resposta da pessoa de apoio a problema de saúde
- Paciente queixa-se da resposta da pessoa de apoio a problema de saúde
- Pessoa de apoio afasta-se do paciente
-
-
- Pessoa de apoio relata compreensão inadequada que interfere em comportamentos eficazes
- Pessoa de apoio relata conhecimento insuficiente que interfere em comportamentos eficazes
- Pessoa de apoio relata preocupação com a própria reação à necessidade do paciente

Fatores relacionados

- Apoio insuficiente dado pelo paciente à pessoa de apoio
- Apoio
- recíproco insuficiente
- Compreensão incorreta de informações pela pessoa de apoio
- Compreensão
- insuficiente de informações pela pessoa de apoio
- Desorganização familiar
-
- Exaustão da capacidade da pessoa de apoio
- Informações incorretas
- obtidas pela pessoa de apoio
- Informações insuficientes disponíveis à
- pessoa de apoio

- Preocupação da pessoa de apoio com questões de fora da família Situações
- coexistentes que afetam a pessoa de apoio

Populações em risco

- Crise de desenvolvimento vivenciada pela pessoa de apoio Crise situacional
- vivenciada pela pessoa de apoio Doença prolongada que esgota capacidades da
- pessoa de apoio Mudança em papéis familiares
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do

diagnóstico 00073

Enfrentamento familiar incapacitado

Aprovado em 1980 • Revisado em 1996, 2008 • Nível de evidência 2.1

Definição

Comportamento de pessoa importante (membro da família, parceiro ou amigo próximo) que inabilita suas próprias capacidades e as capacidades do paciente para tratar, de maneira eficaz, das tarefas essenciais para a adaptação de qualquer uma dessas pessoas ao desafio de saúde.

Características definidoras

- Abandono
- Adoção dos sintomas da doença do paciente Agitação
- Agressão
-
- Capacidade prejudicada para a estruturação de uma vida significativa Comportamentos
- familiares prejudiciais ao bem-estar Dependência do paciente Depressão
-
-
- Desconsideração das necessidades do paciente Deserção
-
- Distorção da realidade com relação ao problema de saúde do paciente Foco exagerado
- prolongado no paciente Hostilidade
-
- Individualismo prejudicado
- Intolerância
- Negligência em relação às necessidades básicas do paciente Negligência
- quanto ao regime de tratamento
- Negligência quanto ao relacionamento com membro da família Realização das rotinas usuais
- desconsiderando as necessidades do paciente Rejeição
-
- Sintomas psicossomáticos

Fatores relacionados

- Estilos de enfrentamento dissonantes entre a pessoa de apoio e o paciente Estilos de
- enfrentamento dissonantes entre as pessoas de apoio Manejo inconsistente da resistência da
- família ao tratamento Pessoa de apoio com sentimentos cronicamente não expressos
- Relacionamentos familiares ambivalentes
-

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do

diagnóstico 00075

Disposição para **enfrentamento** familiar melhorado

Aprovado em 1980 • Revisado em 2013

Definição

Padrão de controle das tarefas adaptativas por pessoa importante (membro da família, parceiro ou amigo próximo) envolvida com o desafio de saúde do paciente que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a conexão com outros que tenham passado por situação similar Expressa desejo de
- escolher experiências que otimizem o bem-estar Expressa desejo de melhorar a promoção da saúde Expressa desejo
- de melhorar o estilo de vida
-
- Expressa desejo de reconhecer o impacto de crescimento da crise

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do

diagnóstico 00077

Enfrentamento ineficaz da comunidade

Aprovado em 1994 • Revisado em 1998, 2017

Definição

Padrão de atividades comunitárias de adaptação e resolução de problemas que é insatisfatório para atender às demandas ou necessidades da comunidade.

Características definidoras

- A comunidade não atende às expectativas de seus membros Alta incidência
- de problemas na comunidade Estresse excessivo
-
- Excesso de conflitos na comunidade Participação
- comunitária deficiente Percepção de impotência da
- comunidade Percepção de vulnerabilidade da
- comunidade Taxa elevada de doenças na comunidade
-

Fatores relacionados

- Falta de sistemas comunitários Recursos comunitários
- insuficientes Recursos inadequados à solução de
- problemas

Populações em risco

- Exposição a desastre
- História de desastre

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do
diagnóstico 00076

Disposição para **enfrentamento** melhorado da comunidade

Aprovado em 1994 • Revisado em 2013

Definição

Padrão de atividades comunitárias de adaptação e resolução de problemas que atende às demandas ou necessidades da comunidade e que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a disponibilidade de programas de relaxamento na comunidade Expressa desejo de
- aumentar a disponibilidade de programas recreativos na comunidade Expressa desejo de aumentar a responsabilidade
- da comunidade para controle de estresse Expressa desejo de aumentar os recursos da comunidade para controlar
- estressores Expressa desejo de melhorar a comunicação entre grupos e a comunidade maior Expressa desejo de
- melhorar a comunicação entre membros da comunidade Expressa desejo de melhorar a solução de problemas para
- uma questão identificada Expressa desejo de melhorar o planejamento da comunidade para estressores previsíveis
-
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do

diagnóstico 00177

Sobrecarga de **estresse**

Aprovado em 2006 • Nível de evidência 3.2

Definição

Excessivas quantidades e tipos de demandas que requerem ação.

Características definidoras

- Aumento da impaciência
- Aumento da raiva
- Aumento de comportamento de raiva Estresse
- excessivo Funcionamento prejudicado Impacto
- negativo do estresse Sentir-se pressionado
- Tensão
-
-
- Tomada de decisões prejudicada

Fatores relacionados

- Estressores
- Estressores repetidos
- Recursos insuficientes

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do

diagnóstico 00148

Medo

Aprovado em 1980 • Revisado em 1996, 2000, 2017

Definição

Resposta a uma ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo.

Características definidoras

- Apreensão
- Aumento da pressão arterial
- Aumento da tensão Autossegurança
- diminuída Estado de agitação
- Gestos de inquietação Náusea
- Palidez
-
-
- Pupilas dilatadas
- Sensação de alarme
- Sensação de medo
- Sensação de pânico
- Sensação de receio
- Sensação de terror
- Tensão muscular Vômito
-

Cognitivas

- Capacidade de aprendizagem diminuída Capacidade de
- resolução de problemas diminuída Estímulos entendidos como
- ameaça Identifica o objeto do medo Produtividade diminuída
-
-

Comportamentais

- Comportamentos de ataque Comportamentos de
- esquiva Estado de alerta aumentado Foco
- direcionado para a fonte do medo Impulsividade
-
-

Fisiológicas

- Alteração na resposta fisiológica
- Anorexia
- Aumento da transpiração Boca
- seca Diarreia Dispneia Fadiga
-
-
-

Fatores relacionados

- Barreira linguística Cenário pouco
- conhecido Reação a um estímulo fóbico
- Reação aprendida a uma ameaça
- Separação do sistema de apoio
-

Condição associada

- Déficit sensorial

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do
diagnóstico 00072

Negação ineficaz

Aprovado em 1988 • Revisado em 2006 • Nível de evidência 2.1

Definição

Tentativa consciente ou inconsciente de negar o conhecimento ou o significado de um evento para reduzir ansiedade e/ou medo, o que leva a prejuízo da saúde.

Características definidoras

- Afeto inadequado
- Desloca a origem dos sintomas Desloca o medo do
- impacto da condição Minimiza os sintomas
-
- Não admite o impacto da doença na vida Não
- percebe a relevância do perigo Não percebe a
- relevância dos sintomas Nega medo da morte Nega
- medo de invalidez Recusa da assistência à saúde
- Retarda a procura de assistência à saúde
-
-
- Usa comentários de desconsideração ao falar sobre evento causador de sofrimento Usa gestos de
- desconsideração ao falar sobre evento causador de sofrimento Utiliza tratamento não aconselhado pelo
- profissional de saúde

Fatores relacionados

- Ameaça de realidade desagradável
- Ansiedade
- Apoio emocional insuficiente Estratégias de
- enfrentamento ineficazes Estresse excessivo
-
- Inadequação percebida ao lidar com emoções fortes Medo da
- morte

- Medo da separação Medo de perda da
- autonomia Sensação de controle
- insuficiente

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do
diagnóstico 00136

Pesar

Aprovado em 1980 • Revisado em 1996, 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Processo normal e complexo que inclui respostas e comportamentos emocionais, físicos, espirituais, sociais e intelectuais, por meio dos quais indivíduos, famílias e comunidades incorporam uma perda real, antecipada ou percebida a suas vidas diárias.

Características definidoras

- Afastamento
- Alteração na função imunológica Alteração na
- função neuroendócrina Alteração no nível de
- atividade Alteração no padrão de sonho
- Alteração no padrão de sono Comportamento
- de pânico Crescimento pessoal Culpa por
- sentir alívio Culpar Desespero Desorganização
- Dor
-
-
-
-
-
- Encontrar sentido na perda
- Manutenção da conexão com o falecido Raiva
- Sofrimento
-
- Sofrimento psicológico

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

Populações em risco

- Antecipação de perda de objeto significativo
- Antecipação de perda de pessoa significativa Morte de
- pessoa significativa Perda de objeto significativo
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não sejam desenvolvidos fatores relacionados. Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do
diagnóstico 00135

Pesar complicado

Aprovado em 1980 • Revisado em 1986, 2004, 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Distúrbio que ocorre após a morte de pessoa significativa, em que a experiência de sofrimento que acompanha o luto falha em atender às expectativas normais e manifesta-se como prejuízo funcional.

Características definidoras

- Ansiedade
- Baixos níveis de intimidade Culpar a
- si mesmo Depressão Desconfiança
- Descrença Esquiva do pesar
- Estresse excessivo Fadiga
-
-
-
-
- Memórias dolorosas persistentes Não
- aceitação de uma morte
- Preocupação com pensamentos sobre a pessoa falecida Procura por
- uma pessoa falecida Raiva
-
- Redução das funções nos papéis de vida
- Ruminação mental Saudade da pessoa falecida
- Sensação de abalo
-
- Sensação de afastamento dos outros Sensação
- de bem-estar insuficiente Sensação de choque
- Sensação de estupor Sensação de vazio
-
-

- Sofrimento pela separação Sofrimento relativo
- à pessoa falecida Sofrimento traumático
-
- Vivência dos sintomas sentidos pelo falecido

Fatores relacionados

- Apoio social insuficiente
- Transtorno emocional

População em risco

- Morte de pessoa significativa

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do

diagnóstico 00172

Risco de **pesar** complicado

Aprovado em 2004 • Revisado em 2006, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a distúrbio que ocorre após a morte de pessoa significativa, em que a experiência de sofrimento que acompanha o luto falha em atender às expectativas normais e manifesta-se como prejuízo funcional, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Apoio social insuficiente
- Transtorno emocional

População em risco

- Morte de pessoa significativa

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do

diagnóstico 00199

Planejamento de atividade ineficaz

Aprovado em 2008 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Incapacidade de preparar-se para um conjunto de ações com tempo estabelecido e sob certas condições.

Características definidoras

- Ansiedade excessiva relativa a uma tarefa a ser enfrentada Ausência de
- um plano
- Habilidades organizacionais insuficientes Medo relativo a
- uma tarefa a ser enfrentada Metas não atendidas para a
- atividade escolhida Padrão de fracassos
-
- Preocupação relativa a uma tarefa a ser assumida Recursos
- insuficientes

Fatores relacionados

- Apoio social insuficiente
- Capacidade insuficiente de processar informações Comportamento de
- esquiva diante de uma solução proposta Hedonismo
-
- Percepção irreal de capacidades pessoais
- Percepção irreal do evento

População em risco

- História de procrastinação

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do
diagnóstico 00226

Risco de planejamento de atividade ineficaz

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma incapacidade de preparar-se para um conjunto de ações com tempo estabelecido e sob certas condições que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Apoio social insuficiente
- Capacidade insuficiente de processar informações Comportamento de
- esquiva diante de uma solução proposta Hedonismo
-
- Percepção irreal de capacidades pessoais
- Percepção irreal do evento

População em risco

- História de procrastinação

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do

diagnóstico 00241

Regulação do humor prejudicada

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Estado mental caracterizado por mudanças no humor ou no afeto e que abarca uma série de manifestações afetivas, cognitivas, somáticas e/ou fisiológicas, variando de leves a graves.

Características definidoras

- Afeto triste
- Agitação psicomotora Autoestima
- influenciada Autopercepção
- excessiva Concentração
- prejudicada Culpa excessiva
-
- Culpabilização excessiva de si mesmo
- Desesperança Desinibição Disforia
-
-
- Distanciamento
- Fluxo rápido de pensamentos
- Irritabilidade
- Mudança no comportamento verbal Retardo
- psicomotor

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias Alteração no
- apetite Alteração no padrão de sono
- Ansiedade Dor
-
-
- Função social prejudicada

- Hipervigilância
- Ideias de morte recorrentes Ideias de
- suicídio recorrentes Isolamento social
- Mudança no peso Solidão
-
-

Condições associadas

- Doença crônica
- Prejuízo funcional
- Psicose

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do
diagnóstico 00210

Resiliência prejudicada

Aprovado em 2008 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Capacidade diminuída de se recuperar de situações adversas ou alteradas percebidas, por meio de um processo dinâmico de adaptação.

Características definidoras

- Aumento renovado do sofrimento Baixa
- autoestima Culpa Depressão
-
-
- Estado de saúde prejudicado Estratégias de
- enfrentamento ineficazes Integração ineficaz
-
- Interesse diminuído pelas atividades acadêmicas Interesse
- diminuído pelas atividades profissionais Isolamento social
-
- Sensação de controle ineficaz
- Vergonha

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias Adaptação ineficaz da família
- Apoio social insuficiente Controle insuficiente dos
- impulsos Dinâmica familiar perturbada Interrupção
- de rituais familiares Múltiplas situações adversas
- coexistentes Paternidade/maternidade inconsistente
- Processos familiares disfuncionais
-
-
-

- Recursos inadequados
- Recursos insuficientes
- Rompimento de papéis na família
- Violência na comunidade Vulnerabilidade
- percebida

Populações em risco

- Baixa capacidade intelectual Baixo nível
- educacional materno Condição étnica
- minoritária Cronicidade de crise existente
-
- Dados demográficos que aumentam a possibilidade de má adaptação Desfavorecido
- economicamente Doença mental paterna/materna Exposição à violência Família grande
- Nova crise Sexo feminino
-
-
-
-

Condição associada

- Transtorno psicológico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do
diagnóstico 00211

Risco de resiliência prejudicada

Aprovado em 2008 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma capacidade diminuída de se recuperar de situações adversas ou alteradas percebidas, por meio de um processo dinâmico de adaptação, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias Adaptação ineficaz da família
- Apoio social insuficiente Controle insuficiente dos
- impulsos Dinâmica familiar perturbada Interrupção
- de rituais familiares Múltiplas situações adversas
- coexistentes Paternidade/maternidade inconsistente
- Processos familiares disfuncionais Recursos
- inadequados Recursos insuficientes
-
-
-
-
- Rompimento de papéis na família
- Violência na comunidade Vulnerabilidade
- percebida

Populações em risco

- Baixa capacidade intelectual Baixo nível
- educacional materno Condição étnica
- minoritária Cronicidade de crise existente
-
- Dados demográficos que aumentam a possibilidade de má adaptação Desfavorecido
- economicamente Doença mental paterna/materna
-

- Exposição à violência
- Família grande Nova crise
- Sexo feminino
-

Condição associada

- Transtorno psicológico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do
diagnóstico 00212

Disposição para **resiliência** melhorada

Aprovado em 2008 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de capacidade de se recuperar de situações adversas ou alteradas percebidas, por meio de um processo dinâmico de adaptação, que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a própria responsabilidade pelas ações Expressa desejo de
- aumentar a resiliência Expressa desejo de aumentar a segurança ambiental Expressa desejo de
- aumentar a sensação de controle Expressa desejo de aumentar o envolvimento em atividades
- Expressa desejo de aumentar o progresso na direção de metas Expressa desejo de aumentar o
- uso de estratégias de enfrentamento Expressa desejo de aumentar o uso de estratégias para
- controle de conflitos Expressa desejo de aumentar o uso de recursos Expressa desejo de
- aumentar os recursos disponíveis Expressa desejo de melhorar a autoestima
-
-
-
-
- Expressa desejo de melhorar as habilidades de comunicação Expressa desejo de
- melhorar as relações com os outros Expressa desejo de melhorar o
- estabelecimento de metas Expressa desejo de melhorar o sistema de apoio
- Expressa desejo de melhorar uma perspectiva de futuro positiva
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do
diagnóstico 00125

Sentimento de impotência

Aprovado em 1982 • Revisado em 2010, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado.

Características definidoras

- Alienação
- Dependência
- Depressão
- Dúvida em relação ao desempenho do papel
- Frustração quanto à incapacidade de realizar atividades anteriores Participação
- inadequada no cuidado Sensação de controle insuficiente Vergonha
-
-

Fatores relacionados

- Ambiente institucional disfuncional
- Ansiedade
- Apoio social insuficiente Baixa
- autoestima
- Conhecimento insuficiente para controlar a situação Dor
-
- Estigmatização
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Interações interpessoais insuficientes
- Marginalização social Papel de cuidador
-

População em risco

- Desfavorecido economicamente

Condições associadas

- Doença
- Doença progressiva
- Imprevisibilidade do curso da doença Regime
- de tratamento complexo

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

N. de R.T. No inglês, o título deste diagnóstico é “ ***Power lessness*** ”. O foco do diagnóstico em português é “ **poder** ”, porém a tradução do conceito não pode ser destacada em negrito da mesma forma.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do
diagnóstico 00152

Risco de sentimento de impotência

Aprovado em 2000 • Revisado em 2010, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Ambiente institucional disfuncional
- Ansiedade
- Apoio social insuficiente Baixa
- autoestima
- Conhecimento insuficiente para controlar a situação Dor
-
- Estigmatização
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Interações interpessoais insuficientes
- Marginalização social Papel de cuidador
-

População em risco

- Desfavorecido economicamente

Condições associadas

- Doença
- Doença progressiva
- Imprevisibilidade do curso da doença Regime
- de tratamento complexo

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

N. de R.T. No inglês, o título deste diagnóstico é “ *Risk for **Power** lessness*”. O foco do diagnóstico em português é “ **poder**”, porém a tradução do conceito não pode ser destacada em negrito da mesma forma.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do

diagnóstico 00187

Disposição para **poder** melhorado

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de participação intencional na mudança para o bem-estar que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a identificação de escolhas possíveis para uma mudança Expressa desejo de
- aumentar a independência de ações de mudança Expressa desejo de aumentar a participação em escolhas
- sobre a vida diária Expressa desejo de aumentar a participação nas escolhas de saúde Expressa desejo de
- aumentar a percepção de possíveis mudanças Expressa desejo de aumentar o conhecimento para
- participação em mudanças Expressa desejo de aumentar o envolvimento na mudança Expressa desejo de
- aumentar o poder
-
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento Código do
diagnóstico 00137

Tristeza crônica

Aprovado em 1998 • Revisado em 2017

Definição

Padrão cíclico, recorrente e potencialmente progressivo de tristeza disseminada, vivenciada (por pai/mãe, cuidador ou indivíduo com doença crônica ou deficiência) em resposta à perda contínua ao longo da trajetória de uma doença ou deficiência.

Características definidoras

- Sensação que interfere no bem-estar
- Sentimentos negativos devastadores Tristeza
-

Fatores relacionados

- Crise no controle da deficiência Crise no
- controle da doença Marcos não
- vivenciados Oportunidades perdidas
-

Populações em risco

- Crise de desenvolvimento Morte de
- pessoa significativa Muito tempo
- como cuidador

Condições associadas

- Doença crônica
- Incapacidade crônica

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 3 • Estresse neurocomportamental Código do

diagnóstico 00049

Capacidade adaptativa intracraniana diminuída

Aprovado em 1994

Definição

Os mecanismos da dinâmica dos fluidos intracranianos que normalmente compensam os aumentos nos volumes intracranianos estão comprometidos, resultando em repetidos aumentos desproporcionais na pressão intracraniana (PIC) em resposta a uma variedade de estímulos nocivos e não nocivos.

Características definidoras

- Aumento desproporcional da pressão intracraniana (PIC) após estímulos
- Curvas da pressão intracraniana (PIC) com grande amplitude
- Elevação de curva da pressão intracraniana de onda corrente (PIC P2)
- Pressão intracraniana (PIC) basal ≥ 10 mmHg
- Repetidos aumentos na pressão intracraniana (PIC) ≥ 10 mmHg por 5 minutos ou mais, após estímulos externos
- Variação no teste de resposta volume-pressão (razão volume-pressão = 2, índice de volume-pressão < 10)

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

Condições associadas

- Aumento sustentado na pressão intracraniana (PIC) de 10-15 mmHg
- Hipotensão sistêmica com hipertensão intracraniana
- Lesão encefálica
- Redução na perfusão cerebral ≤ 50 -60 mmHg

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 3 • Estresse neurocomportamental Código do

diagnóstico 00116

Comportamento desorganizado do lactente

Aprovado em 1994 • Revisado em 1998, 2017

Definição

Desintegração dos sistemas de funcionamento fisiológico e neurocomportamental.

Características definidoras

Sistema de atenção-interação

- Resposta prejudicada a estímulos sensoriais

Sistema motor

- Estremecimentos Gestos de inquietação
- Hiperextensão das extremidades Mãos
- cerradas em punho Mãos espalmadas
- Mãos no rosto Movimentos bruscos
- Movimentos descoordenados Reação de
- susto exagerada Reflexos primitivos
- alterados Tônus motor prejudicado
-
-
-
-

Fisiológicas

- Arritmias
- Bradicardia
- Cor da pele anormal
- Dessaturação do oxigênio
- Intolerância à alimentação
- Sinalização de necessidade de diminuição de estímulos

- Taquicardia

Problemas regulatórios

- Incapacidade de inibir sobressaltos
- Irritabilidade

Sistema de organização do estado

- Atividade eletrencefalográfica (EEG) alfa difusa com os olhos fechados Choro irritável
- Despertar ativo Despertar quieto Oscilação de estados
-
-
-

Fatores relacionados

- Ambiente físico inadequado
- Conhecimento insuficiente do cuidador sobre indicadores comportamentais Contenção
- insuficiente no ambiente Desnutrição do lactente Dor
-
-
- Estimulação sensorial ambiental insuficiente Excesso de
- estimulação sensorial Excesso de estímulos ambientais
- Intolerância à alimentação
-
- Leitura errada de indicador pelo cuidador Privação
- sensorial

Populações em risco

- Baixa idade pós-concepção Exposição
- pré-natal a teratogênicos Prematuridade
-

Condições associadas

- Distúrbio congênito
- Distúrbio genético

- Doença do lactente
- Função motora prejudicada do lactente Função
- neurológica imatura Prejuízo oral do lactente
- Procedimento invasivo
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 3 • Estresse neurocomportamental Código do

diagnóstico 00115

Risco de comportamento desorganizado do lactente

Aprovado em 1994 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade à desintegração no padrão de modulação dos sistemas de funcionamento fisiológico e neurocomportamental que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Ambiente físico inadequado
- Conhecimento insuficiente do cuidador sobre indicadores comportamentais Contenção
- insuficiente no ambiente Desnutrição do lactente Dor
-
-
- Estimulação sensorial ambiental insuficiente Excesso de
- estimulação sensorial Excesso de estímulos ambientais
- Intolerância à alimentação
-
- Leitura errada de indicador pelo cuidador Privação
- sensorial

Populações em risco

- Baixa idade pós-concepção Exposição
- pré-natal a teratogênicos Prematuridade
-

Condições associadas

- Distúrbio congênito
- Distúrbio genético
- Doença do lactente
- Função motora prejudicada do lactente Função
- neurológica imatura

- Prejuízo oral do lactente
- Procedimento invasivo

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 3 • Estresse neurocomportamental Código do

diagnóstico 00117

Disposição para **comportamento organizado** melhorado do lactente

Aprovado em 1994 • Revisado em 2013

Definição

Padrão de modulação integrado dos sistemas de funcionamento fisiológico e neurocomportamental que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Pai/mãe expressa desejo de aumentar o reconhecimento de indicadores Pai/mãe expressa
- desejo de melhorar as condições ambientais
- Pai/mãe expressa desejo de melhorar o reconhecimento dos comportamentos autorreguladores do lactente

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 3 • Estresse neurocomportamental Código do

diagnóstico 00009

Disreflexia autonômica

Aprovado em 1988 • Revisado em 2017

Definição

Resposta não inibida do sistema nervoso simpático, que representa uma ameaça à vida, a um estímulo nocivo após lesão de medula espinal na sétima vértebra torácica (T7) ou acima.

Características definidoras

- Bradicardia
- Calafrios
- Congestão conjuntival
- Congestão nasal Diaforese
- acima da lesão
- Dor difusa em diferentes áreas da cabeça Dor no
- peito
- Gosto metálico na boca
- Hipertensão paroxística
- Manchas vermelhas na pele acima da lesão Palidez
- abaixo da lesão Parestesia
-
- Reflexo pilomotor
- Síndrome de Horner
- Taquicardia Visão turva
-

Fatores relacionados

Estímulos gastrintestinais

- Constipação
- Dificuldade de passagem de fezes
- Distensão intestinal

- Enemas
- Estimulação digital
- Impactação fecal
- Supositórios

Estímulos tegumentares

- Estimulação cutânea
- Ferida
- Irritação da pele
- Queimadura de sol

Estímulos musculoesqueléticos e neurológicos

- Espasmo
- Estímulos de dor abaixo do nível da lesão Estímulos
- irritantes abaixo do nível da lesão Exercícios de
- amplitude de movimento Pressão nos órgãos genitais
- Pressão sobre saliência óssea
-

Estímulos situacionais e regulatórios

- Oscilações da temperatura do ambiente
- Posicionamento Roupas apertadas
-

Estímulos reprodutivos e urológicos

- Distensão da bexiga
- Espasmo da bexiga
- Instrumentação Relação
- sexual

Outros

- Conhecimento insuficiente do cuidador sobre o processo da doença Conhecimento
- insuficiente sobre o processo da doença

Populações em risco

- Ejaculação
- Extremos de temperatura ambiental
- Menstruação

Condições associadas

- Abstinência de substância
- Agente farmacêutico Cálculos
- biliares Cálculos renais
- Cateterização urinária Cistite
-
-
- Cisto ovariano
- Dissinergia do esfíncter detrusor Doença
- do refluxo esofágico Embolia pulmonar
- Epididimite Fratura Gravidez
- Hemorroidas
-
-
-
- Infecção do trato urinário Osso
- heterotópico
- Patologia do sistema gastrointestinal Período de
- trabalho de parto e nascimento Procedimento
- cirúrgico Trombose venosa profunda Úlcera gástrica
- Uretrite
-
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 3 • Estresse neurocomportamental Código do

diagnóstico 00010

Risco de disreflexia autonômica

Aprovado em 1998 • Revisado em 2000, 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a uma resposta não inibida do sistema nervoso simpático, que representa uma ameaça à vida, pós-choque medular, em indivíduo com lesão de medula espinal ou lesão na sexta vértebra torácica (T6) ou acima (foi demonstrada em pacientes com lesões na sétima vértebra torácica [T7] e na oitava vértebra torácica [T8]), que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Estímulos gastrintestinais

- Constipação
- Dificuldade de passagem de fezes
- Distensão intestinal Enemas
-
- Estimulação digital
- Impactação fecal
- Supositórios

Estímulos tegumentares

- Estimulação cutânea
- Ferida
- Irritação da pele
- Queimadura de sol

Estímulos musculoesqueléticos e neurológicos

- Espasmo
- Estímulos de dor abaixo do nível da lesão Estímulos
- irritantes abaixo do nível da lesão

- Exercícios de amplitude de movimento Pressão
- nos órgãos genitais Pressão sobre saliência óssea
-

Estímulos situacionais e regulatórios

- Oscilações da temperatura do ambiente
- Posicionamento Roupas apertadas
-

Estímulos reprodutivos e urológicos

- Distensão da bexiga
- Espasmo da bexiga
- Instrumentação Relação
- sexual

Outros

- Conhecimento insuficiente do cuidador sobre o processo da doença Conhecimento
- insuficiente sobre o processo da doença

Populações em risco

- Ejaculação
- Extremos de temperatura ambiental
- Menstruação

Condições associadas

- Abstinência de substância
- Agente farmacêutico Cálculos
- biliares Cálculos renais
- Cateterização urinária Cistite
-
-
- Cisto ovariano
- Dissinergia do esfíncter detrusor Doença
- do refluxo esofágico

- Embolia pulmonar
- Epididimite Fratura
- Gravidez Hemorroidas
-
-
- Infecção do trato urinário Osso
- heterotópico
- Patologia do sistema gastrointestinal Período de
- trabalho de parto e nascimento Procedimento
- cirúrgico Trombose venosa profunda Úlcera gástrica
- Uretrite
-
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 3 • Estresse neurocomportamental Código do

diagnóstico 00258

Síndrome de abstinência de substâncias aguda

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Sequelas graves e multifatoriais após cessação repentina de uma substância aditiva.

Características definidoras

- Ansiedade (00146) Confusão
- aguda (00128)
- Distúrbio no padrão de sono (00198) Náusea
- (00134)
- Risco de desequilíbrio eletrolítico (00195) Risco de
- lesão (00035)

Fatores relacionados

- Desenvolvimento de dependência do álcool ou de outra substância aditiva Desnutrição
-
- Interrupção repentina de uma substância aditiva Uso pesado de
- substância aditiva ao longo do tempo

Populações em risco

- História anterior de sintomas de abstinência Pessoas
- idosas

Condições associadas

- Doença física grave comórbida
- Transtorno mental comórbido

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 3 • Estresse neurocomportamental Código do

diagnóstico 00259

Risco de síndrome de abstinência de substâncias aguda

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a sequelas graves e multifatoriais após cessação repentina de uma substância aditiva que podem comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Desenvolvimento de dependência do álcool ou de outra substância aditiva Desnutrição
-
- Interrupção repentina de uma substância aditiva Uso pesado de
- substância aditiva ao longo do tempo

Populações em risco

- História anterior de sintomas de abstinência Pessoas
- idosas

Condições associadas

- Doença física grave comórbida
- Transtorno mental comórbido

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 3 • Estresse neurocomportamental Código do

diagnóstico 00264

Síndrome de abstinência neonatal

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Conjunto de sintomas de abstinência observados em recém-nascidos como resultado de exposição uterina a substâncias aditivas ou em consequência de controle farmacológico da dor no pós-natal.

Características definidoras

- Comportamento desorganizado do lactente (00116) Conforto
- prejudicado (00214) Diarreia (00013)
-
- Distúrbio no padrão de sono (00198) Estresse
- neurocomportamental
- Padrão ineficaz de alimentação do lactente (00107) Risco de
- aspiração (00039)
- Risco de integridade da pele prejudicada (00047) Risco de
- lesão (00035)
- Risco de termorregulação ineficaz (00274) Risco de
- vínculo prejudicado (00058)

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

Populações em risco

- Exposição iatrogênica a substância para controle da dor após doença crítica ou cirurgia Exposição uterina
- secundária a uso de substância pela mãe

Recomenda-se o Finnegan Neonatal Abstinence Scoring Tool (FNAST) (Instrumento de Classificação de Abstinência Neonatal de Finnegan) para avaliação de sintomas de abstinência e tomada de decisões relativas ao plano de cuidados. Um escore de 8 ou mais no FNAST, combinado com uma história de exposição uterina a substâncias, costuma ser usado para a elaboração do diagnóstico de *Síndrome de abstinência neonatal*. Esse instrumento foi elaborado e tem uso predominante nos Estados Unidos e

outros países ocidentais, então pode não ser apropriada a sua recomendação à comunidade internacional.

Fatores relacionados modificáveis a serem desenvolvidos. Literatura de

apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 1 • Valores

Esta classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 2 • Crenças Código do

diagnóstico 00068

Disposição para **bem-estar espiritual** melhorado

Aprovado em 1994 • Revisado em 2002, 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de experimentar e integrar significado e objetivo à vida, por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, com a arte, a música, a literatura, a natureza e/ou com um poder maior que si mesmo, que pode ser melhorado.

Características definidoras

Conexões consigo mesmo

- Expressa desejo de aumentar a aceitação Expressa desejo de aumentar a alegria
- Expressa desejo de aumentar a coragem Expressa desejo de aumentar a entrega
- Expressa desejo de aumentar a esperança Expressa desejo de aumentar a prática
- da meditação Expressa desejo de aumentar a satisfação com a filosofia de vida
- Expressa desejo de aumentar a serenidade Expressa desejo de aumentar o amor
- Expressa desejo de aumentar o enfrentamento Expressa desejo de aumentar o
- perdão a si mesmo Expressa desejo de aumentar o propósito na vida Expressa
- desejo de aumentar o sentido da vida
-
-
-
-
-

Conexões com outros

- Expressa desejo de aumentar os serviços aos outros Expressa desejo de melhorar
- a interação com líderes espirituais Expressa desejo de melhorar a interação com
- pessoa significativa Expressa desejo de melhorar o perdão pelos outros
-

Conexões com a arte, a música, a literatura e a natureza

- Expressa desejo de aumentar o tempo ao ar livre Expressa
- desejo de melhorar a energia criativa Expressa desejo de
- melhorar a leitura espiritual

Conexões com um poder maior

- Expressa desejo de aumentar a oração
- Expressa desejo de aumentar a participação em atividades religiosas Expressa desejo
- de aumentar a reverência Expressa desejo de melhorar as experiências místicas
-

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos Código do diagnóstico 00169

Religiosidade prejudicada

Aprovado em 2004 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Capacidade prejudicada de confiar em crenças e/ou participar de rituais de alguma fé religiosa.

Características definidoras

- Angústia por separação de uma comunidade religiosa Desejo de
- reconectar-se com costumes anteriores Desejo de reconectar-se com
- padrão anterior de crença Dificuldade em aderir a crenças religiosas
- prescritas Dificuldade em aderir a rituais religiosos prescritos
- Questionamento de costumes religiosos Questionamento de padrões
- de crenças religiosas
-

Fatores relacionados

- Ansiedade
- Apoio social insuficiente
- Barreira ambiental à prática da religião Barreira
- cultural à prática da religião Cuidado ineficaz
- Depressão Dor
-
-
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Insegurança
- Interação sociocultural insuficiente Medo da
- morte Sofrimento espiritual Transporte
- insuficiente
-

Populações em risco

- Crise espiritual
- Crise pessoal
- Crises do estágio final da vida
- Envelhecimento
- História de manipulação religiosa
- Hospitalização Transição de vida
-

Condição associada

- Doença

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos Código do diagnóstico 00170

Risco de religiosidade prejudicada

Aprovado em 2004 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à capacidade prejudicada de confiar em crenças e/ou de participar de rituais de alguma fé religiosa, o que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Ansiedade
- Apoio social insuficiente
- Barreira ambiental à prática da religião Barreira
- cultural à prática da religião Cuidado ineficaz
- Depressão Dor
-
-
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Insegurança
- Interação sociocultural insuficiente Medo da
- morte Sofrimento espiritual Transporte
- insuficiente
-

Populações em risco

- Crise espiritual
- Crise pessoal
- Crises do estágio final da vida
- Envelhecimento
- História de manipulação religiosa
- Hospitalização Transição de vida
-

Condição associada

- Doença

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos Código do diagnóstico 00171

Disposição para religiosidade melhorada

Aprovado em 2004 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de confiança em crenças e/ou participação em rituais de alguma fé religiosa que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a conexão com um líder religioso Expressa desejo de
- aumentar a participação em experiências religiosas Expressa desejo de aumentar a
- participação em práticas religiosas Expressa desejo de aumentar as opções religiosas
- Expressa desejo de aumentar o perdão
-
- Expressa desejo de aumentar o uso de material religioso Expressa desejo de reforçar
- costumes religiosos usados no passado Expressa desejo de reforçar padrões de
- crenças usados no passado

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos Código do diagnóstico 00066

Sofrimento espiritual

Aprovado em 1978 • Revisado em 2002, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de experimentar significado na vida por meio de conexões consigo mesmo, com os outros, com o mundo ou com um poder maior.

Características definidoras

- Ansiedade
- Choro Fadiga
- Insônia Medo
-
-
- Questionamento da identidade Questionamento do
- sentido da vida Questionamento do sentido do
- sofrimento

Conexões consigo mesmo

- Aceitação inadequada
- Coragem insuficiente Culpa
-
- Estratégias de enfrentamento ineficazes Falta
- percebida de sentido na vida Raiva
-
- Redução na serenidade Sentir
- que não é amado

Conexões com outros

- Alienação
- Recusa de interação com líderes espirituais Recusa de
- interação com pessoa significativa

- Separação do sistema de apoio

Conexões com a arte, a música, a literatura e a natureza

- Falta de interesse na literatura espiritual Falta de
- interesse na natureza
- Redução na expressão do padrão anterior de criatividade

Conexões com um poder maior

- Desesperança
- Incapacidade de introspecção
- Incapacidade de participar de atividades religiosas Incapacidade
- de rezar
- Incapacidade de vivenciar o transcendente Mudança
- repentina em prática religiosa Raiva direcionada a poder
- maior que o próprio Sentimento de abandono Sofrimento
- percebido Solicitação de líder espiritual
-
-

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Alienação social Ansiedade
-
- Aumento da dependência de outro
- Autoalienação Baixa autoestima
-
- Barreira para experimentar o amor Conflito
- cultural Depressão Dor
-
-
- Estressores
- Incapacidade de perdoar Mudança
- ambiental Mudança em ritual
- religioso

- Mudança na prática espiritual Percepção de ter
- negócios inacabados Privação sociocultural
- Relações ineficazes
-
- Separação do sistema de apoio Solidão
-

Populações em risco

- Conflito racial
- Envelhecimento
- Evento de vida inesperado
- Exposição a desastre natural
- Exposição à morte
- Morte de pessoa significativa
- Nascimento de criança Perda
-
- Recebimento de notícia ruim
- Transição de vida

Condições associadas

- Doença
- Doença crônica
- Doença física Morte
- iminente
- Perda de função de parte do corpo Perda de
- parte do corpo Processo de morte ativo
- Regime de tratamento
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos Código do diagnóstico 00067

Risco de sofrimento espiritual

Aprovado em 1998 • Revisado em 2004, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de conexões consigo mesmo, com a literatura, a natureza e/ou com um poder maior que si mesmo, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias
- Alienação social Ansiedade
-
- Aumento da dependência de outro
- Autoalienação Baixa autoestima
-
- Barreira para experimentar o amor Conflito
- cultural Depressão Dor
-
-
- Estressores
- Incapacidade de perdoar Mudança ambiental
- Mudança em ritual religioso Mudança na prática
- espiritual Percepção de ter negócios inacabados
- Privação sociocultural Relações ineficazes
-
-
-
- Separação do sistema de apoio Solidão
-

Populações em risco

- Conflito racial
- Envelhecimento
- Evento de vida inesperado
- Exposição a desastre natural
- Exposição à morte
- Morte de pessoa significativa
- Nascimento de criança Perda
-
- Recebimento de notícia ruim
- Transição de vida

Condições associadas

- Doença
- Doença crônica
- Doença física Morte
- iminente
- Perda de função de parte do corpo Perda de
- parte do corpo Processo de morte ativo
- Regime de tratamento
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos Código do diagnóstico 00175

Sofrimento moral

Aprovado em 2006 • Nível de evidência 2.1

Definição

Resposta à incapacidade de pôr em prática as decisões e/ou ações éticas ou morais escolhidas.

Característica definidora

- Angústia acerca de agir conforme a escolha moral

Fatores relacionados

- Conflito entre os tomadores de decisão Dificuldade de chegar a
- decisões de final de vida Dificuldade de chegar a uma decisão sobre
- tratamento Incongruência cultural
-
- Informações conflitantes disponíveis para a tomada de decisões éticas Informações
- conflitantes disponíveis para a tomada de decisões morais Tempo limitado para tomada
- de decisão

Populações em risco

- Distância física do tomador de decisão Perda de
- autonomia

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos Código do

diagnóstico 00083

Conflito de decisão

Aprovado em 1988 • Revisado em 2006 • Nível de evidência 2.1

Definição

Incerteza sobre o curso de ação a ser tomado quando a escolha entre ações conflitantes envolve risco, perda ou desafio a valores e crenças.

Características definidoras

- Atraso na tomada de decisão Foco
- em si próprio Incerteza quanto a
- escolhas Indecisão ao fazer escolhas
-
- Questionamento de crenças pessoais ao tentar chegar a uma decisão Questionamento de
- princípios morais ao tentar chegar a uma decisão Questionamento de regras morais ao
- tentar chegar a uma decisão Questionamento de valores morais ao tentar chegar a uma
- decisão Questionamento de valores pessoais ao tentar chegar a uma decisão
- Reconhecimento das consequências indesejadas das ações consideradas Sinal físico de
- sofrimento Sinal físico de tensão
-
-
- Sofrimento ao tentar chegar a uma decisão

Fatores relacionados

- Ameaça percebida ao sistema de valores Conflito
- com fontes de informação Conflito com obrigação
- moral Crenças pessoais não esclarecidas
- Inexperiência com tomada de decisões Informações
- insuficientes Interferência na tomada de decisão
-
-
- Princípio moral apoia ações mutuamente inconsistentes

- Regra moral apoia ações mutuamente inconsistentes Sistema de
- apoio insuficiente
- Valor moral apoia ações mutuamente inconsistentes Valores
- pessoais não esclarecidos

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos Código do

diagnóstico 00184

Disposição para tomada de decisão melhorada

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de escolha de um curso de ação para atingir metas de saúde de curto e longo prazos que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a coerência das decisões com a meta Expressa desejo de aumentar a
- coerência das decisões com meta sociocultural Expressa desejo de aumentar a coerência das decisões
- com valores Expressa desejo de aumentar a coerência das decisões com valores socioculturais
- Expressa desejo de aumentar a compreensão das escolhas na tomada de decisão Expressa desejo de
- aumentar a compreensão do significado das escolhas Expressa desejo de aumentar o uso de evidências
- confiáveis para as decisões Expressa desejo de melhorar a análise de riscos-benefícios das decisões
- Expressa desejo de melhorar a tomada de decisões
-
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos Código do diagnóstico 00242

Tomada de decisão emancipada prejudicada

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Processo de escolha de uma decisão sobre cuidados de saúde que não inclui conhecimento pessoal e/ou consideração de normas sociais, ou que não ocorre em ambiente flexível, resultando em insatisfação com a decisão.

Características definidoras

- Atraso na implementação da opção de cuidados de saúde escolhida Incapacidade de descrever como a opção
- combinará com o estilo de vida atual Incapacidade de escolha de uma opção de cuidados de saúde que combine melhor
- com o atual estilo de vida
- Medo excessivo do que os outros pensam sobre a decisão
- Preocupação excessiva acerca do que os outros acreditam ser a melhor decisão Sentir-se
- restringido ao descrever a própria opinião Sofrimento ao escutar a opinião de outros
-
- Verbalização limitada sobre a opção de cuidados de saúde na presença de outros

Fatores relacionados

- Autoconfiança insuficiente na tomada de decisão
- Confiança insuficiente para discutir abertamente as opções de cuidados de saúde Incapacidade de expressar
- adequadamente as percepções das opções de cuidados de saúde Informações insuficientes sobre opções de
- cuidados de saúde
- Privacidade insuficiente para discutir abertamente as opções de cuidados de saúde Redução na
- compreensão de todas as opções de cuidados de saúde disponíveis Tempo inadequado para discutir as
- opções de cuidados de saúde

Populações em risco

- Experiência limitada de tomada de decisão Família
- tradicional hierárquica

- Sistemas de saúde tradicionais hierárquicos

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos Código do diagnóstico 00244

Risco de tomada de decisão emancipada prejudicada

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a processo de escolha de uma decisão sobre cuidados de saúde que não inclui conhecimento pessoal e/ou consideração de normas sociais, ou que não ocorre em ambiente flexível, resultando em insatisfação com a decisão.

Fatores de risco

- Autoconfiança insuficiente na tomada de decisão
- Confiança insuficiente para discutir abertamente as opções de cuidados de saúde Incapacidade de expressar
- adequadamente as percepções das opções de cuidados de saúde Informações insuficientes sobre opções de
- cuidados de saúde
- Privacidade insuficiente para discutir abertamente as opções de cuidados de saúde Redução na
- compreensão de todas as opções de cuidados de saúde disponíveis Tempo inadequado para discutir as
- opções de cuidados de saúde

Populações em risco

- Experiência limitada de tomada de decisão Família
- tradicional hierárquica Sistemas de saúde tradicionais
- hierárquicos

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos Código do

diagnóstico 00243

Disposição para tomada de decisão emancipada melhorada

Aprovado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Processo de escolha de uma decisão sobre cuidados de saúde que inclui conhecimento pessoal e/ou consideração de normas sociais e que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a capacidade de compreender todas as opções disponíveis de cuidados de saúde
- Expressa desejo de aumentar a capacidade de escolha de opções de cuidados de saúde que melhor combinem com o atual estilo de vida
- Expressa desejo de aumentar a capacidade de implementar a opção de saúde escolhida
- Expressa desejo de aumentar a capacidade de verbalizar a própria opinião sem restrições
- Expressa desejo de aumentar a confiança na tomada de decisões
- Expressa desejo de aumentar a confiança para discutir abertamente as opções de cuidados de saúde
- Expressa desejo de aumentar a privacidade para discutir opções de cuidados de saúde
- Expressa desejo de aumentar o conforto ao manifestar as opções de cuidados de saúde na presença de outros
- Expressa desejo de melhorar a tomada de decisões

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 1 • Infecção Código do

diagnóstico 00004

Risco de infecção

Aprovado em 1986 • Revisado em 2010, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a invasão e multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Alteração na integridade da pele
- Alteração no peristaltismo
- Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos Desnutrição
-
- Estase de líquidos orgânicos
- Obesidade Tabagismo
-
- Vacinação inadequada

População em risco

- Exposição a surto de doença

Condições associadas

- Alteração no pH das secreções
- Diminuição da ação ciliar Doença
- crônica Hemoglobina diminuída
- Imunossupressão Leucopenia
-
-
- Procedimento invasivo Resposta inflamatória suprimida
- Ruptura prematura de membrana amniótica Ruptura
- prolongada de membrana amniótica
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 1 • Infecção Código do

diagnóstico 00266

Risco de infecção no sítio cirúrgico

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à invasão de organismos patogênicos no sítio cirúrgico que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Alcoolismo
- Obesidade
- Tabagismo

Populações em risco

- Aumento da exposição ambiental a patógenos
- Contaminação de ferida cirúrgica
- Escore de classificação do estado físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) ≥ 2 Quantidade excessiva
- de profissionais de saúde durante procedimento cirúrgico Temperatura fria na sala de cirurgia
-

Condições associadas

- Artrite reumatoide
- Comorbidade Diabetes
- melito Duração da
- cirurgia Hipertensão
- Imunossupressão
-
- Infecções em outros sítios cirúrgicos
- Osteoartrite pós-traumática Procedimento
- invasivo Profilaxia antibiótica inadequada
- Profilaxia antibiótica ineficaz Tipo de anestesia
-
-

- Tipo de procedimento cirúrgico Uso de
- implantes e/ou próteses

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00039

Risco de aspiração

Aprovado em 1988 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade à entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Barreira à elevação da porção superior do corpo
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Motilidade gastrintestinal diminuída
- Tosse ineficaz
-

Condições associadas

- Alimentação enteral
- Capacidade prejudicada para deglutir
- Cirurgia do pescoço
- Cirurgia facial
- Cirurgia oral
-
-
- Esfíncter esofágico inferior incompetente
- Esvaziamento gástrico retardado
- Fixação cirúrgica dos maxilares
- Nível de consciência diminuído
- Presença de sonda oral/nasal
- Pressão intragástrica aumentada
- Reflexo de engasgo deprimido
- Regime de tratamento
- Resíduo gástrico aumentado
- Trauma facial
- Trauma no pescoço
- Trauma oral
-
-
-
-
-
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00261

Risco de boca seca

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a desconforto ou dano à mucosa oral devido à quantidade reduzida ou à qualidade da saliva para hidratar a mucosa que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Depressão Desidratação
- Estresse excessivo
- Inquietude Tabagismo
-
-

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Doenças sistêmicas
- Gravidez
- Incapacidade de alimentar-se por via oral
- Oxigenoterapia Quimioterapia
-
- Radioterapia na cabeça e pescoço
- Restrição hídrica

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00205

Risco de choque

Aprovado em 2008 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a fluxo sanguíneo inadequado para os tecidos do corpo, que pode levar a disfunção celular que ameaça a vida, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- A serem desenvolvidos

Condições associadas

- Hipotensão
- Hipovolemia
- Hipoxemia
- Hipóxia Infecção
- Sepses
-
- Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS)

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não sejam desenvolvidos fatores de risco.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00048

Dentição prejudicada

Aprovado em 1998 • Revisado em 2017

Definição

Ruptura nos padrões de desenvolvimento/erupção dentários ou na integridade estrutural de cada dente.

Características definidoras

- Assimetria facial Ausência de
- dentes Cáries dentais Cáries
- na raiz do dente Dentes
- desgastados Dentes frouxos
-
-
- Descoloração do esmalte Dor de
- dente Erosão do esmalte
-
- Erupção incompleta dos dentes para a idade Excesso de
- placa Excesso de tártaro Fratura de dente Halitose Má
- oclusão
-
-
-
- Mau alinhamento dos dentes Perda prematura
- de dentes primários

Fatores relacionados

- Barreira ao autocuidado
- Conhecimento insuficiente sobre saúde dental Desnutrição
-
- Dificuldade de acesso a cuidados dentários

- Hábitos alimentares inadequados Higiene
- oral inadequada Ingestão excessiva de
- flúor
- Uso excessivo de agentes de limpeza oral abrasivos Uso habitual
- de substância que mancha

Populações em risco

- Desfavorecido economicamente
- Predisposição genética

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Bruxismo
- Sensibilidade oral à temperatura Vômito
- crônico

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00031

Desobstrução ineficaz das vias aéreas

Aprovado em 1980 • Revisado em 1996, 1998, 2017

Definição

Incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter a via aérea desobstruída.

Características definidoras

- Alteração na frequência respiratória Alteração
- no padrão respiratório Ausência de tosse
- Cianose
-
- Dificuldade para verbalizar
- Dispneia
- Escarro em excesso
- Inquietação Olhos
- arregalados Ortopneia
-
- Ruídos adventícios respiratórios Sons
- respiratórios diminuídos Tosse ineficaz
-

Fatores relacionados

- Corpo estranho na via aérea
- Exposição à fumaça Fumo passivo
- Muco excessivo Secreções retidas
- Tabagismo
-
-

Condições associadas

- Alergia em via aérea

- Asma
- Doença pulmonar obstrutiva crônica Espasmo
- de via aérea Exsudato nos alvéolos
-
- Hiperplasia das paredes dos brônquios Infecção
-
- Prejuízo neuromuscular Presença de
- via aérea artificial

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00086

Risco de Dis função neurovascular periférica

Aprovado em 1992 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a interrupção na circulação, na sensibilidade e no movimento de uma extremidade que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- A serem desenvolvidos

Condições associadas

- Cirurgia ortopédica
- Compressão mecânica
- Fratura Imobilização
-
- Lesão por queimadura
- Obstrução vascular Trauma
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior. Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00045

Integridade da membrana mucosa oral prejudicada

Aprovado em 1982 • Revisado em 1998, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Lesão em lábios, tecidos moles, cavidade oral e/ou orofaringe.

Características definidoras

- Bolsas gengivais mais profundas do que 4 mm Capacidade
- prejudicada para deglutir Descamação Desconforto oral
-
-
- Desprendimento da mucosa
- Dificuldade para comer Dificuldade
- para falar Dor oral
-
- Drenagem oronasal purulenta Edema
- oral Estomatite
-
- Exposição a patógeno
- Exsudato oral esbranquiçado como leite talhado Exsudatos
- oronasais purulentos Fissura oral Gosto ruim na boca
- Halitose Hiperemia
-
-
-
- Hiperplasia gengival
- Lesão oral
- Língua atrófica lisa
- Língua geográfica
- Língua saburrosa
- Macroplasia

- Manchas brancas na boca Manchas
- esponjosas na boca Nódulo oral
- Paladar diminuído Palidez da mucosa
- oral Palidez gengival Pápula oral
-
-
-
- Placa esbranquiçada na boca
- Presença de massa Queilite
-
- Recessão gengival
- Sangramento Tonsilas
- aumentadas Úlcera oral
- Vesículas orais Xerostomia
-
-

Fatores relacionados

- Agente químico lesivo Barreira ao
- autocuidado oral Barreira ao cuidado
- dos dentes
- Conhecimento insuficiente sobre higiene oral Consumo de
- álcool Depressão Desidratação Desnutrição Estressores
-
-
-
-
- Higiene oral inadequada
- Nutrição inadequada Redução
- da salivação Respiração pela
- boca Tabagismo
-

População em risco

- Desfavorecido economicamente

Condições associadas

- Alergia
- Alteração na função cognitiva
- Distúrbio autossômico Doença
- autoimune
- Estado de jejum oral (NPO, do latim *nil per os*) > 24 horas Fator mecânico
- Fenda labial Fenda palatina Imunodeficiência Imunossupressão Infecção
-
-
-
-
-
- Perda da estrutura de apoio oral
- Procedimento cirúrgico Quimioterapia
- Radioterapia
-
- Redução do nível hormonal nas mulheres Redução
- nas plaquetas Regime de tratamento Síndrome de
- Sjögren Transtorno de comportamento Trauma
- Trauma oral
-
-
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00247

Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a lesão em lábios, tecidos moles, cavidade oral e/ou orofaringe que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Agente químico lesivo Barreira ao
- autocuidado oral Barreira ao cuidado
- dos dentes
- Conhecimento insuficiente sobre higiene oral Consumo de
- álcool Depressão Desidratação Desnutrição Estressores
-
-
-
-
- Higiene oral inadequada
- Nutrição inadequada Redução
- da salivação Respiração pela
- boca Tabagismo
-

População em risco

- Desfavorecido economicamente

Condições associadas

- Alergia
- Alteração na função cognitiva
- Distúrbio autossômico

- Doença autoimune
- Estado de jejum oral (NPO, do latim *nil per os*) > 24 horas Fator mecânico
- Fenda labial Fenda palatina Imunodeficiência Imunossupressão Infecção
-
-
-
-
-
- Perda da estrutura de apoio oral
- Procedimento cirúrgico Quimioterapia
- Radioterapia
-
- Redução do nível hormonal nas mulheres Redução
- nas plaquetas Regime de tratamento Síndrome de
- Sjögren Transtorno de comportamento Trauma
- Trauma oral
-
-
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00046

Integridade da pele prejudicada

Aprovado em 1975 • Revisado em 1998, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Epiderme e/ou derme alterada.

Características definidoras

- Alteração na integridade da pele Área
- localizada quente ao toque Dor aguda
- Hematoma
-
- Matéria estranha perfurando a pele
- Sangramento Vermelhidão
-

Fatores relacionados

Externos

- Agente químico lesivo
- Excreções Hidratação
- Hipertermia Hipotermia
-
-
- Pressão sobre saliência óssea
- Secreções Umidade
-

Internos

- Alteração no volume de líquidos Fator
- psicogênico Nutrição inadequada
-

População em risco

- Extremos de idade

Condições associadas

- Agente farmacêutico Alteração
- hormonal Alteração na pigmentação
- Alteração na sensibilidade Alteração
- no metabolismo Alterações no
- turgor da pele Circulação
- prejudicada Imunodeficiência
- Punção arterial Radioterapia
- Trauma vascular
-
-
-

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00047

Risco de integridade da pele prejudicada

Aprovado em 1975 • Revisado em 1998, 2010, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a alteração na epiderme e/ou derme que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Externos

- Agente químico lesivo
- Excreções Hidratação
- Hipertermia Hipotermia
-
-
- Pressão sobre saliência óssea
- Secreções Umidade
-

Internos

- Alteração no volume de líquidos Fator
- psicogênico Nutrição inadequada
-

População em risco

- Extremos de idade

Condições associadas

- Agente farmacêutico Alteração
- hormonal Alteração na
- pigmentação Alteração na
- sensibilidade

- Alteração no metabolismo
- Alterações no turgor da pele
- Circulação prejudicada
- Imunodeficiência Punção arterial
- Radioterapia Trauma vascular
-
-

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do
diagnóstico 00044

Integridade tissular prejudicada

Aprovado em 1986 • Revisado em 1998, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento.

Características definidoras

- Área localizada quente ao toque Dano
- tecidual Dor aguda Hematoma
- Sangramento Tecido destruído
- Vermelhidão
-
-
-

Fatores relacionados

- Agente químico lesivo
- Conhecimento insuficiente sobre manutenção da integridade tissular Conhecimento
- insuficiente sobre proteção da integridade tissular Estado nutricional desequilibrado
- Umidade
-
- Volume de líquidos deficiente Volume
- de líquidos excessivo

Populações em risco

- Exposição à rede elétrica de alta voltagem Extremos
- de idade
- Extremos de temperatura ambiental

Condições associadas

- Agente farmacêutico Alteração na
- sensibilidade Alteração no
- metabolismo Circulação
- prejudicada Mobilidade
- prejudicada Neuropatia periférica
- Procedimento cirúrgico Punção
- arterial Radioterapia Trauma
- vascular
-
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00248

Risco de integridade tissular prejudicada

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Agente químico lesivo
- Conhecimento insuficiente sobre manutenção da integridade tissular Conhecimento
- insuficiente sobre proteção da integridade tissular Estado nutricional desequilibrado
- Umidade
-
- Volume de líquidos deficiente Volume
- de líquidos excessivo

Populações em risco

- Exposição à rede elétrica de alta voltagem Extremos
- de idade
- Extremos de temperatura ambiental

Condições associadas

- Agente farmacêutico Alteração na
- sensibilidade Alteração no
- metabolismo Circulação
- prejudicada Mobilidade
- prejudicada Neuropatia periférica
- Procedimento cirúrgico Punção
- arterial Radioterapia
-
-

- Trauma vascular

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00035

Risco de lesão

Aprovado em 1978 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a lesão física por condições ambientais que interagem com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Agente nosocomial
- Barreira física
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Desnutrição
-
- Exposição a patógeno
- Exposição a substância química tóxica Fonte
- nutricional comprometida Modo inseguro de
- transporte Nível de imunização na comunidade
-

Populações em risco

- Extremos de idade
- Mecanismos de defesa primários prejudicados

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva Alteração
- na função psicomotora Alteração na
- sensibilidade Disfunção autoimune
- Disfunção bioquímica
-
- Disfunção de integração sensorial
- Disfunção dos efetores Disfunção imune
-

- Hipóxia tissular Perfil
- sanguíneo anormal

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00250

Risco de lesão do trato urinário

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a dano às estruturas do trato urinário em decorrência de uso de cateteres que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Confusão
- Conhecimento deficiente do paciente ou cuidador em relação a cuidados com o cateter urinário
- Obesidade
-

População em risco

- Extremos de idade

Condições associadas

- Alergia ao látex
- Balão de retenção inflado a ≥ 30 mL
- Cognição prejudicada
- Condição que previne a capacidade de fixar o cateter
- Dissinergia do esfíncter detrusor
- Lesão medular
-
- Múltiplas cateterizações
- Uso de cateter urinário de grande calibre
- Uso prolongado de cateter urinário
- Variação anatômica em órgãos pélvicos

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00245

Risco de lesão na córnea

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a infecção ou lesão inflamatória no tecido da córnea que pode afetar camadas superficiais ou profundas e que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Exposição do
- globo ocular

População em risco

- Hospitalização prolongada

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Edema periorbital
- Escore < 6 na Escala de Coma de Glasgow Intubação
- Oxigenoterapia
-
- Pisca < 5 vezes por minuto
- Traqueostomia Ventilação
- mecânica

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00087

Risco de lesão por posicionamento perioperatório

Aprovado em 1994 • Revisado em 2006, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a mudanças físicas e anatômicas inadvertidas em consequência de postura ou equipamento usado durante procedimento invasivo/cirúrgico que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- A serem desenvolvidos

Condições associadas

- Desorientação Edema
- Emaciação Fraqueza
- muscular Imobilização
- Obesidade
-
-
- Transtornos sensoriais/perceptivos decorrentes de anestesia

Em razão da quantidade limitada do contato com o paciente no pré-operatório, os enfermeiros podem não conseguir intervir em várias dessas condições associadas. Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00249

Risco de lesão por pressão

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.2

Definição

Suscetibilidade a lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre saliência óssea, em consequência de pressão, ou pressão combinada com forças de cisalhamento (NPUAP, 2007).

Fatores de risco

- Atrito em superfície
- Conhecimento insuficiente do cuidador sobre prevenção de lesão por pressão Conhecimento
- insuficiente sobre os fatores modificáveis Déficit no autocuidado Desidratação
-
-
- Forças de cisalhamento
- Hidratação da pele Hipertermia
- Incontinência Nutrição
- inadequada Pele com
- descamação Pele ressecada
-
-
- Período prolongado de imobilidade em superfície rija Pressão sobre
- saliência óssea Redução na mobilidade Sobrepeso Tabagismo
-
-
-
- Uso de lençóis com propriedade de redução da umidade insuficiente

Populações em risco

- ADULTO: escore na Escala Braden < 17
- CRIANÇA: Escala de Braden Q ≤ 16
- Escore baixo na escala Risk Assessment Pressure Sore (RAPS)

- Escore de classificação do estado físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) ≥ 2 Escore na classificação
- funcional da New York Heart Association (NYHA) ≥ 1 Extremos de idade Extremos de peso
-
-
- História de acidente vascular encefálico História de
- lesão por pressão História de trauma Sexo
- feminino
-

Condições associadas

- Agente farmacêutico Alteração na
- função cognitiva Alteração na
- sensibilidade Anemia
-
- Circulação prejudicada
- Doença cardiovascular
- Edema
- Espessura reduzida da dobra de pele do tríceps Fratura de
- quadril Imobilização física Linfopenia
-
-
- Redução na oxigenação tissular Redução na perfusão tissular
- Redução no nível de albumina sérica Temperatura da pele
- elevada em torno de 1 a 2°C
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00220

Risco de lesão térmica

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a danos à pele e às membranas mucosas devido a temperaturas extremas que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Ambiente inseguro
- Conhecimento insuficiente do cuidador sobre precauções de segurança Conhecimento
- insuficiente sobre precauções de segurança Fadiga
-
- Falta de atenção
- Roupas de proteção inadequadas
- Supervisão inadequada Tabagismo
-

Populações em risco

- Extremos de idade
- Extremos de temperatura ambiental

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Intoxicação alcoólica
- Intoxicação por drogas ou fármacos
- Neuropatia
- Prejuízo neuromuscular
- Regime de tratamento

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00156

Risco de morte súbita do lactente

Aprovado em 2002 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 3.2

Definição

Suscetibilidade de um lactente à morte imprevisível.

Fatores de risco

- Atraso no início do cuidado pré-natal Cuidado
- pré-natal insuficiente Excesso de roupas no lactente
- Exposição como fumante passivo Lactente
- colocado para dormir de bruços Lactente colocado
- para dormir de lado
-
- Lactente com menos de 4 meses colocado em dispositivos para sentar em sono de rotina Objetos macios e
- soltos colocados perto do lactente Superaquecimento do lactente Superfície macia para dormir
-
-

Populações em risco

- Baixo peso ao nascer Etnia afro-americana
- Etnia indígena norte-americana Exposição
- pós-natal a droga ilícita Exposição pós-natal
- ao álcool Exposição pré-natal a droga ilícita
- Exposição pré-natal ao álcool Idade de pico
- entre 2 e 4 meses
-
-
- Lactente com aleitamento não exclusivo ou alimentado exclusivamente com leite retirado das mamas
-
- Pais muito jovens
- Prematuridade Sexo
- masculino

- Tabagismo materno durante a gestação

Condição associada

- Condição atmosférica fria

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00155

Risco de quedas

Aprovado em 2000 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade aumentada a quedas que pode causar dano físico e comprometer a saúde.

Fatores de risco

Em crianças

- Ausência de portão em escadas
- Ausência de protetor de janela
- Equipamento de contenção em automóvel insuficiente Supervisão
- inadequada

Ambientais

- Ambiente cheio de objetos
- Cenário pouco conhecido
- Exposição a condições atmosféricas inseguras Iluminação
- insuficiente
- Material antiderrapante insuficiente nos banheiros Uso de
- imobilizadores Uso de tapetes soltos
-

Fisiológicos

- Alteração na glicemia sanguínea
- Ausência de sono
- Desmaio ao estender o pescoço
- Desmaio ao virar o pescoço Diarreia
-
- Dificuldades na marcha
- Incontinência

- Mobilidade prejudicada
- Redução da força em extremidade inferior Urgência
- urinária

Outros

- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Consumo de
- álcool

Populações em risco

- História de quedas
- Idade ≤ 2 anos Idade $\geq$
- 65 anos Morar só
-
- Sexo masculino quando < 1 ano de idade

Condições associadas

- Agente farmacêutico Alteração na
- função cognitiva Anemia Artrite
-
-
- Condição que afeta os pés Déficit
- proprioceptivo Doença aguda
- Doença vascular Equilíbrio
- prejudicado Hipotensão
- ortostática Neoplasia Neuropatia
-
-
-
- Período de recuperação pós-operatória Prejuízo
- da audição Prótese de membro inferior Uso de
- dispositivo auxiliar Visão prejudicada
-
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00100

Recuperação cirúrgica retardada

Aprovado em 1998 • Revisado em 2006, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar.

Características definidoras

- Adia o retorno ao trabalho
- Desconforto
- Evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica Incapacidade de retornar ao emprego Mobilidade prejudicada
-
- Necessita de ajuda para o autocuidado Perda do
- apetite
- Tempo excessivo necessário à recuperação

Fatores relacionados

- Desnutrição
- Dor
- Obesidade
- Reação emocional pós-operatória

Populações em risco

- Extremos de idade
- História de atraso em cicatrização de ferida

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Contaminação do sítio cirúrgico
- Diabetes melito Edema no sítio cirúrgico
-

- Escore de classificação do estado físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) ≥ 3 Infecção perioperatória
- no sítio cirúrgico Mobilidade prejudicada Náusea persistente
-
-
- Procedimento cirúrgico extenso Procedimento cirúrgico
- prolongado Transtorno psicológico no período pós-operatório
- Trauma no sítio cirúrgico Vômito persistente
-
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00246

Risco de recuperação cirúrgica retardada

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Desnutrição
- Dor
- Obesidade
- Reação emocional pós-operatória

Populações em risco

- Extremos de idade
- História de atraso em cicatrização de ferida

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Contaminação do sítio cirúrgico
- Diabetes melito Edema no sítio cirúrgico
-
- Escore de classificação do estado físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) ≥ 3 Infecção perioperatória
- no sítio cirúrgico Mobilidade prejudicada Náusea persistente
-
-
- Procedimento cirúrgico extenso Procedimento cirúrgico
- prolongado Transtorno psicológico no período pós-operatório
- Trauma no sítio cirúrgico Vômito persistente
-
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00219

Risco de ressecamento ocular

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a desconforto ocular ou dano à córnea e à conjuntiva devido à quantidade reduzida ou à qualidade das lágrimas para hidratar o olho que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Ar condicionado
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Deficiência de
- vitamina A Excesso de vento Exposição ao sol Ingestão de cafeína
- Leitura prolongada Poluição do ar Tabagismo Umidade baixa
-
-
-
-
-
-

Populações em risco

- Envelhecimento
- História de alergia
- Sexo feminino
- Usuário de lentes de contato

Condições associadas

- Alteração hormonal Dano à
- superfície ocular Doença
- autoimune
- Lesão neurológica com perda de reflexo sensorial ou motor Regime de
- tratamento

- Ventilação mecânica

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00206

Risco de sangramento

Aprovado em 2008 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à redução no volume de sangue que pode comprometer a saúde.

Fator de risco

- Conhecimento insuficiente sobre precauções de sangramento

População em risco

- História de quedas

Condições associadas

- Aneurisma
- Circuncisão
- Coagulação intravascular disseminada
- Coagulopatia inerente Complicação gestacional
- Complicação pós-parto Condição gastrointestinal
- Função hepática prejudicada Regime de
- tratamento Trauma
-
-
-

Fatores de risco adicionais a serem desenvolvidos. Literatura de apoio

original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00036

Risco de sufocação

Aprovado em 1980 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a disponibilidade inadequada de ar para inalação que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Acesso a refrigerador/congelador vazios Aquecedor a combustível em
- local sem ventilação Brincar com saco plástico Brincar desacompanhado
- na água Chupeta pendurada no pescoço do lactente Colocar grande
- quantidade de comida na boca Conhecimento insuficiente sobre
- precauções de segurança Fumar na cama
-
-
-
- Mamadeira apoiada no berço do lactente Objeto
- pequeno na via aérea Superfície macia para dormir
- Transtorno emocional
-
- Varal de roupas esticado em altura baixa
- Vazamento de gás
- Veículo ligado em garagem fechada

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Alteração na função olfativa Doença
- no rosto/pescoço Função motora
- prejudicada Lesão no rosto/pescoço
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00213

Risco de trauma vascular

Aprovado em 2008 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a dano em veia e tecidos ao redor relacionado à presença de cateter e/ou soluções infundidas que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Local de inserção disponível inadequado Tempo prolongado
- em que o cateter está no local

Condições associadas

- Solução irritante Taxa de
- infusão rápida

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00038

Risco de trauma físico

Aprovado em 1980 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a lesão física de início e gravidade súbitos que exige atenção imediata.

Fatores de risco

Externos

- Acesso a armas Aparelhos
- com defeito
- Ausência de dispositivo para pedir socorro Ausência
- de portão em escadas Ausência de protetor de janela
- Banho em água muito quente Brincar com explosivo
- Brincar com objetos perigosos
-
-
- Cabos de panelas virados para fora do fogão Calçadas
- inseguras Cama em posição alta Chão escorregadio
-
-
- Combustível armazenado de forma inadequada Corrimão de
- escada inadequado
- Crianças viajando no banco da frente do carro Dispositivo
- para pedir socorro com defeito Estradas inseguras
-
- Exposição a maquinário perigoso
- Exposição a produto corrosivo Exposição
- à radiação
- Exposição a substância química tóxica Falta de
- uso de cintos de segurança

- Fiação elétrica sem fixação Fumar na
- cama Fumar perto de oxigênio
- Gordura derramada em fogão
- Iluminação insuficiente
-
- Material antiderrapante insuficiente nos banheiros Objeto
- inflamável Perigo elétrico
-
- Pontas de gelo pendentes do teto Proteção insuficiente contra fonte de
- calor Proximidade de acesso de veículos Retardo no acendimento de
- aparelhos a gás Substância corrosiva armazenada de forma
- inadequada Tentar se livrar de imobilizadores Uso de cadeira instável
- Uso de escada instável Uso de louça rachada
-
-
-
-
-
- Uso de roupas largas perto de chamas Uso de
- tapetes soltos
- Uso errado de cinto de segurança
- Uso incorreto de equipamentos de proteção para a cabeça Uso inseguro
- de equipamento pesado Vias de acesso obstruídas
-

Internos

- Conhecimento insuficiente sobre precauções de segurança Equilíbrio
- prejudicado Fraqueza
-
- Transtorno emocional
- Visão insuficiente

Populações em risco

- Desfavorecido economicamente Extremos de
- temperatura ambiental

- História de trauma
- Vazamento de gás
- Vizinhança com alta taxa de criminalidade

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva Alteração na
- sensibilidade Redução na coordenação
- muscular Redução na coordenação olhos-mãos
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física Código do

diagnóstico 00268

Risco de tromboembolismo venoso

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade ao desenvolvimento de coágulo sanguíneo em veia profunda, geralmente na coxa, panturrilha ou extremidade superior, que pode se romper e alojar-se em outro vaso, o que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Desidratação
- Mobilidade prejudicada
- Obesidade

Populações em risco

- Admissão em unidade de terapia intensiva
- Fumante atual
- História anterior de tromboembolismo venoso
- História de acidente vascular encefálico
- Idade > 60 anos
- Menos de 6 semanas pós-parto
- Parente de primeiro grau com história de tromboembolismo venoso

Condições associadas

- Acidente vascular encefálico
- Cirurgia e tempo total de anestesia > 90 minutos
- Comorbidade médica significativa
- Diagnóstico atual de câncer
- Pós-operatório de cirurgia importante
- Pós-operatório de cirurgia ortopédica
- Trauma abaixo da cintura
- Trauma de extremidade superior
-
-

- Trombofilia
- Uso de contraceptivos contendo estrogênio Uso de
- terapia de reposição hormonal Veias varicosas
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 3 • Violência Código do

diagnóstico 00151

Automutilação

Aprovado em 2000 • Revisado em 2017

Definição

Comportamento autolesivo deliberado, causando dano tissular, com a intenção de provocar lesão não fatal para obter alívio de tensão.

Características definidoras

- Arranhões no corpo
- Compressão de parte do corpo Corte
- de parte do corpo Cortes no corpo
- Cutucar feridas Esfolar-se Golpear-se
-
-
-
- Inalação de substâncias prejudiciais Ingestão de
- substâncias prejudiciais Inserção de objetos em
- orifícios do corpo Morder-se
-
- Queimadura autoinfligida

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias Alteração da imagem
- corporal Ausência de confidente na família
- Autoestima prejudicada Baixa autoestima
- Comportamento instável
-
-
- Comunicação ineficaz entre pai/mãe e adolescente Dissociação
-
- Estratégias de enfrentamento ineficazes

- Impulsividade
- Incapacidade de expressar tensão verbalmente Isolamento
- dos colegas
- Necessita de redução rápida do estresse
- Padrão de incapacidade para enxergar consequências no longo prazo Padrão de
- incapacidade para planejar soluções Perda de controle sobre situação de solução de
- problemas Perfeccionismo
-
- Perturbação nos relacionamentos interpessoais Sentimento
- negativo
- Sentir-se ameaçado com a perda de relacionamento significativo Tensão
- crescente intolerável Transtorno alimentar Transtorno emocional Urgência
- irresistível de cortar-se
-
-
- Urgência irresistível de violência direcionada a si mesmo Uso de manipulação para
- obter relacionamento de apoio com outros

Populações em risco

- Abuso de substâncias na família
- Adolescência
- Atraso de desenvolvimento Cirurgia
- na infância Colegas que se
- automutilam Criança maltratada
- Crise de identidade sexual Divórcio
- na família Doença na infância
- Encarceramento
-
-
- História de abuso na infância
- História de violência direcionada a si mesmo História familiar
- de comportamento autodestrutivo Violência entre figuras
- paterna/materna Viver em local não tradicional
-

Condições associadas

- Autismo
- Despersonalização
- Transtorno da personalidade *borderline*
- Transtorno de caráter
- Transtorno psicótico

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 3 • Violência Código do

diagnóstico 00139

Risco de automutilação

Aprovado em 1992 • Revisado em 2000, 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a comportamento autolesivo deliberado, causando dano tissular, com a intenção de provocar lesão não fatal para obter alívio de tensão.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias Alteração da imagem
- corporal Ausência de confidente na família
- Autoestima prejudicada Baixa autoestima
- Comportamento instável
-
-
- Comunicação ineficaz entre pai/mãe e adolescente Dissociação
-
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Impulsividade
- Incapacidade de expressar tensão verbalmente Isolamento
- dos colegas
- Necessita de redução rápida do estresse
- Padrão de incapacidade para enxergar consequências no longo prazo Padrão de
- incapacidade para planejar soluções Perda de controle sobre situação de solução de
- problema Perfeccionismo
-
- Perturbação nos relacionamentos interpessoais Sentimento
- negativo
- Sentir-se ameaçado com a perda de relacionamento significativo Tensão
- crescente intolerável Transtorno alimentar Transtorno emocional
-
-

- Urgência irresistível de cortar-se
- Urgência irresistível de violência direcionada a si mesmo Uso de manipulação para
- obter relacionamento de apoio com outros

Populações em risco

- Abuso de substâncias na família
- Adolescência
- Atraso de desenvolvimento Cirurgia
- na infância Colegas que se
- automutilam Criança maltratada
- Crise de identidade sexual Divórcio
- na família Doença na infância
- Encarceramento
-
-
- História de abuso na infância
- História de violência direcionada a si mesmo História familiar de
- comportamento autodestrutivo Perda de relacionamento
- significativo Violência entre figuras paterna/materna Viver em
- local não tradicional
-

Condições associadas

- Autismo
- Despersonalização
- Transtorno da personalidade *borderline*
- Transtorno de caráter
- Transtorno psicótico

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 3 • Violência Código do

diagnóstico 00272

Risco de mutilação genital feminina

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a ablação total ou parcial da genitália externa feminina e outras lesões da genitália, seja por razão cultural, religiosa ou qualquer outra razão não terapêutica, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Falta de conhecimento da família sobre o impacto da prática na saúde física Falta de conhecimento da
- família sobre o impacto da prática na saúde reprodutiva Falta de conhecimento da família sobre o
- impacto da prática na saúde psicossocial

Populações em risco

- Atitude familiar favorável à prática
- Lideranças familiares pertencem a grupo étnico em que a prática é aceita Plano de visita a
- país de origem da família Ser moradora de país onde a prática é aceita
-
- Ser parte de família em que uma mulher foi submetida à prática Ser parte de
- grupo étnico em que a prática é aceita Sexo feminino
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 3 • Violência Código do

diagnóstico 00150

Risco de suicídio

Aprovado em 2000 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a lesão autoinfligida que ameaça a vida.

Fatores de risco

Comportamentais

- Acúmulo de medicamentos armazenados Compra de
- uma arma Distribuir suas posses Fazer um
- testamento Impulsividade
-
-
- Mudança acentuada de comportamento Mudança
- acentuada na atitude
- Mudança acentuada no desempenho escolar Mudar um
- testamento
- Recuperação eufórica repentina de depressão profunda

Psicológicos

- Abuso de substâncias Culpa
-

Situacionais

- Acesso a armas Perda de
- autonomia Perda de
- independência

Sociais

- Apoio social insuficiente
- Desamparo

- Desesperança
- Dificuldades legais
- Isolamento social
- Perda de relacionamento significativo Pesar
-
- Problemas disciplinares
- Solidão
- Suicídios em grupo Vida familiar
- problemática

Verbais

- Ameaça matar-se Relata
- desejo de morrer

Outros

- Dor crônica

Populações em risco

- Adolescência
- Adolescentes que vivem em locais não tradicionais
- Aposentadoria
- Desfavorecido economicamente
- Divorciado Etnia caucasiana
-
- Etnia indígena norte-americana História
- de abuso na infância História de
- tentativa de suicídio História familiar de
- suicídio Homens na vida adulta jovem
- Institucionalização Jovens
- homossexuais Morar só
-
-
- Mudança de endereço
- Pessoas idosas

- Sexo masculino
- Viuvez

Condições associadas

- Doença física Doença
- terminal Transtorno
- psiquiátrico

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 3 • Violência Código do

diagnóstico 00138

Risco de violência direcionada a outros

Aprovado em 1980 • Revisado em 1996, 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a comportamentos nos quais um indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a outros.

Fatores de risco

- Acesso a armas
- Comportamento suicida
- Impulsividade
- Linguagem corporal negativa Padrão de
- ameaças de violência
- Padrão de comportamento antissocial violento Padrão de
- violência direcionada a outros Padrão de violência indireta
-

Populações em risco

- História de abuso de substâncias História de
- abuso na infância História de crueldade com os
- animais
- História de desrespeito à legislação de veículos automotivos História de
- provocação de incêndio História de testemunhar violência familiar
-

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Complicações perinatais
- Complicações pré-natais Intoxicação
- patológica Prejuízo neurológico
- Transtorno psicótico
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 3 • Violência Código do

diagnóstico 00140

Risco de violência direcionada a si mesmo

Aprovado em 1994 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a comportamentos nos quais um indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a si mesmo.

Fatores de risco

- Conflito em relação(ões) interpessoal(is) Conflito sobre
- orientação sexual Envolvimento em atos sexuais
- autoeróticos Ideação suicida
-
- Indicadores comportamentais de intenção suicida Indicadores
- verbais de intenção suicida Isolamento social Plano suicida
-
-
- Preocupação com emprego Recursos
- pessoais insuficientes

Populações em risco

- Estado civil
- História de múltiplas tentativas de suicídio Idade ≥ 45
- anos Idade entre 15 e 19 anos Ocupação
-
-
- Padrão de dificuldades nos antecedentes familiares

Condições associadas

- Problema de saúde física
- Problema de saúde mental
- Transtorno psicológico

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 4 • Riscos ambientais Código do

diagnóstico 00181

Contaminação

Aprovado em 2006 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Exposição a contaminantes ambientais em doses suficientes para causar efeitos adversos à saúde.

Características definidoras

Pesticidas

- Efeitos dermatológicos da exposição a pesticidas Efeitos
- gastrintestinais da exposição a pesticidas Efeitos neurológicos
- da exposição a pesticidas Efeitos pulmonares da exposição a
- pesticidas Efeitos renais da exposição a pesticidas
-

Produtos químicos

- Efeitos dermatológicos da exposição a produtos químicos Efeitos
- gastrintestinais da exposição a produtos químicos Efeitos imunológicos
- da exposição a produtos químicos Efeitos neurológicos da exposição a
- produtos químicos Efeitos pulmonares da exposição a produtos químicos
- Efeitos renais da exposição a produtos químicos
-

Agentes biológicos

- Efeitos dermatológicos da exposição a agentes biológicos Efeitos
- gastrintestinais da exposição a agentes biológicos Efeitos neurológicos
- da exposição a agentes biológicos Efeitos pulmonares da exposição a
- agentes biológicos Efeitos renais da exposição a agentes biológicos
-

Poluição

- Efeitos neurológicos da exposição à poluição Efeitos
- pulmonares da exposição à poluição

Resíduos

- Efeitos dermatológicos da exposição a resíduos Efeitos
- gastrintestinais da exposição a resíduos Efeitos hepáticos da
- exposição a resíduos Efeitos pulmonares da exposição a
- resíduos

Radioatividade

- Efeitos genéticos da exposição à radiação Efeitos
- imunológicos da exposição à radiação Efeitos
- neurológicos da exposição à radiação Efeitos oncológicos
- da exposição à radiação

Fatores relacionados

Externos

- Brincar onde são usados contaminantes ambientais
- Contaminação química da água Contaminação química de
- alimentos Degradação inadequada de contaminante Exposição
- sem proteção a material radioativo Exposição sem proteção a
- metais pesados Exposição sem proteção a substâncias químicas
- Ingestão de material contaminado Piso acarpetado
-
-
-
- Práticas inadequadas de higiene da casa Práticas
- inadequadas de higiene pessoal Roupas de
- proteção inadequadas Serviços municipais
- inadequados
- Superfície descascando na presença de crianças pequenas Uso de
- contaminante ambiental em casa
- Uso de material intoxicante em área com ventilação insuficiente

- Uso de material intoxicante sem proteção eficaz Uso
- inadequado de roupas de proteção

Internos

- Exposição concomitante
- Nutrição inadequada
- Tabagismo

Populações em risco

- Crianças < 5 anos
- Desfavorecido economicamente
- Exposição a áreas com alto nível de contaminantes Exposição a
- bioterrorismo Exposição a desastre
-
- Exposição a poluentes atmosféricos
- Exposição à radiação
- Exposição anterior a contaminante Idade
- gestacional durante a exposição Pessoas idosas
- Sexo feminino
-

Condições associadas

- Doença preexistente
- Gravidez

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 4 • Riscos ambientais Código do

diagnóstico 00180

Risco de contaminação

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à exposição a contaminantes ambientais que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Externos

- Brincar onde são usados contaminantes ambientais
- Contaminação química da água Contaminação química de
- alimentos Degradação inadequada de contaminante Exposição
- sem proteção a material radioativo Exposição sem proteção a
- metais pesados Exposição sem proteção a substâncias químicas
- Ingestão de material contaminado Piso acarpetado
-
-
-
- Práticas inadequadas de higiene da casa Práticas
- inadequadas de higiene pessoal Roupas de
- proteção inadequadas Serviços municipais
- inadequados
- Superfície descascando na presença de crianças pequenas Uso de
- contaminante ambiental em casa
- Uso de material intoxicante em área com ventilação insuficiente Uso de material
- intoxicante sem proteção eficaz Uso inadequado de roupas de proteção
-

Internos

- Exposição concomitante
- Nutrição inadequada

- Tabagismo

Populações em risco

- Crianças < 5 anos
- Desfavorecido economicamente
- Exposição a áreas com alto nível de contaminantes Exposição a
- bioterrorismo Exposição a desastre
-
- Exposição a poluentes atmosféricos
- Exposição à radiação
- Exposição anterior a contaminante Idade
- gestacional durante a exposição Pessoas idosas
- Sexo feminino
-

Condições associadas

- Doença preexistente
- Gravidez

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 4 • Riscos ambientais Código do

diagnóstico 00037

Risco de envenenamento

Aprovado em 1980 • Revisado em 2006, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a exposição acidental ou ingestão de substâncias ou produtos perigosos em doses suficientes que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Externos

- Acesso a agente farmacêutico
- Acesso a drogas ilícitas potencialmente contaminadas por aditivos venenosos Acesso a produto
- perigoso
- Ambiente de trabalho sem medidas de proteção adequadas

Internos

- Conhecimento insuficiente sobre agente farmacêutico Conhecimento insuficiente
- sobre prevenção de envenenamento Precauções inadequadas contra
- envenenamento Transtorno emocional Visão insuficiente
-
-

Condição associada

- Alteração na função cognitiva

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 4 • Riscos ambientais Código do

diagnóstico 00265

Risco de lesão ocupacional

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a acidente ou doença relacionados ao trabalho que podem comprometer a saúde.

Fatores de risco

Individuais

- Atos inseguros por excesso de confiança Atos inseguros por
- hábitos negativos não saudáveis Conhecimento insuficiente
- Controle do tempo inadequado Desempenho de papel inadequado
- Estratégias de enfrentamento ineficazes Estresse excessivo
-
-
-
- Interpretação incorreta de informações
- Sofrimento psicológico
- Uso inadequado de equipamento de proteção individual

Ambientais

- Ambiente físico inadequado
- Distração em relação a relacionamentos sociais Estado de esgotamento físico e mental (*burnout*)
- relacionado à ocupação Exposição a agentes biológicos Exposição a agentes químicos
- Exposição a agentes teratogênicos Exposição a extremos de temperatura Exposição à
- radiação Exposição a ruído Exposição a vibrações
-
-
-
-
-

- Falta de equipamento de proteção individual Relações
- no trabalho
- Rotatividade de trabalho noturno e diurno
- Sobrecarga física Trabalho em turnos
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 5 • Processos defensivos Código do
diagnóstico 00218

Risco de reação adversa a meio de contraste iodado

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma reação nociva ou não intencional associada a uso de meio de contraste iodado que pode ocorrer dentro de sete dias após injeção do meio de contraste e que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Desidratação
- Fraqueza generalizada

Populações em risco

- Extremos de idade
- História anterior de efeito adverso por meio de contraste iodado História de
- alergia

Condições associadas

- Doença crônica
- Inconsciência
- Meio de contraste precipita evento adverso Uso
- concomitante de agentes farmacêuticos Veia fragilizada
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 5 • Processos defensivos Código do
diagnóstico 00217

Risco de reação alérgica

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma reação ou resposta imunológica exagerada a substâncias que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Exposição a alérgeno Exposição a alérgeno
- ambiental Exposição a substância química tóxica
-

Populações em risco

- Exposição repetida a substâncias ambientais que produzem alérgenos História de
- alergia a picada de inseto História de alergia alimentar
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 5 • Processos defensivos Código do

diagnóstico 00041

Reação alérgica ao látex

Aprovado em 1998 • Revisado em 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Reação de hipersensibilidade a produtos de borracha de látex natural.

Características definidoras

Reações com risco de morte que ocorrem < 1 hora após exposição

- Aperto no peito
- Broncospasmo
- Dispneia Edema
- Hipotensão
-
- Infarto do miocárdio
- Parada respiratória Sibilos
- Síncope
-
- Urticária de contato, progredindo para sintomas generalizados

Reações do tipo IV que ocorrem ≥ 1 hora após a exposição

- Eczema
- Eritema da pele
- Irritação da pele
- Reação de desconforto a aditivos

Características generalizadas

- Desconforto generalizado Edema
- generalizado Inquietação
-
- Relata calor em todo o corpo Rubor
-

Características gastrintestinais

- Dor abdominal
- Náusea

Características orofaciais

- Congestão nasal
- Edema periorbital
- Eritema
- Lacrimejamento
- Prurido Rinorreia
-

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

Populações em risco

- Exposição frequente a produtos com látex História de
- alergia
- História de alergia à planta poinsétia (bico-de-papagaio, flor-do-natal) História de alergia
- alimentar História de asma
-
- História de cirurgia durante a lactância História
- de reação ao látex

Condições associadas

- Hipersensibilidade às proteínas da borracha do látex natural Múltiplos
- procedimentos cirúrgicos

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não sejam desenvolvidos fatores relacionados. Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 5 • Processos defensivos Código do
diagnóstico 00042

Risco de reação alérgica ao látex

Aprovado em 1998 • Revisado em 2006, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma reação de hipersensibilidade a produtos de borracha de látex natural que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- A serem desenvolvidos

Populações em risco

- Exposição frequente a produtos com látex História de
- alergia
- História de alergia à planta poinsétia (bico-de-papagaio, flor-do-natal) História de alergia
- alimentar História de asma
-
- História de cirurgia durante a lactância História
- de reação ao látex

Condições associadas

- Hipersensibilidade às proteínas da borracha do látex natural Múltiplos
- procedimentos cirúrgicos

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não sejam desenvolvidos fatores relacionados. Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 6 • Termorregulação Código do
diagnóstico 00007

Hipertermia

Aprovado em 1986 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.2

Definição

Temperatura corporal central acima dos parâmetros diurnos normais devido a falha na termorregulação.

Características definidoras

- Apneia Coma
- Convulsão
- Estupor
- Hipotensão
- Irritabilidade
-
- Lactente não consegue manter a sucção Letargia
-
- Pele quente ao toque
- Postura anormal Pele
- ruborizada Taquicardia
- Taquipneia Vasodilatação
-
-

Fatores relacionados

- Atividade vigorosa
- Desidratação Roupas
- inadequadas

População em risco

- Exposição a temperatura ambiental elevada

Condições associadas

- Agente farmacêutico Aumento da
- taxa metabólica Doença Isquemia
-
-
- Redução na reação de transpiração Sepses
- Trauma
-

Consultar critérios de estadiamento. Literatura de apoio original

disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 6 • Termorregulação Código do
diagnóstico 00006

Hipotermia

Aprovado em 1986 • Revisado em 1988, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.2

Definição

Temperatura corporal central abaixo dos parâmetros diurnos normais devido a falha na termorregulação.

Características definidoras

- Acrocianose
- Aumento da taxa metabólica Aumento no
- consumo de oxigênio Bradicardia
- Hipertensão Hipoglicemia Hipóxia
-
-
-
- Leitos ungueais cianóticos Pele
- fria ao toque Piloereção
-
- Preenchimento capilar lento Redução na
- glicemia sanguínea Redução na
- ventilação Taquicardia Tremor pelo frio
- Vasoconstrição periférica
-
-

Neonatos

- Acidose metabólica
- Icterícia Irritabilidade
-
- Lactente com aumento de peso insuficiente (< 30 g/dia) Lactente com
- energia insuficiente para manter a sucção

- Palidez
- Sofrimento respiratório

Fatores relacionados

- Baixa temperatura ambiental
- Conhecimento insuficiente do cuidador sobre prevenção da hipotermia Consumo de
- álcool Desnutrição Inatividade
-
-
- Roupas insuficientes
- Transferência excessiva de calor por condução Transferência
- excessiva de calor por convecção Transferência excessiva de
- calor por evaporação Transferência excessiva de calor por
- radiação

Neonatos

- Atraso na amamentação Aumento na
- demanda de oxigênio Banho antecipado do
- recém-nascido

Populações em risco

- Aumento da área da superfície corporal em relação ao peso Desfavorecido
- economicamente Extremos de idade Extremos de peso
-
-
- Nascimento de alto risco fora do hospital Nascimento não
- planejado fora do hospital Suprimento insuficiente de
- gordura subcutânea

Condições associadas

- Agente farmacêutico Camada da
- córnea imatura Controle vascular
- ineficaz Dano ao hipotálamo
-

- Diminuição da taxa metabólica
- Radioterapia
- Resistência vascular pulmonar (RVP) aumentada
- Termogênese sem tremores ineficiente Trauma
-

Consultar critérios de estadiamento adequados e validados. Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 6 • Termorregulação Código do
diagnóstico 00253

Risco de hipotermia

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.2

Definição

Suscetibilidade a falha na termorregulação que pode resultar em temperatura corporal central abaixo dos parâmetros diurnos normais, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Baixa temperatura ambiental
- Conhecimento insuficiente do cuidador sobre prevenção da hipotermia Consumo de
- álcool Desnutrição Inatividade
-
-
- Roupas insuficientes
- Transferência excessiva de calor por condução Transferência
- excessiva de calor por convecção Transferência excessiva de
- calor por evaporação Transferência excessiva de calor por
- radiação

Neonatos

- Atraso na amamentação Aumento na
- demanda de oxigênio Banho antecipado do
- recém-nascido

Populações em risco

- Aumento da área da superfície corporal em relação ao peso Desfavorecido
- economicamente Extremos de idade Extremos de peso
-
-
- Nascimento de alto risco fora do hospital Nascimento
- não planejado fora do hospital

- Suprimento insuficiente de gordura subcutânea

Condições associadas

- Agente farmacêutico Camada da
- córnea imatura Controle vascular
- ineficaz Dano ao hipotálamo
-
- Diminuição da taxa metabólica
- Radioterapia
- Resistência vascular pulmonar (RVP) aumentada
- Termogênese sem tremores ineficiente Trauma
-

Consultar critérios de estadiamento adequados e validados. Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 6 • Termorregulação Código do

diagnóstico 00254

Risco de hipotermia perioperatória

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma queda inadvertida na temperatura corporal central abaixo de 36°C, que ocorre no período entre 1 hora antes até 24 horas após cirurgia, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Baixa temperatura ambiental
- Transferência excessiva de calor por condução
- Transferência excessiva de calor por convecção
- Transferência excessiva de calor por radiação

Populações em risco

- Baixa temperatura no pré-operatório (< 36°C) Baixo peso
- corporal
- Escore de classificação do estado físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) > 1

Condições associadas

- Anestesia local e geral combinadas
- Complicações cardiovasculares Neuropatia
- diabética Procedimento cirúrgico
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 6 • Termorregulação Código do
diagnóstico 00008

Termorregulação ineficaz

Aprovado em 1986 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Oscilação da temperatura entre hipotermia e hipertermia.

Características definidoras

- Aumento da frequência respiratória
- Aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais Convulsão
- Hipertensão
-
- Leitos ungueais cianóticos Palidez
- moderada Pele fria ao toque Pele
- quente ao toque Pele ruborizada
- Piloereção
-
-
- Preenchimento capilar lento
- Redução da temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais Taquicardia
- Tremor leve
-

Fatores relacionados

- Atividade vigorosa
- Aumento na demanda de oxigênio
- Desidratação Inatividade
-
- Oscilação na temperatura ambiental Roupas inadequadas para
- a temperatura ambiental

Populações em risco

- Aumento da área da superfície corporal em relação ao peso Extremos de
- idade Extremos de peso
-
- Extremos de temperatura ambiental Suprimento insuficiente
- de gordura subcutânea

Condições associadas

- Agente farmacêutico Alteração na
- taxa metabólica
- Condição que afeta a regulação da temperatura Doença
-
- Lesão encefálica
- Redução na reação de transpiração Sedação
- Sepses
-
- Termogênese sem tremores ineficiente Trauma
-

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 6 • Termorregulação Código do
diagnóstico 00274

Risco de termorregulação ineficaz

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à oscilação da temperatura entre hipotermia e hipertermia que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Atividade vigorosa
- Aumento na demanda de oxigênio
- Desidratação Inatividade
-
- Oscilação na temperatura ambiental Roupas inadequadas para
- a temperatura ambiental

Populações em risco

- Aumento da área da superfície corporal em relação ao peso Extremos de
- idade Extremos de peso
-
- Extremos de temperatura ambiental Suprimento insuficiente
- de gordura subcutânea

Condições associadas

- Agente farmacêutico Alteração na
- taxa metabólica
- Condição que afeta a regulação da temperatura Doença
-
- Lesão encefálica
- Redução da reação de transpiração Sedação
- Seps
-
- Termogênese sem tremores ineficiente

- Trauma

Domínio 12 • Conforto

Classe 1 • Conforto físico Código do
diagnóstico 00214

Conforto prejudicado

Aprovado em 2008 • Revisado em 2010, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psíquicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.

Características definidoras

- Alteração no padrão de sono
- Ansiedade Choro
-
- Desconforto com a situação
- Descontentamento com a situação
- Incapacidade de relaxar Inquietação
- Irritabilidade Lamento Medo Prurido
-
-
-
-
- Sensação de calor Sensação de
- desconforto Sensação de fome
- Sensação de frio Sintomas de
- sofrimento Suspiros
-
-

Fatores relacionados

- Controle ambiental insuficiente Controle
- situacional insuficiente Estímulos
- ambientais nocivos Privacidade
- insuficiente

- Recursos insuficientes

Condições associadas

- Regime de tratamento Sintomas
- relacionados a doença

Este diagnóstico está classificado na Classe 1 (Conforto físico), na Classe 2 (Conforto ambiental) e na Classe 3 (Conforto social).

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 12 • Conforto

Classe 1 • Conforto físico Código do
diagnóstico 00183

Disposição para **conforto** melhorado

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psíquicoespiritual, ambiental e/ou social que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a sensação de contentamento Expressa
- desejo de aumentar o conforto Expressa desejo de aumentar o relaxamento
- Expressa desejo de melhorar a resolução das queixas
-

Este diagnóstico está classificado na Classe 1 (Conforto físico), na Classe 2 (Conforto ambiental) e na Classe 3 (Conforto social).

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 12 • Conforto

Classe 1 • Conforto físico Código do
diagnóstico 00132

Dor aguda

Aprovado em 1996 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses.

Características definidoras

- Alteração no apetite
- Alteração no parâmetro fisiológico
- Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor Autorrelato das características da dor
- usando instrumento padronizado de dor Comportamento de distração Comportamento expressivo
- Comportamento protetor Desesperança Diaforese
-
-
-
-
- Espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada
- Evidência de dor usando uma lista padronizada de comportamento de dor para quem não consegue se comunicar verbalmente Expressão facial de dor Foco em si próprio Foco estreitado
-
-
-
- Posição para aliviar a dor
- Pupilas dilatadas
- Representante relata comportamento de dor/alterações nas atividades

Fatores relacionados

- Agente biológico lesivo

- Agente físico lesivo Agente
- químico lesivo

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 12 • Conforto

Classe 1 • Conforto físico Código do
diagnóstico 00133

Dor crônica

Aprovado em 1986 • Revisado em 1996, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que 3 meses.

Características definidoras

- Alteração da capacidade de continuar atividades prévias Alteração no
- padrão de sono Anorexia
-
- Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor Autorrelato das características da dor usando
- instrumento padronizado de dor Evidência de dor usando uma lista padronizada de comportamento de dor para
- quem não consegue se comunicar verbalmente Expressão facial de dor Foco em si próprio
-
-
- Representante relata comportamento de dor/alterações nas atividades

Fatores relacionados

- Agente lesivo
- Alteração no padrão de sono Aumento no índice
- de massa corporal Compressão de nervo
- Desnutrição Fadiga
-
-
- Isolamento social
- Manuseio repetido de cargas pesadas Padrão
- de sexualidade ineficaz

- Sofrimento emocional Uso prolongado
- do computador Vibração em todo o
- corpo

Populações em risco

- História de abuso
- História de abuso de substâncias História de
- excesso de dívidas História de exercício vigoroso
- História de mutilação genital História de posturas de
- trabalho estáticas Idade > 50 anos Sexo feminino
-
-
-

Condições associadas

- Aumento prolongado no nível de cortisol Condição
- isquêmica
- Condição musculoesquelética crônica Condição
- relativa a pós-trauma Contusão
-
- Dano ao sistema nervoso
- Desequilíbrio de neurotransmissores, neuromoduladores e receptores Distúrbio
- genético Distúrbio imunológico Fratura
-
-
- Função metabólica prejudicada
- Infiltração de tumor Lesão da medula
- espinal Lesão muscular Lesão por
- esmagamento
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 12 • Conforto

Classe 1 • Conforto físico Código do
diagnóstico 00255

Síndrome da dor crônica

Aprovado em 2013 • Nível de evidência 2.2

Definição

Dor recorrente ou persistente há no mínimo 3 meses e que afeta significativamente o funcionamento diário ou o bem-estar.

Características definidoras

- Ansiedade (00146)
- Conhecimento deficiente (00126)
- Constipação (00011)
- Distúrbio no padrão de sono (00198) Fadiga
- (00093) Insônia (00095)
-
- Isolamento social (00053) Medo
- (00148)
- Mobilidade física prejudicada (00085)
- Obesidade (00232)
- Regulação do humor prejudicada (00241) Sobrecarga
- de estresse (00177)

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não sejam desenvolvidos fatores relacionados. Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 12 • Conforto

Classe 1 • Conforto físico Código do
diagnóstico 00256

Dor no trabalho de parto

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.2

Definição

Experiência sensorial e emocional, que varia de agradável a desagradável, associada ao trabalho de parto e nascimento da criança.

Características definidoras

- Alteração na frequência cardíaca Alteração na
- frequência respiratória Alteração na função
- neuroendócrina Alteração na função urinária
- Alteração na pressão arterial Alteração na
- tensão muscular Alteração no padrão de sono
- Apetite aumentado Apetite reduzido
-
-
-
- Comportamento de distração
- Comportamento expressivo
- Comportamento protetor Contração
- uterina Diaforese Dor
-
-
- Expressão facial de dor Foco
- em si próprio Foco estreitado
- Náusea
-
- Posição para aliviar a dor
- Pressão no períneo Pupilas
- dilatadas Vômito
-

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

Condições associadas

- Dilatação cervical
- Expulsão do feto

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não sejam desenvolvidos fatores relacionados. Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 12 • Conforto

Classe 1 • Conforto físico Código do
diagnóstico 00134

Náusea

Aprovado em 1998 • Revisado em 2002, 2010, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável na parte de trás da garganta e do estômago que pode ou não resultar em vômito.

Características definidoras

- Ânsia de vômito Aversão à
- comida Deglutição
- aumentada Sabor amargo
- Salivação aumentada
-

Fatores relacionados

- Ansiedade
- Estímulos ambientais nocivos Estímulos
- visuais desagradáveis Exposição a
- toxinas Medo
-
- Sabores nocivos

Condições associadas

- Disfunção bioquímica Distensão da
- cápsula do fígado Distensão da cápsula
- esplênica Distensão gástrica Doença de
- Ménière Doença esofágica Doença
- pancreática
-
-
- Enjoo causado pelo movimento
- Gravidez

- Irritação gastrointestinal
- Labirintite Meningite
-
- Pressão intracraniana (PIC) elevada Regime
- de tratamento Transtorno psicológico Tumor
- localizado Tumores intra-abdominais
-
-

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 12 • Conforto

Classe 2 • Conforto ambiental Código do
diagnóstico 00214

Conforto prejudicado

Aprovado em 2008 • Revisado em 2010, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psíquicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.

Características definidoras

- Alteração no padrão de sono
- Ansiedade Choro
-
- Desconforto com a situação
- Descontentamento com a situação
- Incapacidade de relaxar Inquietação
- Irritabilidade Lamento Medo Prurido
-
-
-
-
-
- Sensação de calor Sensação de
- desconforto Sensação de fome
- Sensação de frio Sintomas de
- sofrimento Suspiros
-
-

Fatores relacionados

- Controle ambiental insuficiente Controle
- situacional insuficiente Estímulos
- ambientais nocivos Privacidade
- insuficiente

- Recursos insuficientes

Condições associadas

- Regime de tratamento Sintomas
- relacionados a doença

Este diagnóstico está classificado na Classe 1 (Conforto físico), na Classe 2 (Conforto ambiental) e na Classe 3 (Conforto social).

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 12 • Conforto

Classe 2 • Conforto ambiental Código do diagnóstico 00183

Disposição para **conforto** melhorado

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psíquicoespiritual, ambiental e/ou social que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a sensação de contentamento Expressa
- desejo de aumentar o conforto Expressa desejo de aumentar o relaxamento
- Expressa desejo de melhorar a resolução das queixas
-

Este diagnóstico está classificado na Classe 1 (Conforto físico), na Classe 2 (Conforto ambiental) e na Classe 3 (Conforto social).

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 12 • Conforto

Classe 3 • Conforto social Código do

diagnóstico 00214

Conforto prejudicado

Aprovado em 2008 • Revisado em 2010, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psíquica, ambiental, cultural e/ou social.

Características definidoras

- Alteração no padrão de sono
- Ansiedade Choro
-
- Desconforto com a situação
- Descontentamento com a situação
- Incapacidade de relaxar Inquietação
- Irritabilidade Lamento Medo Prurido
-
-
-
-
-
- Sensação de calor Sensação de
- desconforto Sensação de fome
- Sensação de frio Sintomas de
- sofrimento Suspiros
-
-

Fatores relacionados

- Controle ambiental insuficiente Controle
- situacional insuficiente Estímulos
- ambientais nocivos Privacidade
- insuficiente

- Recursos insuficientes

Condições associadas

- Regime de tratamento Sintomas
- relacionados a doença

Este diagnóstico está classificado na Classe 1 (Conforto físico), na Classe 2 (Conforto ambiental) e na Classe 3 (Conforto social).

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 12 • Conforto

Classe 3 • Conforto social Código do

diagnóstico 00183

Disposição para **conforto** melhorado

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psíquicoespiritual, ambiental e/ou social que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a sensação de contentamento Expressa
- desejo de aumentar o conforto Expressa desejo de aumentar o relaxamento
- Expressa desejo de melhorar a resolução das queixas
-

Este diagnóstico está classificado na Classe 1 (Conforto físico), na Classe 2 (Conforto ambiental) e na Classe 3 (Conforto social).

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 12 • Conforto

Classe 3 • Conforto social Código do

diagnóstico 00053

Isolamento social

Aprovado em 1982 • Revisado em 2017

Definição

Solidão sentida pelo indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo ou ameaçador.

Características definidoras

- Ações repetitivas Ações
- sem sentido Afeto
- superficial Afeto triste
-
- Ausência de propósito Ausência de
- sistema de apoio Condição
- incapacitante Contato visual
- insuficiente Desejo de estar sozinho
- Doença
-
- História de rejeição
- Hostilidade
- Incapacidade de atender às expectativas de outros
- Incongruência cultural Insegurança em público Membro de uma
- subcultura
-
- Preocupação com os próprios pensamentos
- Retraimento
- Sentir-se diferente dos outros Solidão
- imposta por outros
- Valores incoerentes com as normas culturais

Fatores relacionados

- Comportamento social incoerente com as normas Dificuldade
- para estabelecer relacionamentos
- Incapacidade de engajar-se em relacionamentos pessoais satisfatórios Interesses
- inadequados para o nível de desenvolvimento Recursos pessoais insuficientes Valores
- incoerentes com as normas culturais
-

Condições associadas

- Alteração na aparência física
- Alteração no bem-estar Alteração no
- estado mental

População em risco

- Atraso no desenvolvimento

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 12 • Conforto

Classe 3 • Conforto social Código do

diagnóstico 00054

Risco de **solidão**

Aprovado em 1994 • Revisado em 2006, 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a desconforto associado a desejo ou necessidade de ter mais contato com os outros que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Isolamento físico
- Isolamento social
- Privação afetiva Privação
- emocional

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#) .

Domínio 13 • Crescimento/desenvolvimento

Classe 1 • Crescimento

Esta classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

Domínio 13 • Crescimento/desenvolvimento

Classe 2 • Desenvolvimento Código do

diagnóstico 00112

Risco de desenvolvimento atrasado

Aprovado em 1998 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a atraso de 25% ou mais em uma ou mais áreas do comportamento social ou autorregulador, ou em habilidades cognitivas, de linguagem e motoras grossas ou finas, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias
- Nutrição inadequada
- Presença de abuso

Populações em risco

- Abuso de substâncias pela mãe Cuidado
- pré-natal insuficiente Cuidado pré-natal
- tardio Desfavorecido economicamente
-
- Envolvimento com sistemas de acolhimento/adoção de crianças Exposição a
- desastre natural Exposição à violência
-
- Falta de letramento funcional da mãe Gravidez
- não desejada Gravidez não planejada História
- de adoção Idade materna ≤ 15 anos Idade
- materna ≥ 35 anos Nutrição materna
- inadequada Prematuridade
-
-
-
- Teste de detecção de substâncias positivo
- Transtorno de comportamento

Condições associadas

- Deficiência de aprendizagem do cuidador
- Dependência da tecnologia Distúrbio congênito
- Distúrbio convulsivo Distúrbio endócrino Distúrbio
- genético Doença crônica
-
-
-
- Envenenamento por chumbo Falha
- em desenvolver-se Infecção
- pré-natal Lesão encefálica Otite
- média recorrente Prejuízo da audição
-
-
- Problema de saúde mental do cuidador Regime
- de tratamento Visão prejudicada
-

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Referências

1 Domínio 1: Promoção da saúde

1.1 Classe 1: Percepção da saúde

1.1.1 Envolvimento em atividades de recreação diminuído

Barnett-Damewood M, Carlson-Catalano J. Physical activity deficit: a proposed nursing diagnosis. *Nurs Diagn.* 2000; 11(1):24–31 de Abreu Almeida M, da Silva MB, Panato BP, de Oliveira Siqueira AP, Laurent MdoC. Nursing outcomes for Brazilian pediatric patients hospitalized with deficient diversional activity. *Int J Nurs Knowl.* 2013; 24(2):85–92

Kim D. The effects of a combined physical activity, recreation, and art and craft program on ADL, cognition, and depression in the elderly. *J Phys Ther Sci.* 2017; 29(4):744–747

Linden M, Gehrke G, Geiselmann B. Profiles of recreational activities of daily living (RADL) in patients with mental disorders. *Psychiatr Danub.* 2009; 21(4):490–496

Raffaelli Q, Mills C, Christoff K. The knowns and unknowns of boredom: a review of the literature. *Exp Brain Res.* 2017:28

Zawadzki MJ, Smyth JM, Costigan HJ. Real-time associations between engaging in leisure and daily health and well-being. *Ann Behav Med.* 2015; 49(4):605–615

1.1.2 Estilo de vida sedentário

Blair SN, Kohl HW, III, Paffenbarger RS, Jr, Clark DG, Cooper KH, Gibbons LW. Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. JAMA. 1989; 262(17):2395–2401 Del Pino Casado R, Ugalde Apalategui M. Líneas de investigación en diagnóstico enfermero. Enferm Clin. 1999; 9(3):115–120

Campbell K, Waters E, O'Meara S, Kelly S, Summerbell C. Interventions for preventing obesity in children (Cochrane Review). In The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software; 2003

Guirao-Goris JA, Moreno P, Martínez-Del P. Validación del contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica enfermera “sedentarismo”. Enferm Clin. 2001; 11(4):135–140

Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. Aten Primaria. 1999; 24(2):75–82

Montgomery P, Dennis J. Physical exercise for sleep problems in adults aged 60 + (Cochrane Review). In The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software; 2003

U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996

Vázquez Altuna J, Galardi Andonegi E, Arbonés Ortiz JC, Ibarrondo Uriarte I. valoración de la efectividad de un programa de ejercicio físico en la disminución del peso graso. Aten Primaria. 1994; 14(4):711–716

1.1.3 Disposição para letramento em saúde melhorado

Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. Arch Intern Med. 2007; 167(14):1503– 1509

Batterham RW, Buchbinder R, Beauchamp A, Dodson S, Elsworth GR,

Osborne RH. The OPTimising HEalth LIterAcy (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. BMC Public Health. 2014; 14:694 Cafiero M. Nurse practitioners' knowledge, experience, and intention to use health literacy strategies in clinical practice. J Health Commun. 2013; 18 Suppl 1:70–81

Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. J Gen Intern Med. 2004; 19(12):1228–1239

Dickens C, Lambert BL, Cromwell T, Piano MR. Nurse overestimation of patients' health literacy. J Health Commun. 2013; 18 Suppl 1:62–69 Kirsh I, Braum H, Yamamoto K. America's perfect storm: Three forces changing our nation's future. Princeton, NJ. Educational Testing Service; 2007

Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. Nurs Health Sci. 2008; 10(3):248–255

Nielsen-Bohlman L, Panzer AM., Kindig DA, eds. Health literacy: A prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press; 2004

Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. J Gen Intern Med. 2005; 20(2):175–184

Pleasant A, Kuruvilla S. A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. Health Promot Int. 2008; 23(2):152– 159

Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012; 12(1):80

Speros C. Health literacy: concept analysis. J Adv Nurs. 2005; 50(6):633–640

Weiss BD, Palmer R. Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population. J Am Board Fam Pract. 2004; 17(1):44–47

World Health Organization, Regional Office for Europe. Health literacy: The solid facts. Retrieved from http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf ; 2013

Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. Health Promot Int. 2005; 20(2):195–203

1.2 Classe 2: Controle da saúde

1.2.1 Comportamento de saúde propenso a risco

Alder J, Bitzer J. Retrospective evaluation of the treatment for breast cancer: how does the patient's personal experience of the treatment affect later adjustment to the illness?. Arch Women Ment Health. 2003; 6(2):91–97 Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the third report of the national cholesterol education program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel III). JAMA. 2001; 285(19):2486–2497

Bandura A. Self Efficacy Mechanism in human agency. Am Psychol. 1982; 37(2):122–147

Bornstein J, Bahat-Sterensus H. Predictive factors for noncompliance with follow-up among women treated for cervical intraepithelial neoplasia. Gynecol Obstet Invest. 2004; 58(4):202–206

DiMatteo RM, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for non-compliance with medical treatment. Arch Intern Med. 2000; 160(14):2101–2107

Jäger B, Liedtke R, Lamprecht F, Freyberger H. Social and health adjustment of bulimic women 7–9 years following therapy. Acta Psychiatr Scand. 2004; 110(2):138–145

Kiefe CI, Heudebert G, Box JB, Farmer RM, Michael M, Clancy CM. Compliance with post-hospitalization follow-up visits: rationing by inconvenience?. *Ethn Dis.* 1999; 9 (3):387–395

Koenigsberg MR, Bartlett D, Cramer JS. Facilitating treatment adherence with lifestyle changes in diabetes. *Am Fam Physician.* 2004; 69(2):309–316, 319–320, 323–334

Lifshitz H, Glaubman R. Caring for the people with disabilities in the Haredi community: Adjustment mechanism in action. *Disabil Soc.* 2004; 19(5):469–486

Medline. Medline plus medical encyclopedia. Retrieved from <https://medlineplus.gov/ency/article/000932.htm> . Accessed October 21, 2004 Merriam-Webster Webster's third new international dictionary, unabridged. Springfield, MA: Merriam-Webster; 1993

National Heart, Lung, and Blood Institute. How you can lower your cholesterol level? Retrieved from www.nhlbi.nih.gov/chd/lifestyles.htm

National Heart, Lung, and Blood Institute. Seventh report of the Joint National Committee of the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). Retrieved from <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.htm> ; 2003

National Kidney Foundation/Kidney Disease Outcomes Institute Guidelines. K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. Retrieved from https://www.kidney.org/professionals/guidelines/guidelines_commentaries/chronic-kidney-disease-classification ; 2002

Newsom JT, Kaplan MS, Huguet N, McFarland BH. Health behaviors in a representative sample of older Canadians: prevalences, reported change, motivation to change, and perceived barriers. *Gerontologist.* 2004; 44(2):193–205

Nosè M, Barbui C. Efficacia delle strategie per migliorare l'aderenza ai trattamenti nelle psicosi: revisione sistematica. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 2003; 12(4):272–286

Pinto BM, Maruyama NC, Clark MM, Cruess DG, Park E, Roberts M. Motivation to modify lifestyle risk behaviors in women treated for breast cancer. *Mayo Clin Proc.* 2002; 77(2):122–129

Prelow HM, Danoff-Burg S, Swenson RR, Pulgiano D. The impact of ecological risk and perceived discrimination on the psychological adjustment of African American and European youth. *J Community Psychol.* 2004; 32(4):375–389

Psyweb. Adjustment disorders. Retrieved from <http://www.psyweb.com/Mdisord/adjd.html>

Shemesh E. Non-adherence to medications following pediatric liver transplantation. *Pediatr Transplant.* 2004; 8(6):600–605

Uphold CR, Graham MR. *Clinical guidelines in family practice*, 4th ed. Gainesville, FL: Barmarrae Books; 2003

1.2.2 Controle ineficaz da saúde

Banister NA, Jastrow ST, Hodges V, Loop R, Gillham MB. Diabetes self- management training program in a community clinic improves patient outcomes at modest cost. *J Am Diet Assoc.* 2004; 104(5):807–810 Benavides-Vaello S, Garcia AA, Brown SA, Winchell M. Using focus groups to plan and evaluate diabetes self-management interventions for Mexican Americans. *Diabetes Educ.* 2004; 30(2):238–, 242–244, 247–250 passim Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002; 288(19):2469–2475 6 Brown CM, Segal R. Ethnic differences in temporal orientation and its implications for hypertension management. *J Health Soc Behav.* 1996; 37(4):350–361

Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. Self-management of chronic pain: a population-based study. *Pain.* 2005; 113(3):285–292 Chin MH, Polonsky TS, Thomas VD, Nerney MP. Developing a conceptual framework for understanding illness and attitudes in older, urban African

Americans with diabetes. *Diabetes Educ.* 2000; 26(3):439–449 Cousins SO. My heart can't take it: older women's beliefs about exercise benefits and risks. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2000; 55B(5):283– 294

Curtin RB, Sitter DCB, Schatell D, Chewning BA. Self-management, knowledge, and functioning and well-being of patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J.* 2004; 31(4):378–386, 396, quiz 387

Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; 18(2):CD003417

DeWalt DA, Pignone M, Malone R, et al. Development and pilot testing of a disease management program for low literacy patients with heart failure. *Patient Educ Couns.* 2004; 55(1):78–86

Dilorio C, Shafer PO, Letz R, Henry TR, Schomer DL, Yeager K, Project EASE study group. Project EASE: a study to test a psychosocial model of epilepsy medication management. *Epilepsy Behav.* 2004; 5(6):926–936 Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. *Clin Diabetes.* 2004; 22(3):123–127

Gallant MH, Beaulieu MC, Carnevale FA. Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *J Adv Nurs.* 2002; 40(2):149– 157

Georges CA, Bolton LB, Bennett C. Functional health literacy: an issue in African-American and other ethnic and racial communities. *J Natl Black Nurses Assoc.* 2004; 15(1):1–4

Goldberg HI, Lessler DS, Mertens K, Eytan TA, Cheadle AD. Self- management support in a web-based medical record: a pilot randomized controlled trial. *Jt Comm J Qual Saf.* 2004; 30(11):629–635, 589 Goodwin JS, Black SA, Satish S. Aging versus disease: the opinions of older black, Hispanic, and non-Hispanic white Americans about the causes and treatment of common medical conditions. *J Am Geriatr Soc.* 1999; 47(8):973–979

Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*. 2004; 364(9444):1523–1537

Grey M, Knafl K, McCorkle R. A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. *Nurs Outlook*. 2006; 54(5):278–286
Griffiths R, Johnson M, Piper M, Langdon R. A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *Int J Nurs Pract*. 2004; 10(4):166–176

Haidet P, Kroll TL, Sharf BF. The complexity of patient participation: lessons learned from patients' illness narratives. *Patient Educ Couns*. 2006; 62(3):323–329

Harmon MP, Castro FG, Coe K. Acculturation and cervical cancer: knowledge, beliefs, and behaviors of Hispanic women. *Women Health*. 1996; 24(3):37–57

Harvey IS. Self-management of a chronic illness: An exploratory study on the role of spirituality among older African American women. *J Women Aging*. 2006; 18(3): 75–88

Hibbard JH. Perspective: Moving toward a more patient-centered health care delivery system. *Health Affairs*: doi: 10.1377/hlthaff.var.133. Retrieved from

<http://content.healthaffairs.org/content/early/2004/10/07/hlthaff.var.133.citation>; 2004
Huang CL, Wu SC, Jeng CY, Lin LC. The efficacy of a home-based nursing program in diabetic control of elderly people with diabetes mellitus living alone. *Public Health Nurs*. 2004; 21(1):49–56

Kastermans MC, Bakker RH. Managing the impact of health problems on daily living. In: Ranz M.J, Lemone P, eds. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the thirteenth conference*. Glendale. CA: CINAHL Information Systems; 1999

Kennedy AP, Nelson E, Reeves D, et al. A randomised controlled trial to assess the effectiveness and cost of a patient orientated self-management approach to chronic inflammatory bowel disease. *Gut*. 2004; 53(11):1639– 1645

Kennedy MS. Education benefits women with IBS: nurses teach self- management techniques. *Am J Nurs.* 2005; 105(1):22

Koch T, Jenkin P, Kralik D. Chronic illness self-management: locating the 'self'. *J Adv Nurs.* 2004; 48(5):484–492

Krein SL, Heisler M, Piette JD, Makki F, Kerr EA. The effect of chronic pain on diabetes patients' self-management. *Diabetes Care.* 2005; 28(1):65–70
McMurray SD, Johnson G, Davis S, McDougall K. Diabetes education and care management significantly improve patient outcomes in the dialysis unit. *Am J Kidney Dis.* 2002; 40(3):566–575

Marabini A, Brugnami G, Curradi F, et al. Short-term effectiveness of an asthma educational program: results of a randomized controlled trial. *Respir Med.* 2002; 96(12): 993–998

Midwest Bioethics Center. Healthcare narratives from diverse communities – a self-assessment tool for health-care providers. *Bioeth Forum.* 2001; 17(3–4):SS1–SS18

Millard L, Hallett C, Luker K. Nurse-patient interaction and decision-making in care: patient involvement in community nursing. *J Adv Nurs.* 2006; 55(2):142–150

Mohammadi E, Abedi HA, Gofranipour F, Jalali F. Partnership caring: a theory of high blood pressure control in Iranian hypertensives. *Int J Nurs Pract.* 2002; 8(6):324–329

Munir F, Leka S, Griffiths A. Dealing with self-management of chronic illness at work: predictors for self-disclosure. *Soc Sci Med.* 2005; 60(6):1397–1407

Neafsey PJ, Strickler Z, Shellman J, Chartier V. An interactive technology approach to educate older adults about drug interactions arising from over- the-counter self-education practices. *Public Health Nurs.* 2002; 19(4):255– 262

Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet.* 2004; 364(9444):1523–1537

Nguyen HQ, Carrieri-Kohlman V, Rankin SH, Slaughter R, Stulbarg MS. Is Internet-based support for dyspnea self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease possible? Results of a pilot study. *Heart Lung*. 2005; 34(1):51–62

Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP. Expectations of blood pressure management in hypertensive African-American patients: a qualitative study. *J Natl Med Assoc*. 2004; 96(4):442–449

Opler LA, Ramirez PM, Dominguez LM, Fox MS, Johnson PB. Rethinking medication prescribing practices in an inner-city Hispanic mental health clinic. *J Psychiatr Pract*. 2004; 10(2):134–140

Paterson BL, Russell C, Thorne S. Critical analysis of everyday self-care decision making in chronic illness. *J Adv Nurs*. 2001; 35(3):335–341 Pearson J, Mensing C, Anderson R. Medicare reimbursement and diabetes self-management training: national survey results. *Diabetes Educ*. 2004; 30(6):914–, 916, 918 passim

Robbins B, Rausch KJ, Garcia RI, Prestwood KM. Multicultural medication adherence: a comparative study. *J Gerontol Nurs*. 2004; 30(7):25–32 Rogers A, Kennedy A, Nelson E, Robinson A. Uncovering the limits of patient-centeredness: implementing a self-management trial for chronic illness. *Qual Health Res*. 2005; 15(2):224–239

Stevens S, Sin J. Implementing a self-management model of relapse prevention for psychosis into routine clinical practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005; 12(4):495–501

Thackeray R, Merrill RM, Neiger BL. Disparities in diabetes management practice between racial and ethnic groups in the United States. *Diabetes Educ*. 2004; 30(4): 665–675

Thorne SE, Paterson BL. Two decades of insider research: what we know and don't know about chronic illness experience. *Annu Rev Nurs Res*. 2000; 18:3–25

Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and

methodological critique of the literature. *Arch Intern Med.* 2004; 164(15):1641–1649

Watts T, Merrell J, Murphy F, Williams A. Breast health information needs of women from minority ethnic groups. *J Adv Nurs.* 2004; 47(5):526–535 Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ.* 2004; 30(6):980–993

Whittemore R, D'Eramo Melkus G, Grey M. Metabolic control, self- management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. *J Clin Nurs.* 2005; 14(2): 195–203

1.2.3 Disposição para controle da saúde melhorado

Banister NA, Jastrow ST, Hodges V, Loop R, Gillham MB. Diabetes self- management training program in a community clinic improves patient outcomes at modest cost. *J Am Diet Assoc.* 2004; 104(5):807–810 Benavides-Vaello S, Garcia AA, Brown SA, Winchell M. Using focus groups to plan and evaluate diabetes self-management interventions for Mexican Americans. *Diabetes Educ.* 2004; 30(2):238–, 242–244, 247–250 passim Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002; 288(19):2469–2475 Brown CM, Segal R. Ethnic differences in temporal orientation and its implications for hypertension management. *J Health Soc Behav.* 1996; 37(4):350–361

Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. Self-management of chronic pain: a population-based study. *Pain.* 2005; 113(3):285–292 Chin MH, Polonsky TS, Thomas VD, Nerney MP. Developing a conceptual framework for understanding illness and attitudes in older, urban African Americans with diabetes. *Diabetes Educ.* 2000; 26(3):439–449 Cousins SO. My heart can't take it: older women's beliefs about exercise benefits and risks. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2000; 55B(5):283–

- Curtin RB, Sitter DCB, Schatell D, Chewning BA. Self-management, knowledge, and functioning and well-being of patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J*. 2004; 31(4):378–386, 396, quiz 387
- Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 18(2):CD003417
- DeWalt DA, Pignone M, Malone R, et al. Development and pilot testing of a disease management program for low literacy patients with heart failure. *Patient Educ Couns*. 2004; 55(1):78–86
- Dilorio C, Shafer PO, Letz R, Henry TR, Schomer DL, Yeager K, Project EASE study group. Project EASE: a study to test a psychosocial model of epilepsy medication management. *Epilepsy Behav*. 2004; 5(6):926–936
- Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. *Clin Diabetes*. 2004; 22(3):123–127
- Gallant MH, Beaulieu MC, Carnevale FA. Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *J Adv Nurs*. 2002; 40(2):149–157
- Georges CA, Bolton LB, Bennett C. Functional health literacy: an issue in African-American and other ethnic and racial communities. *J Natl Black Nurses Assoc*. 2004; 15(1):1–4
- Goldberg HI, Lessler DS, Mertens K, Eytan TA, Cheadle AD. Self-management support in a web-based medical record: a pilot randomized controlled trial. *Jt Comm J Qual Saf*. 2004; 30(11):629–635, 589
- Goodwin JS, Black SA, Satish S. Aging versus disease: the opinions of older black, Hispanic, and non-Hispanic white Americans about the causes and treatment of common medical conditions. *J Am Geriatr Soc*. 1999; 47(8):973–979
- Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*. 2004; 364(9444):1523–1537

Grey M, Knafl K, McCorkle R. A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. *Nurs Outlook*. 2006; 54(5):278–286
Griffiths R, Johnson M, Piper M, Langdon R. A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *Int J Nurs Pract*. 2004; 10(4):166–176

Haidet P, Kroll TL, Sharf BF. The complexity of patient participation: lessons learned from patients' illness narratives. *Patient Educ Couns*. 2006; 62(3):323–329

Harmon MP, Castro FG, Coe K. Acculturation and cervical cancer: knowledge, beliefs, and behaviors of Hispanic women. *Women Health*. 1996; 24(3):37–57

Harvey IS. Self-management of a chronic illness: An exploratory study on the role of spirituality among older African American women. *J Women Aging*. 2006; 18(3): 75–88

Hibbard JH. Perspective: Moving toward a more patient-centered health care delivery system. *Health Affairs*.
<http://content.healthaffairs.org/content/early/2004/10/07/hlthaff.var.133.citation> 2004

Huang CL, Wu SC, Jeng CY, Lin LC. The efficacy of a home-based nursing program in diabetic control of elderly people with diabetes mellitus living alone. *Public Health Nurs*. 2004; 21(1):49–56

Kastermans MC, Bakker RH. Managing the impact of health problems on daily living. In: Ranz M.J, Lemone P, eds. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the thirteenth conference*. Glendale. CA: CINAHL Information Systems; 1999

Kennedy AP, Nelson E, Reeves D, et al. A randomised controlled trial to assess the effectiveness and cost of a patient orientated self management approach to chronic inflammatory bowel disease. *Gut*. 2004; 53(11):1639– 1645

Kennedy MS. Education benefits women with IBS: nurses teach self- management techniques. *Am J Nurs*. 2005; 105(1):22

Koch T, Jenkin P, Kralik D. Chronic illness self-management: locating the 'self'. *J Adv Nurs*. 2004; 48(5):484–492

Krein SL, Heisler M, Piette JD, Makki F, Kerr EA. The effect of chronic pain on diabetes patients' self-management. *Diabetes Care*. 2005; 28(1):65–70
McMurray SD, Johnson G, Davis S, McDougall K. Diabetes education and care management significantly improve patient outcomes in the dialysis unit. *Am J Kidney Dis*. 2002; 40(3):566–575

Marabini A, Brugnami G, Curradi F, et al. Short-term effectiveness of an asthma educational program: results of a randomized controlled trial. *Respir Med*. 2002; 96(12): 993–998

Midwest Bioethics Center. Healthcare narratives from diverse communities – a self-assessment tool for health-care providers. *Bioeth Forum*. 2001; 17(3–4):SS1–SS18

Millard L, Hallett C, Luker K. Nurse-patient interaction and decision-making in care: patient involvement in community nursing. *J Adv Nurs*. 2006; 55(2):142–150

Mohammadi E, Abedi HA, Gofranipour F, Jalali F. Partnership caring: a theory of high blood pressure control in Iranian hypertensives. *Int J Nurs Pract*. 2002; 8(6):324–329

Munir F, Leka S, Griffiths A. Dealing with self-management of chronic illness at work: predictors for self-disclosure. *Soc Sci Med*. 2005; 60(6):1397– 1407

Neafsey PJ, Strickler Z, Shellman J, Chartier V. An interactive technology approach to educate older adults about drug interactions arising from over-the-counter self-medication practices. *Public Health Nurs*. 2002; 19(4):255–262

Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*. 2004; 364(9444):1523–1537

Nguyen HQ, Carrieri-Kohlman V, Rankin SH, Slaughter R, Stulbarg MS. Is Internet-based support for dyspnea self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease possible? Results of a pilot study.

Heart Lung. 2005; 34(1):51–62

Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrente JP. Expectations of blood pressure management in hypertensive African-American patients: a qualitative study. *J Natl Med Assoc.* 2004; 96(4):442–449

Opler LA, Ramirez PM, Dominguez LM, Fox MS, Johnson PB. Rethinking medication prescribing practices in an inner-city Hispanic mental health clinic. *J Psychiatr Pract.* 2004; 10(2):134–140

Paterson BL, Russell C, Thorne S. Critical analysis of everyday self-care decision making in chronic illness. *J Adv Nurs.* 2001; 35(3):335–341
Pearson J, Mensing C, Anderson R. Medicare reimbursement and diabetes self-management training: national survey results. *Diabetes Educ.* 2004; 30(6):914–, 916, 918 passim

Robbins B, Rausch KJ, Garcia RI, Prestwood KM. Multicultural medication adherence: a comparative study. *J Gerontol Nurs.* 2004; 30(7):25–32
Rogers A, Kennedy A, Nelson E, Robinson A. Uncovering the limits of patient-centeredness: implementing a self-management trial for chronic illness. *Qual Health Res.* 2005; 15(2):224–239

Stevens S, Sin J. Implementing a self-management model of relapse prevention for psychosis into routine clinical practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2005; 12(4):495–501

Thackeray R, Merrill RM, Neiger BL. Disparities in diabetes management practice between racial and ethnic groups in the United States. *Diabetes Educ.* 2004; 30(4): 665–675

Thorne SE, Paterson BL. Two decades of insider research: what we know and don't know about chronic illness experience. *Annu Rev Nurs Res.* 2000; 18:3–25

Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Arch Intern Med.* 2004; 164(15):1641–1649

Watts T, Merrell J, Murphy F, Williams A. Breast health information needs of women from minority ethnic groups. J Adv Nurs. 2004; 47(5):526–535 Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. Diabetes Educ. 2004; 30(6):980–993

Whittemore R, D'Eramo Melkus G, Grey M. Metabolic control, self- management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. J Clin Nurs. 2005; 14(2): 195–203

1.2.4 Controle da saúde familiar ineficaz

Nenhuma referência no momento.

1.2.5 Manutenção ineficaz da saúde

Nenhuma referência no momento.

1.2.6 Proteção ineficaz

Nenhuma referência no momento.

1.2.7 Saúde deficiente da comunidade

Edmundson S, Stuenkel DL, Connolly PM. Upsetting the apple cart: a community anti-coagulation clinic survey of life event factors that undermine safe therapy. J Vasc Nurs. 2005; 23(3):105–111 Francis E, Hughes P, Schinka J. Improving cost-effectiveness in a substance abuse treatment program. Psychiatr Serv. 1999; 50(5):633–635 Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Bruno JA, Rutter KR, Isaac F, Wang S. The long-term impact of Johnson & Johnson's Health & Wellness Program on employee health risks. J Occup Environ Med. 2002; 44(5):417–424 Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW. Promoting science-based prevention in communities. Addict Behav. 2002; 27(6):951–976

Keller LO, Schaffer MA, Lia-Hoagberg B, Strohschein S. Assessment,

program planning, and evaluation in population-based public health practice. *J Public Health Manag Pract.* 2002; 8(5):30–43

McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Aff (Millwood).* 2002; 21(2):78–93

Pegus C, Bazzarre TL, Brown JS, Menzin J. Effect of the Heart At Work program on awareness of risk factors, self-efficacy, and health behaviors. *J Occup Environ Med.* 2002; 44(3):228–236

Porter HB, Avery S, Edmond L, Straw R, Young J. Program evaluation in pediatric education. *J Nurses Staff Dev.* 2002; 18(5):258–266 Rome S. Developing a Fall-Prevention Program for Patients. *Am J Nurs.* 2002; 102(6): 24A

Swallow AD, Dykes PC. Tobacco cessation at Greenwich Hospital: one hospital integrates a cessation program into its daily practice. *Am J Nurs.* 2004; 104(12):61–62

Woodward D. Developing a pain management program through continuous improvement strategies. *J Nurs Care Qual.* 2005; 20(3):261–267

1.2.8 Síndrome do idoso frágil

Abellan van Kan G, Rolland Y, Houles M, Gillette-Guyonnet S, Soto M, Vellas B. The assessment of frailty in older adults. *Clin Geriatr Med.* 2010; 26(2):275–286

Afilalo J, Karunananthan S, Eisenberg MJ, Alexander KP, Bergman H. Role of frailty in patients with cardiovascular disease. *Am J Cardiol.* 2009; 103(11):1616–1621

Akyol AD. Falls in the elderly: what can be done?. *Int Nurs Rev.* 2007; 54(2):191–196

Ávila-Funes JA, Amieva H, Barberger-Gateau P, et al. Cognitive impairment improves the predictive validity of the phenotype of frailty for adverse health outcomes: the three-city study. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57(3):453–

Bartali B, Frongillo EA, Bandinelli S, et al. Low nutrient intake is an essential component of frailty in older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006; 61(6):589–593

Chen CY, Wu SCH, Chen LJ, Lue BH. The prevalence of subjective frailty and factors associated with frailty in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010; 50 Suppl 1:S43–S47

Espinoza S, Walston JD. Frailty in older adults: insights and interventions. *Cleve Clin J Med*. 2005; 72(12):1105–1112

Fillit H, Butler RN. The frailty identity crisis. *J Am Geriatr Soc*. 2009; 57(2):348–352

Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004; 59(3):255–263 Gallucci M, Ongaro F, Amici GP, Regini C. Frailty, disability and survival in the elderly over the age of seventy: Evidence from “The Treviso Longeva (TRELONG) Study”. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009; 48(3):281–283 Garrido M, Serrano MD, Bartolomé R, Martínez-Vizcaíno V. [Differences in the expression of the frailty syndrome in institutionalized elderly men and women with no severe cognitive decline]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012; 47(6):247–253

Gill TM, Allore HG, Holford TR, Guo Z. Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. *JAMA*. 2004; 292(17):2115–2124

Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nurs Outlook*. 2010; 58(2):76–86

Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. *Am J Nurs*. 2006; 106(1):58–67, quiz 67–68

Heppenstall CP, Wilkinson TJ, Hanger HC, Keeling S. Frailty: dominos or

- deliberation?. N Z Med J. 2009; 122(1299):42–53
- Jarosz P, Bellar A. Sarcopenic obesity: An emerging cause of frailty in older adults. Geriatr Nurs (Minneap). 2009; 30(1):64–70
- Landi F, Onder G, Carpenter I, Cesari M, Soldato M, Bernabei R. Physical activity prevented functional decline among frail community-living elderly subjects in an international observational study. J Clin Epidemiol. 2007; 60(5):518–524
- Levers M-J, Estabrooks CA, Ross Kerr JC. Factors contributing to frailty: literature review. J Adv Nurs. 2006; 56(3):282–291
- Markle-Reid M, Browne G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. J Adv Nurs. 2003; 44(1):58–68
- Murphy F. Loneliness: a challenge for nurses caring for older people. Nurs Older People. 2006; 18(5):22–25
- Pel-Littel RE, Schuurmans MJ, Emmelot-Vonk MH, Verhaar HJJ. Frailty: defining and measuring of a concept. J Nutr Health Aging. 2009; 13(4):390–394
- Puts M, Shekary N, Widdershoven G, Heldens J, Deeg D. The meaning of frailty according to Dutch older frail and non-frail persons. J Aging Stud. 2009; 23:258–266
- Topinková E. Aging, disability and frailty. Ann Nutr Metab. 2008; 52 Suppl 1:6–11
- Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, et al. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2006; 54(6):991–1001

1.2.9 Risco de síndrome do idoso frágil

- Abellan van Kan G, Rolland Y, Houles M, Gillette-Guyonnet S, Soto M, Vellas B. The assessment of frailty in older adults. Clin Geriatr Med. 2010;

26(2):275–286

Afilalo J, Karunananthan S, Eisenberg MJ, Alexander KP, Bergman H. Role of frailty in patients with cardiovascular disease. *Am J Cardiol.* 2009; 103(11):1616–1621

Akyol AD. Falls in the elderly: what can be done?. *Int Nurs Rev.* 2007; 54(2):191–196

Andrew MK, Mitnitski AB, Rockwood K. Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people. *PLoS One.* 2008; 3(5):e2232

Ávila-Funes JA, Amieva H, Barberger-Gateau P, et al. Cognitive impairment improves

the predictive validity of the phenotype of frailty for adverse health outcomes: the three-city study. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57(3):453–461 Bartali B, Frongillo EA, Bandinelli S, et al. Low nutrient intake is an essential component of frailty in older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2006; 61(6):589–593

Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm—issues and controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007; 2(7):731–737

Chen CY, Wu SCH, Chen LJ, Lue BH. The prevalence of subjective frailty and factors associated with frailty in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010; 50 Suppl 1:S43–S47

Espinoza S, Walston JD. Frailty in older adults: insights and interventions. *Cleve Clin J Med.* 2005; 72(12):1105–1112

Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001; 56(3):M146–M156 Gallucci M, Ongaro F, Amici GP, Regini C. Frailty, disability and survival in the elderly over the age of seventy: Evidence from “The Treviso Longeva (TRELONG) Study”. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009; 48(3):281–283 Garrido M, Serrano MD, Bartolomé R, Martínez-Vizcaíno V. [Differences in

the expression of the frailty syndrome in institutionalized elderly men and women with no severe cognitive decline]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012; 47(6):247–253

Gill TM, Allore HG, Holford TR, Guo Z. Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. *JAMA*. 2004; 292(17):2115–2124

Gobbens RJ, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nurs Outlook*. 2010; 58(2):76–86

Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. *Am J Nurs*. 2006; 106(1):58–67, quiz 67–68

Green SM, Watson R. Nutritional screening and assessment tools for older adults: literature review. *J Adv Nurs*. 2006; 54(4):477–490
Levers M-J, Estabrooks CA, Ross Kerr JC. Factors contributing to frailty: literature review. *J Adv Nurs*. 2006; 56(3):282–291

Markle-Reid M, Browne G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *J Adv Nurs*. 2003; 44(1):58–68

Milne AC, Avenell A, Potter J. Improved food intake in frail older people. *BMJ*. 2006; 332(7551):1165–1166

Xue Q-L, Fried LP, Glass TA, Laffan A, Chaves PHM. Life-space constriction, development of frailty, and the competing risk of mortality: the Women's Health And Aging Study I. *Am J Epidemiol*. 2008; 167(2):240–248

Edmundson S, Stuenkel DL, Connolly PM. Upsetting the apple cart: a community anti-coagulation clinic survey of life event factors that undermine safe therapy. *J Vasc Nurs*. 2005; 23(3):105–111
Francis E, Hughes P, Schinka J. Improving cost-effectiveness in a substance abuse treatment program. *Psychiatr Serv*. 1999; 50(5):633–635
Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Bruno JA, Rutter KR, Isaac F, Wang S. The long-term impact of Johnson & Johnson's Health & Wellness Program on

- employee health risks. J Occup Environ Med. 2002; 44(5):417–424 Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW. Promoting science-based prevention in communities. Addict Behav. 2002; 27(6):951–976
- Keller LO, Schaffer MA, Lia-Hoagberg B, Strohschein S. Assessment, program planning, and evaluation in population-based public health practice. J Public Health Manag Pract. 2002; 8(5):30–43
- McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. Health Aff (Millwood). 2002; 21(2):78–93
- Pegus C, Bazzarre TL, Brown JS, Menzin J. Effect of the Heart At Work program on awareness of risk factors, self-efficacy, and health behaviors. J Occup Environ Med. 2002; 44(3):228–236
- Porter HB, Avery S, Edmond L, Straw R, Young J. Program evaluation in pediatric education. J Nurses Staff Dev. 2002; 18(5):258–266 Rome S. Developing a Fall-Prevention Program for Patients. Am J Nurs. 2002; 102(6): 24A
- Swallow AD, Dykes PC. Tobacco cessation at Greenwich Hospital: one hospital integrates a cessation program into its daily practice. Am J Nurs. 2004; 104(12):61–62
- Woodward D. Developing a pain management program through continuous improvement strategies. J Nurs Care Qual. 2005; 20(3):261–267

2 Domínio 2: Nutrição

2.1 Classe 1: Ingestão

2.1.1 Produção insuficiente de leite materno

Aragaki IMM, Silva IA, dos Santos JL. Traço e estado de ansiedade de nutrizes com indicadores de hipogalactia e nutrizes com galactia normal.

[Trait and state anxiety of nursing mothers with indicators of nursing mothers with insufficient and normal galactic.]. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(3):396–403

Daly SEJ, Hartmann PE. Infant demand and milk supply. Part 1: Infant demand and milk production in lactating women. J Hum Lact. 1995; 11(1):21–26

Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Lactogenesis and infant weight change in the first weeks of life. Adv Exp Med Biol. 2002; 503:159–166

Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. J Nutr. 2001; 131(11):3012S–3015S Dykes F, Williams C. Falling by the wayside: a phenomenological exploration of perceived breast-milk inadequacy in lactating women. Midwifery. 1999; 15(4):232–246

Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT, Zinaman M. Psychological distress and milk volume in lactating mothers. West J Nurs Res. 2005; 27(6):676–693, discussion 694–700

Milsom SR, Rabone DL, Gunn AJ, Gluckman PD. Potential role for growth hormone in human lactation insufficiency. Horm Res. 1998; 50(3):147–150 Page-Goertz S. Weight gain concerns in the breastfed infant. Maternal factors. Adv Nurse Pract. 2005; 13(2):45–48, 72

Powers NG. Slow weight gain and low milk supply in the breastfeeding dyad. Clin Perinatol. 1999; 26(2):399–430

Silva IA. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. [Nursing and breastfeeding: combining secular practices.]. Rev Esc Enferm USP. 2000; 34(4): 362–369

Sievers E, Haase S, Oldigs HD, Schaub J. The impact of peripartum factors on the onset and duration of lactation. Biol Neonate. 2003; 83(4):246–252 World Health Organization/Division of. Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Not enough milk. Update. 1996:21

Winberg J. Breastfeeding—an evolutionary and neuroendocrine perspective. *Adv Exp Med Biol.* 2002; 503:149–157

Zeitlyn S, Rowshan R. Privileged knowledge and mothers' "perceptions": the case of breast-feeding and insufficient milk in Bangladesh. *Med Anthropol Q.* 1997; 11(1): 56–68

2.1.2 Amamentação ineficaz

Bai DL, Fong DY, Tarrant M. Factors associated with breastfeeding duration and exclusivity in mothers returning to paid employment postpartum. *Matern Child Health J.* 2015; 19(5):990–999

Dozier AM, Howard CR, Brownell EA, et al. Labor epidural anesthesia, obstetric factors and breastfeeding cessation. *Matern Child Health J.* 2013; 17(4):689–698

Dunn RL, Kalich KA, Henning MJ, Fedrizzi R. Engaging field-based professionals in a qualitative assessment of barriers and positive contributors to breastfeeding using the social ecological model. *Matern Child Health J.* 2015; 19(1):6–16

Hunter L, Magill-Cuerden J. Young mothers' decisions to initiate and continue breastfeeding in the UK: tensions inherent in the paradox between being, but not being able to be seen to be, a good mother. *Evidence Based Midwifery.* 2014; 12(2):46–51

Leeming D, Williamson I, Lyttle S, Johnson S. Socially sensitive lactation: exploring the social context of breastfeeding. *Psychol Health.* 2013; 28(4):450–468

Leurer MD, Misskey E. "Be positive as well as realistic": a qualitative description analysis of information gaps experienced by breastfeeding mothers. *Int Breastfeed J.* 2015; 10(1):1–11

McGovern T. The challenges of breastfeeding twins. *Nurs N Z.* 2014; 20(11):26–27, 44

Nesbitt SA, Campbell KA, Jack SM, Robinson H, Piehl K, Bogdan JC. Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012; 12(1):149

Renfrew MJ, Dyson L, McCormick F, et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review. *Child Care Health Dev*. 2010; 36(2):165–178

Thompson LA, Zhang S, Black E, et al. The association of maternal pre- pregnancy body mass index with breastfeeding initiation. *Matern Child Health J*. 2013; 17(10): 1842–1851

Todd DA, Hogan MJ. Tongue-tie in the newborn: early diagnosis and division prevents poor breastfeeding outcomes. *Breastfeed Rev*. 2015; 23(1):11–16

Tucker CM, Wilson EK, Samandari G. Infant feeding experiences among teen mothers in North Carolina: Findings from a mixed-methods study. *Int Breastfeed J*. 2011; 6 (1):14

Weber D, Janson A, Nolan M, Wen LM, Rissel C. Female employees' perceptions of organisational support for breastfeeding at work: findings from an Australian health service workplace. *Int Breastfeed J*. 2011; 6(1):19

2.1.3 Amamentação interrompida

Bai DL, Fong DY, Tarrant M. Factors associated with breastfeeding duration and exclusivity in mothers returning to paid employment postpartum. *Matern Child Health J*. 2015; 19(5):990–999

Dozier AM, Howard CR, Brownell EA, et al. Labor epidural anesthesia, obstetric factors and breastfeeding cessation. *Matern Child Health J*. 2013; 17(4):689–698

Dunn RL, Kalich KA, Henning MJ, Fedrizzi R. Engaging field-based professionals in a qualitative assessment of barriers and positive contributors to breastfeeding using the social ecological model. *Matern*

Child Health J. 2015; 19(1):6–16

Hunter L, Magill-Cuerden J. Young mothers' decisions to initiate and continue breastfeeding in the UK: tensions inherent in the paradox between being, but not being able to be seen to be, a good mother. *Evidence Based Midwifery*. 2014; 12(2):46–51

Leeming D, Williamson I, Lyttle S, Johnson S. Socially sensitive lactation: exploring the social context of breastfeeding. *Psychol Health*. 2013; 28(4):450–468

Leurer MD, Misskey E. "Be positive as well as realistic": a qualitative description analysis of information gaps experienced by breastfeeding mothers. *Int Breastfeed J*. 2015; 10(1):1–11

McGovern T. The challenges of breastfeeding twins. *Nurs N Z*. 2014; 20(11):26–27, 44

Nesbitt SA, Campbell KA, Jack SM, Robinson H, Piehl K, Bogdan JC. Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012; 12(1):149

Renfrew MJ, Dyson L, McCormick F, et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review. *Child Care Health Dev*. 2010; 36(2):165–178

Thompson LA, Zhang S, Black E, et al. The association of maternal pre- pregnancy body mass index with breastfeeding initiation. *Matern Child Health J*. 2013; 17(10): 1842–1851

Todd DA, Hogan MJ. Tongue-tie in the newborn: early diagnosis and division prevents poor breastfeeding outcomes. *Breastfeed Rev*. 2015; 23(1):11–16

Tucker CM, Wilson EK, Samandari G. Infant feeding experiences among teen mothers in North Carolina: Findings from a mixed-methods study. *Int Breastfeed J*. 2011; 6 (1):14

Weber D, Janson A, Nolan M, Wen LM, Rissel C. Female employees' perceptions of organisational support for breastfeeding at work: findings

from an Australian health service workplace. *Int Breastfeed J.* 2011; 6(1):19

2.1.4 Disposição para amamentação melhorada

Bai DL, Fong DY, Tarrant M. Factors associated with breastfeeding duration and exclusivity in mothers returning to paid employment postpartum. *Matern Child Health J.* 2015; 19(5):990–999

Dozier AM, Howard CR, Brownell EA, et al. Labor epidural anesthesia, obstetric factors and breastfeeding cessation. *Matern Child Health J.* 2013; 17(4):689–698

Dunn RL, Kalich KA, Henning MJ, Fedrizzi R. Engaging field-based professionals in a qualitative assessment of barriers and positive contributors to breastfeeding using the social ecological model. *Matern Child Health J.* 2015; 19(1):6–16

Hunter L, Magill-Cuerden J. Young mothers' decisions to initiate and continue breastfeeding in the UK: tensions inherent in the paradox between being, but not being able to be seen to be, a good mother. *Evidence Based Midwifery.* 2014; 12(2):46–51

Leeming D, Williamson I, Lyttle S, Johnson S. Socially sensitive lactation: exploring the social context of breastfeeding. *Psychol Health.* 2013; 28(4):450–468

Leurer MD, Misskey E. “Be positive as well as realistic”: a qualitative description analysis of information gaps experienced by breastfeeding mothers. *Int Breastfeed J.* 2015; 10(1):1–11

McGovern T. The challenges of breastfeeding twins. *Nurs N Z.* 2014; 20(11):26–27, 44

Nesbitt SA, Campbell KA, Jack SM, Robinson H, Piehl K, Bogdan JC. Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012; 12(1):149

Renfrew MJ, Dyson L, McCormick F, et al. Breastfeeding promotion for

infants in neonatal units: a systematic review. *Child Care Health Dev.* 2010; 36(2):165–178

Thompson LA, Zhang S, Black E, et al. The association of maternal pre- pregnancy body mass index with breastfeeding initiation. *Matern Child Health J.* 2013; 17(10): 1842–1851

Todd DA, Hogan MJ. Tongue-tie in the newborn: early diagnosis and division prevents poor breastfeeding outcomes. *Breastfeed Rev.* 2015; 23(1):11–16

Tucker CM, Wilson EK, Samandari G. Infant feeding experiences among teen mothers in North Carolina: Findings from a mixed-methods study. *Int Breastfeed J.* 2011; 6 (1):14

Weber D, Janson A, Nolan M, Wen LM, Rissel C. Female employees' perceptions of organisational support for breastfeeding at work: findings from an Australian health service workplace. *Int Breastfeed J.* 2011; 6(1):19

2.1.5 Deglutição prejudicada

Nenhuma referência no momento.

2.1.6 Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente

Ata RN, Bryant Ludden A, Lally MM. The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *J Youth Adolesc.* 2007; 36(8):1024–1037

Barker ET, Bornstein MH. Global self-esteem, appearance satisfaction and self-reported dieting in early adolescence. *J Early Adolesc.* 2010; 30(2):205–224

Barker ET, Galambos NL. Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: risk and resource factors. *J Early Adolesc.* 2003; 23(2):141–165 Berge JM, Loth K, Hanson C, Croll-Lampert J, Neumark-Sztainer D. Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *J Clin Nurs.* 2011:1–9

- Ebbeling CB, Sinclair KB, Pereira MA, Garcia-Lago E, Feldman HA, Ludwig DS. Compensation for energy intake from fast food among overweight and lean adolescents. *JAMA*. 2004; 291(23):2828–2833 Franklin L, Rodger S. Parents' perspectives on feeding medically compromised children: implications for occupational therapy. *Aust Occup Ther J*. 2003; 50(3):137–147
- Gardner RM, Stark K, Friedman BN, Jackson NA. Predictors of eating disorder scores in children ages 6 through 14: a longitudinal study. *J Psychosom Res*. 2000; 49(3): 199–205
- Hilbert A, Tuschen-Cafier B, Czaja J. Eating behavior and familial interactions of children with loss of control eating: a laboratory test meal study. *Am J Clin Nutr*. 2010; 91(3):510–518
- Krall JS, Lohse B. Validation of a measure of the Satter eating competence model with low-income females. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011; 8:26 Moens E, Braet C, Soetens B. Observation of family functioning at mealtime: a comparison between families of children with and without overweight. *J Pediatr Psychol*. 2007; 32(1):52–63
- Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later?. *J Am Diet Assoc*. 2006; 106(4):559–568
- Olson CM, Bove CF, Miller EO. Growing up poor: long-term implications for eating patterns and body weight. *Appetite*. 2007; 49(1):198–207 Satter EM. *Your Child's Weight: Helping Without Harming: Birth through Adolescence*. Madison, WI: Kelcy Press; 2005:408
- Satter E. Eating competence: definition and evidence for the Satter Eating Competence model. *J Nutr Educ Behav*. 2007; 39(5) Suppl:S142–S153 Satter E. Eating competence: nutrition education with the Satter Eating Competence Model. *J Nutr Educ Behav*. 2007; 39(5) Suppl:S189–S194 Treuer T, Koperdák M, Rózsa S, Füredi J. The impact of physical and sexual

abuse on body image in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2005; 13(2):106–111

Wallis DJ, Hetherington MM. Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite.* 2009; 52(2):355–362

2.1.7 Dinâmica alimentar ineficaz da criança

Berge JM, Loth K, Hanson C, Croll-Lampert J, Neumark-Sztainer D. Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *J Clin Nurs.* 2011:1–9

Bowyer C. Around the table. *Psychoanal Psychother.* 2009; 23(1):41–60 Franklin L, Rodger S. Parents' perspectives on feeding medically compromised children: implications for occupational therapy. *Aust Occup Ther J.* 2003; 50(3):137–147

Hilbert A, Tuschen-Caffer B, Czaja J. Eating behavior and familial interactions of children with loss of control eating: a laboratory test meal study. *Am J Clin Nutr.* 2010; 91(3):510–518

Krall JS, Lohse B. Validation of a measure of the Satter eating competence model with low-income females. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011; 8:26 Krisberg K. Food marketing toward youth contributing to unhealthy choices. *Nations Health.* 2006; 36(1):19

Kyung ER. Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics.* 2006; 112(6):2074–2054

Moens E, Braet C, Soetens B. Observation of family functioning at mealtime: a comparison between families of children with and without overweight. *J Pediatr Psychol.* 2007; 32(1):52–63

Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later?. *J Am Diet Assoc.* 2006; 106(4):559–568

Olson CM, Bove CF, Miller EO. Growing up poor: long-term implications for eating patterns and body weight. *Appetite*. 2007; 49(1):198–207 Olstad DL, McCargar L. Prevention of overweight and obesity in children under the age of 6 years. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2009; 34(4):551–570 Satter E. Eating competence: nutrition education with the Satter Eating Competence Model. *J Nutr Educ Behav*. 2007; 39(5) Suppl:S189–S194 Satter E. Eating competence: definition and evidence for the Satter Eating Competence model. *J Nutr Educ Behav*. 2007; 39(5) Suppl:S142–S153 Summerbell CD. The identification of effective programs to prevent and treat overweight preschool children. *Obesity (Silver Spring)*. 2007; 15(6):1341– 1342

2.1.8 Dinâmica ineficaz de alimentação do lactente

Ayres AJ. *Sensory Integration and the Infant-Understanding Hidden Sensory Challenges*. Los Angeles, CA: Western Psychological Association; 2005 Berge JM, Loth K, Hanson C, Croll-Lampert J, Neumark-Sztainer D. Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *J Clin Nurs*. 2011:1–9

Bowyer C. Around the table. *Psychoanal Psychother*. 2009; 23(1):41–60 Franklin L, Rodger S. Parents' perspectives on feeding medically compromised children: implications for occupational therapy. *Aust Occup Ther J*. 2003; 50(3):137–147

Hilbert A, Tuschen-Cafier B, Czaja J. Eating behavior and familial interactions of children with loss of control eating: a laboratory test meal study. *Am J Clin Nutr*. 2010; 91(3):510–518

Krall JS, Lohse B. Validation of a measure of the Satter eating competence model with low-income females. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011; 8:26 Krisberg K. Food marketing toward youth contributing to unhealthy choices. *Nations Health*. 2006; 36(1):19

- Kyung ER. Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*. 2006; 112(6):2074–2054
- Moens E, Braet C, Soetens B. Observation of family functioning at mealtime: a comparison between families of children with and without overweight. *J Pediatr Psychol*. 2007; 32(1):52–63
- Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later?. *J Am Diet Assoc*. 2006; 106(4):559–568
- Olson CM, Bove CF, Miller EO. Growing up poor: long-term implications for eating patterns and body weight. *Appetite*. 2007; 49(1):198–207 Olstad DL, McCargar L. Prevention of overweight and obesity in children under the age of 6 years. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2009; 34(4):551–570 Satter E. Eating competence: nutrition education with the Satter Eating Competence Model. *J Nutr Educ Behav*. 2007; 39(5) Suppl:S189–S194 Satter E. Eating competence: definition and evidence for the Satter Eating Competence model. *J Nutr Educ Behav*. 2007; 39(5) Suppl:S142–S153

2.1.9 Padrão ineficaz de alimentação do lactente

- Hazinski MF. Nursing care of the critically ill child. St Louis, MO: Mosby; 1992
- Shaker CS. Nipple feeding premature infants: a different perspective. *Neonatal Netw*. 1990; 8(5):9–17
- VandenBerg K. Nippling management of the sick neonate in the NICU: The disorganized feeder. Neonatal Network. *J Neonatal Nurs*. 1990; 9(1):9–16

2.1.10 Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais

Nenhuma referência no momento.

2.1.11 Disposição para nutrição melhorada

Nenhuma referência no momento.

2.1.12 Obesidade

Agras WS, Hammer LD, McNicholas F, Kraemer HC. Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. *J Pediatr*. 2004; 145(1):20–25

Andersen RE, Crespo CJ, Bartlett SJ, Cheskin LJ, Pratt M. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*. 1998; 279(12):938–942
Barsh GS, Farooqi IS, O’Rahilly S. Genetics of body-weight regulation. *Nature*. 2000; 404(6778):644–651

Beebe DW, Lewin D, Zeller M, et al. Sleep in overweight adolescents: shorter sleep, poorer sleep quality, sleepiness, and sleep-disordered breathing. *J Pediatr Psychol*. 2007; 32(1):69–79

Bowman SA, Vinyard BT. Fast food consumption of U.S. adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status. *J Am Coll Nutr*. 2004; 23(2):163–168

Byers T, Nestle M, McTiernan A, et al. American Cancer Society 2001 Nutrition and Physical Activity Guidelines Advisory Committee. American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: Reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin*. 2002; 52 (2):92–119
Catalano PM, Farrell K, Thomas A, et al. Perinatal risk factors for childhood obesity and metabolic dysregulation. *Am J Clin Nutr*. 2009; 90(5):1303– 1313

Cavill N, Biddle S, Sallis JF. Health enhancing physical activity for young people: statement of the United Kingdom Expert Consensus Conference. *Pediatr Exerc Sci*. 2001; 13(1):12–25

Chaput J-P, Leblanc C, Périusse L, Després J-P, Bouchard C, Tremblay A. Risk factors for adult overweight and obesity in the Quebec Family Study:

have we been barking up the wrong tree?. *Obesity* (Silver Spring). 2009; 17(10):1964–1970

Cole TJ. Children grow and horses race: is the adiposity rebound a critical period for later obesity?. *BMC Pediatr*. 2004; 4:6

Desai MN, Miller WC, Staples B, Bravender T. Risk factors associated with overweight and obesity in college students. *J Am Coll Health*. 2008; 57(1):109–114

Fares D, Barbosa AR, Borgatto AF, Coqueiro RS, Fernandes MH. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. [Factors associated with nutritional status of the elderly in two regions of Brazil]. *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58 (4):434–441

French SA, Harnack L, Jeffery RW. Fast food restaurant use among women in the

Pound of Prevention study: dietary, behavioral and demographic correlates. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000; 24(10):1353–1359

Hawkins SS, Cole TJ, Law C, Millennium Cohort Study Child Health Group. An ecological systems approach to examining risk factors for early childhood overweight: findings from the UK Millennium Cohort Study. *J Epidemiol Community Health*. 2009; 63(2):147–155

Hebebrand J, Sommerlad C, Geller F, Görg T, Hinney A. The genetics of obesity: practical implications. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001; 25 Suppl 1:S10–S18

Ibáñez L, de Zegher F, Potau N. Anovulation after precocious pubarche: early markers and time course in adolescence. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999; 84(8):2691–2695

Jeffery RW, French SA. Epidemic obesity in the United States: are fast foods and television viewing contributing?. *Am J Public Health*. 1998; 88(2):277–280

Kant AK, Graubard BI. Eating out in America, 1987–2000: trends and nutritional correlates. *Prev Med*. 2004; 38(2):243–249

Koplan JP, Liverman CT, Kraak VI, eds. Preventing childhood obesity: health in the balance. Washington, DC: National Academies Press; 2005 Krebs NF, Jacobson MS, American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. Pediatrics. 2003; 112(2):424–430

Krebs NF, Himes JH, Jacobson D, Nicklas TA, Guilday P, Styne D. Assessment of child and adolescent overweight and obesity. Pediatrics. 2007; 120 Suppl 4:S193–S228

Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, et al. CDC growth charts: United States. Adv Data. 2000; 314(314):1–27

Lopes PCS, Prado SR, Colombo P. Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar. [Risk factors associated with obesity and overweight in school children.]. Rev Bras Enferm. 2010; 63(1):73–78

Lowry R, Wechsler H, Galuska DA, Fulton JE, Kann L. Television viewing and its associations with overweight, sedentary lifestyle, and insufficient consumption of fruits and vegetables among US high school students: differences by race, ethnicity, and gender. J Sch Health. 2002; 72(10):413–421

Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. Lancet. 2001; 357(9255):505–508 Martin KS, Ferris AM. Food insecurity and gender are risk factors for obesity. J Nutr Educ Behav. 2007; 39(1):31–36

McCrory MA, Fuss PJ, Hays NP, Vinken AG, Greenberg AS, Roberts SB. Overeating in America: association between restaurant food consumption and body fatness in healthy adult men and women ages 19 to 80. Obes Res. 1999; 7(6):564–571

Moreno LA, Rodríguez G. Dietary risk factors for development of childhood obesity. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2007; 10(3):336–341 Mushtaq MU, Gull S, Mushtaq K, Shahid U, Shad MA, Akram J. Dietary

behaviors, physical activity and sedentary lifestyle associated with overweight and obesity, and their socio-demographic correlates, among Pakistani primary school children. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011; 8(1):130

National Association for Sport and Physical Education. *Physical Activity for Children: A Statement of Guidelines for Children Ages 5 to 12.* 2nd ed. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2004

Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, van den Berg PA. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med.* 2007; 33(5):359–369

Oken E, Levitan EB, Gillman MW. Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis. *Int J Obes.* 2008; 32(2):201–210

Padez C, Mourão I, Moreira P, Rosado V. Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatr.* 2005; 94(11):1550–1557

Pereira MA, Kartashov AI, Ebbeling CB, et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet.* 2005; 365(9453):36–42

Poterico JA, Bernabé-Ortiz A, Loret de Mola C, Miranda JJ. Asociación entre ver televisión y obesidad en mujeres peruanas. [Association between television viewing and obesity in Peruvian women.]. *Rev Saude Publica.* 2012; 46(4):610–616

Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, et al. Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ.* 2005; 330(7504):1357

Rideout VJ, Vandewater VJ, Wartella EA. *Zero to Six: Electronic Media in the Lives of Infants, Toddlers, and Preschoolers.* Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation; 2003

Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA.* 1999; 282(16):1561–1567

da Rosa MI, da Silva FdeM, Girolodi SB, Antunes GN, Wendland EM. Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviços de pronto-atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. [The prevalence and factors associated with obesity in women attended at First Aid Units of the Unified Health System in southern Brazil.]. Cien Saude Colet. 2011; 16(5):2559–2566

Rosenbaum M, Leibel RL, Hirsch J. Obesity. N Engl J Med. 1997; 337(6):396–407

Shan X-Y, Xi B, Cheng H, Hou D-Q, Wang Y, Mi J. Prevalence and behavioral risk factors of overweight and obesity among children aged 2– 18 in Beijing, China. Int J Pediatr Obes. 2010; 5(5):383–389 Stettler N, Kumanyika SK, Katz SH, Zemel BS, Stallings VA. Rapid weight gain during infancy and obesity in young adulthood in a cohort of African Americans. Am J Clin Nutr. 2003; 77(6):1374–1378

Stettler N, Stallings VA, Troxel AB, et al. Weight gain in the first week of life and overweight in adulthood: a cohort study of European American subjects fed infant formula. Circulation. 2005; 111(15):1897–1903 Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. J Pediatr. 2005; 146(6):732–737

Thibault H, Contrand B, Saubusse E, Baine M, Maurice-Tison S. Risk factors for overweight and obesity in French adolescents: physical activity, sedentary behavior and parental characteristics. Nutrition. 2010; 26(2):192–200

Thompson OM, Ballew C, Resnicow K, et al. Food purchased away from home as a predictor of change in BMI z-score among girls. Int J Obes Relat Metab Disord. 2004; 28(2):282–289

Tordoff MG, Alleva AM. Effect of drinking soda sweetened with aspartame or high-fructose corn syrup on food intake and body weight. Am J Clin Nutr. 1990; 51(6): 963–969

US Department of Health & Human Services & US Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans. 6th ed. Washington, DC:

US Government Printing Office; 2005

US Department of Health & Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 2001

Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med.* 1997; 337(13):869– 873

Williams CL, Hayman LL, Daniels SR, et al. American Heart Association. Cardiovascular health in childhood: A statement for health professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation.* 2002; 106(1):143–160

2.1.13 Sobrepeso

Agras WS, Hammer LD, McNicholas F, Kraemer HC. Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. *J Pediatr.* 2004; 145(1):20–25

Andersen RE, Crespo CJ, Bartlett SJ, Cheskin LJ, Pratt M. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA.* 1998; 279(12):938–942 Barsh GS, Farooqi IS, O'Rahilly S. Genetics of body-weight regulation. *Nature.* 2000; 404(6778):644–651

Beebe DW, Lewin D, Zeller M, et al. Sleep in overweight adolescents: shorter sleep, poorer sleep quality, sleepiness, and sleep-disordered breathing. *J Pediatr Psychol.* 2007; 32(1):69–79

Bowman SA, Vinyard BT. Fast food consumption of U.S. adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status. *J Am Coll Nutr.* 2004; 23(2):163–168

Byers T, Nestle M, McTiernan A, et al. American Cancer Society 2001 Nutrition and Physical Activity Guidelines Advisory Committee.

American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: Reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin.* 2002; 52 (2):92–119 Catalano PM, Farrell K, Thomas A, et al. Perinatal risk factors for childhood obesity and metabolic dysregulation. *Am J Clin Nutr.* 2009; 90(5):1303– 1313

Cavill N, Biddle S, Sallis JF. Health enhancing physical activity for young people: statement of the United Kingdom Expert Consensus Conference. *Pediatr Exerc Sci.* 2001; 13(1):12–25

Chaput J-P, Leblanc C, Pérusse L, Després J-P, Bouchard C, Tremblay A. Risk factors for adult overweight and obesity in the Quebec Family Study: have we been barking up the wrong tree?. *Obesity (Silver Spring).* 2009; 17(10):1964–1970

Cole TJ. Children grow and horses race: is the adiposity rebound a critical period for later obesity?. *BMC Pediatr.* 2004; 4:6

Desai MN, Miller WC, Staples B, Bravender T. Risk factors associated with overweight and obesity in college students. *J Am Coll Health.* 2008; 57(1):109–114

Fares D, Barbosa AR, Borgatto AF, Coqueiro RS, Fernandes MH. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. [Factors associated with nutritional status of the elderly in two regions of Brazil]. *Rev Assoc Med Bras.* 2012; 58 (4):434–441

French SA, Harnack L, Jeffery RW. Fast food restaurant use among women in the

Pound of Prevention study: dietary, behavioral and demographic correlates. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2000; 24(10):1353–1359

Hawkins SS, Cole TJ, Law C, Millennium Cohort Study Child Health Group. An ecological systems approach to examining risk factors for early childhood overweight: findings from the UK Millennium Cohort Study. *J Epidemiol Community Health.* 2009; 63(2):147–155

Hebebrand J, Sommerlad C, Geller F, Görg T, Hinney A. The genetics of

obesity: practical implications. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001; 25 Suppl 1:S10–S18

Ibáñez L, de Zegher F, Potau N. Anovulation after precocious pubarche: early markers and time course in adolescence. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999; 84(8):2691–2695

Jeffery RW, French SA. Epidemic obesity in the United States: are fast foods and television viewing contributing?. *Am J Public Health*. 1998; 88(2):277–280

Kant AK, Graubard BI. Eating out in America, 1987–2000: trends and nutritional correlates. *Prev Med*. 2004; 38(2):243–249

Koplan JP, Liverman CT, Kraak VI, eds. Preventing childhood obesity: health in the balance. Washington, DC: National Academies Press; 2005 Krebs NF, Jacobson MS, American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*. 2003; 112(2):424–430

Krebs NF, Himes JH, Jacobson D, Nicklas TA, Guilday P, Styne D. Assessment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*. 2007; 120 Suppl 4:S193–S228

Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, et al. CDC growth charts: United States. *Adv Data*. 2000; 314(314):1–27

Lopes PCS, Prado SR, Colombo P. Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar. [Risk factors associated with obesity and overweight in school children.]. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(1):73–78

Lowry R, Wechsler H, Galuska DA, Fulton JE, Kann L. Television viewing and its associations with overweight, sedentary lifestyle, and insufficient consumption of fruits and vegetables among US high school students: differences by race, ethnicity, and gender. *J Sch Health*. 2002; 72(10):413–421

Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective,

observational analysis. *Lancet*. 2001; 357(9255):505–508 Martin KS, Ferris AM. Food insecurity and gender are risk factors for obesity. *J Nutr Educ Behav*. 2007; 39(1):31–36

McCrory MA, Fuss PJ, Hays NP, Vinken AG, Greenberg AS, Roberts SB. Overeating in America: association between restaurant food consumption and body fatness in healthy adult men and women ages 19 to 80. *Obes Res*. 1999; 7(6):564–571

Moreno LA, Rodríguez G. Dietary risk factors for development of childhood obesity. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2007; 10(3):336–341 Mushtaq MU, Gull S, Mushtaq K, Shahid U, Shad MA, Akram J. Dietary behaviors, physical activity and sedentary lifestyle associated with overweight and obesity, and their socio-demographic correlates, among Pakistani primary school children. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011; 8(1):130

National Association for Sport and Physical Education. *Physical Activity for Children: A Statement of Guidelines for Children Ages 5 to 12*. 2nd ed. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2004 Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, van den Berg PA. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med*. 2007; 33(5):359–369 Oken E, Levitan EB, Gillman MW. Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis. *Int J Obes*. 2008; 32(2):201–210

Padez C, Mourão I, Moreira P, Rosado V. Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatr*. 2005; 94(11):1550–1557

Pereira MA, Kartashov AI, Ebbeling CB, et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet*. 2005; 365(9453):36–42

Poterico JA, Bernabé-Ortiz A, Loret de Mola C, Miranda JJ. Asociación entre ver televisión y obesidad en mujeres peruanas. [Association between

television viewing and obesity in Peruvian women.]. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(4):610–616

Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, et al. Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ*. 2005; 330(7504):1357

Rideout VJ, Vandewater VJ, Wartella EA. *Zero to Six: Electronic Media in the Lives of Infants, Toddlers, and Preschoolers*. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation; 2003

Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1999; 282(16):1561–1567 da Rosa MI, da Silva FdeM, Girolodi SB, Antunes GN, Wendland EM. Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviços de pronto-atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. [The prevalence and factors associated with obesity in women attended at First Aid Units of the Unified Health System in southern Brazil.]. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(5):2559–2566

Rosenbaum M, Leibel RL, Hirsch J. Obesity. *N Engl J Med*. 1997; 337(6):396–407

Shan X-Y, Xi B, Cheng H, Hou D-Q, Wang Y, Mi J. Prevalence and behavioral risk factors of overweight and obesity among children aged 2– 18 in Beijing, China. *Int J Pediatr Obes*. 2010; 5(5):383–389 Stettler N, Kumanyika SK, Katz SH, Zemel BS, Stallings VA. Rapid weight gain during infancy and obesity in young adulthood in a cohort of African Americans. *Am J Clin Nutr*. 2003; 77(6):1374–1378

Stettler N, Stallings VA, Troxel AB, et al. Weight gain in the first week of life and overweight in adulthood: a cohort study of European American subjects fed infant formula. *Circulation*. 2005; 111(15):1897–1903 Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr*. 2005; 146(6):732–737

Thibault H, Contrand B, Saubusse E, Baine M, Maurice-Tison S. Risk factors for overweight and obesity in French adolescents: physical activity,

sedentary behavior and parental characteristics. *Nutrition*. 2010; 26(2):192–200

Thompson OM, Ballew C, Resnicow K, et al. Food purchased away from home as a predictor of change in BMI z-score among girls. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004; 28(2):282–289

Tordoff MG, Alleva AM. Effect of drinking soda sweetened with aspartame or high-fructose corn syrup on food intake and body weight. *Am J Clin Nutr*. 1990; 51(6): 963–969

US Department of Health & Human Services & US Department of Agriculture. *Dietary Guidelines for Americans*. 6th ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 2005

US Department of Health & Human Services. *The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 2001

Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med*. 1997; 337(13):869– 873

Williams CL, Hayman LL, Daniels SR, et al. American Heart Association. Cardiovascular health in childhood: A statement for health professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation*. 2002; 106(1):143–160

2.1.14 Risco de sobrepeso

Agras WS, Hammer LD, McNicholas F, Kraemer HC. Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. *J Pediatr*. 2004; 145(1):20–25

Andersen RE, Crespo CJ, Bartlett SJ, Cheskin LJ, Pratt M. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*. 1998; 279(12):938–942

Barsh GS, Farooqi IS, O'Rahilly S. Genetics of body-weight regulation. *Nature*. 2000; 404(6778):644–651

Beebe DW, Lewin D, Zeller M, et al. Sleep in overweight adolescents: shorter sleep, poorer sleep quality, sleepiness, and sleep-disordered breathing. *J Pediatr Psychol*. 2007; 32(1):69–79

Bowman SA, Vinyard BT. Fast food consumption of U.S. adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status. *J Am Coll Nutr*. 2004; 23(2):163–168

Byers T, Nestle M, McTiernan A, et al. American Cancer Society 2001 Nutrition and Physical Activity Guidelines Advisory Committee. American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: Reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin*. 2002; 52 (2):92–119

Catalano PM, Farrell K, Thomas A, et al. Perinatal risk factors for childhood obesity and metabolic dysregulation. *Am J Clin Nutr*. 2009; 90(5):1303– 1313

Cavill N, Biddle S, Sallis JF. Health enhancing physical activity for young people: statement of the United Kingdom Expert Consensus Conference. *Pediatr Exerc Sci*. 2001; 13(1):12–25

Chaput J-P, Leblanc C, Périusse L, Després J-P, Bouchard C, Tremblay A. Risk factors for adult overweight and obesity in the Quebec Family Study: have we been barking up the wrong tree?. *Obesity (Silver Spring)*. 2009; 17(10):1964–1970

Cole TJ. Children grow and horses race: is the adiposity rebound a critical period for later obesity?. *BMC Pediatr*. 2004; 4:6

Desai MN, Miller WC, Staples B, Bravender T. Risk factors associated with overweight and obesity in college students. *J Am Coll Health*. 2008; 57(1):109–114

Fares D, Barbosa AR, Borgatto AF, Coqueiro RS, Fernandes MH. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. [Factors associated with nutritional status of the elderly in two regions of

Brazil]. Rev Assoc Med Bras. 2012; 58 (4):434–441

French SA, Harnack L, Jeffery RW. Fast food restaurant use among women in the Pound of Prevention study: dietary, behavioral and demographic correlates. Int J Obes Relat Metab Disord. 2000; 24(10):1353–1359 Hawkins SS, Cole TJ, Law C, Millennium Cohort Study Child Health Group. An ecological systems approach to examining risk factors for early childhood overweight: findings from the UK Millennium Cohort Study. J Epidemiol Community Health. 2009; 63(2):147–155

Hebebrand J, Sommerlad C, Geller F, Görg T, Hinney A. The genetics of obesity: practical implications. Int J Obes Relat Metab Disord. 2001; 25 Suppl 1:S10–S18

Ibáñez L, de Zegher F, Potau N. Anovulation after precocious pubarche: early markers and time course in adolescence. J Clin Endocrinol Metab. 1999; 84(8):2691–2695

Jeffery RW, French SA. Epidemic obesity in the United States: are fast foods and television viewing contributing?. Am J Public Health. 1998; 88(2):277–280

Kant AK, Graubard BI. Eating out in America, 1987–2000: trends and nutritional correlates. Prev Med. 2004; 38(2):243–249

Koplan JP, Liverman CT, Kraak VI, eds. Preventing childhood obesity: health in the balance. Washington, DC: National Academies Press; 2005 Krebs NF, Jacobson MS, American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. Pediatrics. 2003; 112(2):424–430

Krebs NF, Himes JH, Jacobson D, Nicklas TA, Guilday P, Styne D. Assessment of child and adolescent overweight and obesity. Pediatrics. 2007; 120 Suppl 4:S193–S228

Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, et al. CDC growth charts: United States. Adv Data. 2000; 314(314):1–27

Lopes PCS, Prado SR, Colombo P. Fatores de risco associados à obesidade e

sobrepeso em crianças em idade escolar. [Risk factors associated with obesity and overweight in school children.]. Rev Bras Enferm. 2010; 63(1):73–78

Lowry R, Wechsler H, Galuska DA, Fulton JE, Kann L. Television viewing and its associations with overweight, sedentary lifestyle, and insufficient consumption of fruits and vegetables among US high school students: differences by race, ethnicity, and gender. J Sch Health. 2002; 72(10):413– 421

Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. Lancet. 2001; 357(9255):505–508 Martin KS, Ferris AM. Food insecurity and gender are risk factors for obesity. J Nutr Educ Behav. 2007; 39(1):31–36

McCrory MA, Fuss PJ, Hays NP, Vinken AG, Greenberg AS, Roberts SB. Overeating in America: association between restaurant food consumption and body fatness in healthy adult men and women ages 19 to 80. Obes Res. 1999; 7(6):564–571

Moreno LA, Rodríguez G. Dietary risk factors for development of childhood obesity. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2007; 10(3):336–341 Mushtaq MU, Gull S, Mushtaq K, Shahid U, Shad MA, Akram J. Dietary behaviors, physical activity and sedentary lifestyle associated with overweight and obesity, and their socio-demographic correlates, among Pakistani primary school children. Int J Behav Nutr Phys Act. 2011; 8(1):130

National Association for Sport and Physical Education. Physical Activity for Children: A Statement of Guidelines for Children Ages 5 to 12. 2nd ed. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2004 Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, van den Berg PA. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. Am J Prev Med. 2007; 33(5):359–369 Oken E, Levitan EB, Gillman MW. Maternal smoking during pregnancy and

child overweight: systematic review and meta-analysis. *Int J Obes.* 2008; 32(2):201–210

Padez C, Mourão I, Moreira P, Rosado V. Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatr.* 2005; 94(11):1550–1557

Pereira MA, Kartashov AI, Ebbeling CB, et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet.* 2005; 365 (9453):36–42

Poterico JA, Bernabé-Ortiz A, Loret de Mola C, Miranda JJ. Asociación entre ver televisión y obesidad en mujeres peruanas. [Association between television viewing and obesity in Peruvian women.]. *Rev Saude Publica.* 2012; 46(4):610–616

Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, et al. Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ.* 2005; 330(7504):1357

Rideout VJ, Vandewater VJ, Wartella EA. Zero to Six: Electronic Media in the Lives of Infants, Toddlers, and Preschoolers. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation; 2003

Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA.* 1999; 282(16):1561–1567 da Rosa MI, da Silva FdeM, Girolodi SB, Antunes GN, Wendland EM. Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviços de pronto-atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. [The prevalence and factors associated with obesity in women attended at First Aid Units of the Unified Health System in southern Brazil.]. *Cien Saude Colet.* 2011; 16(5):2559–2566

Rosenbaum M, Leibel RL, Hirsch J. Obesity. *N Engl J Med.* 1997; 337(6):396–407

Shan X-Y, Xi B, Cheng H, Hou D-Q, Wang Y, Mi J. Prevalence and behavioral risk factors of overweight and obesity among children aged 2– 18 in Beijing, China. *Int J Pediatr Obes.* 2010; 5(5):383–389

Stettler N, Kumanyika SK, Katz SH, Zemel BS, Stallings VA. Rapid weight gain during infancy and obesity in young adulthood in a cohort of African Americans. *Am J Clin Nutr*. 2003; 77(6):1374–1378

Stettler N, Stallings VA, Troxel AB, et al. Weight gain in the first week of life and overweight in adulthood: a cohort study of European American subjects fed infant formula. *Circulation*. 2005; 111(15):1897–1903 Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr*. 2005; 146(6):732–737

Thibault H, Contrand B, Saubusse E, Baine M, Maurice-Tison S. Risk factors for overweight and obesity in French adolescents: physical activity, sedentary behavior and parental characteristics. *Nutrition*. 2010; 26(2):192–200

Thompson OM, Ballew C, Resnicow K, et al. Food purchased away from home as a predictor of change in BMI z-score among girls. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004; 28(2):282–289

Tordoff MG, Alleva AM. Effect of drinking soda sweetened with aspartame or high-fructose corn syrup on food intake and body weight. *Am J Clin Nutr*. 1990; 51(6): 963–969

US Department of Health & Human Services & US Department of Agriculture. *Dietary Guidelines for Americans*. 6th ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 2005

US Department of Health & Human Services. *The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 2001

Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med*. 1997; 337(13):869– 873

Williams CL, Hayman LL, Daniels SR, et al. American Heart Association. Cardiovascular health in childhood: A statement for health professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the Young,

American Heart Association. Circulation. 2002; 106(1):143–160

2.2 Classe 2: Digestão

Essa classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

2.3 Classe 3: Absorção

Essa classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

2.4 Classe 4: Metabolismo

2.4.1 Risco de função hepática prejudicada

AASLD Practice Guideline. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C.
Alexandria, VA: American Association for the Study of Liver Diseases; 2004

Fontana RJ, Lok SF. Noninvasive monitoring of patients with chronic hepatitis C.
Hepatology. 2002; 36(5) Suppl. 1:S57–S64

Hoofnagle J. Course and outcome of hepatitis C. Hepatology. 2002; 36(5) Suppl. 1: S21–S29

Laboratory Medicine Practice Guidelines. Laboratory guidelines for screening, diagnosis
and monitoring of hepatic injury. Washington DC: National Academy of Clinical
Biochemistry; 2000

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Chronic hepatitis C: Current
disease management. Washington DC: US Department of Health and Human Services; 2003

Palmer M. Hepatitis Liver Disease: What you need to know. Garden City Park, NY. Avery
Publishing Group. 2000; 23:26–31

2.4.2 Risco de glicemia instável

American Diabetes Association. Standard of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2005;
29:S1–S36

Bierschbach JL, Cooper L, Liedl JA. Insulin pumps: what every school nurse needs to know. J Sch Nurs. 2004; 20(2):117–123

US Department of Health & Human Services. Helping the student with diabetes succeed: A guide for school personnel. Retrieved from <http://ndep.nih.gov/resources/school.htm>; 2003

2.4.3 Hiperbilirrubinemia neonatal

American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics. 2004; 114(1):297–316

Beachy JM. Investigating jaundice in the newborn. Neonatal Netw. 2007; 26(5):327–333

Bhutani VK, Johnson LH, Schwoebel A, Gennaro S. A systems approach for neonatal hyperbilirubinemia in term and near-term newborns. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006; 35(4):444–455

Blackburn S. Hyperbilirubinemia and neonatal jaundice. Neonatal Netw. 1995; 14(7): 15–25

Boyd S. Treatment of physiological and pathological neonatal jaundice. Nurs Times. 2004; 100(13):40–43

Cohen SM. Jaundice in the full-term newborn. Pediatr Nurs. 2006; 32(3):202–208

Gartner LM, Herschel M. Jaundice and breastfeeding. Pediatr Clin North Am. 2001; 48(2):389–399

Hillman N. Hyperbilirubinemia in the late preterm infant. Newborn Infant Nurs Rev. 2007; 7(2):91–94

Porter ML, Dennis BL. Hyperbilirubinemia in the term newborn. Am Fam Physician. 2002; 65(4):599–606, 613–614

2.4.4 Risco de hiperbilirrubinemia neonatal

American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia.

Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics. 2004; 114(1):297–316

Beachy JM. Investigating jaundice in the newborn. Neonatal Netw. 2007; 26(5):327–333

Bhutani VK, Johnson LH, Schwoebel A, Gennaro S. A systems approach for neonatal hyperbilirubinemia in term and near-term newborns. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006; 35(4):444–455

Blackburn S. Hyperbilirubinemia and neonatal jaundice. Neonatal Netw. 1995; 14(7): 15–25

Boyd S. Treatment of physiological and pathological neonatal jaundice. Nurs Times. 2004; 100(13):40–43

Cohen SM. Jaundice in the full-term newborn. Pediatr Nurs. 2006; 32(3):202–208

Gartner LM, Herschel M. Jaundice and breastfeeding. Pediatr Clin North Am. 2001; 48(2):389–399

Hillman N. Hyperbilirubinemia in the late preterm infant. Newborn Infant Nurs Rev. 2007; 7(2):91–94

Porter ML, Dennis BL. Hyperbilirubinemia in the term newborn. Am Fam Physician. 2002; 65(4):599–606, 613–614

2.4.5 Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico

Aschbacher K, Kornfeld S, Picard M, et al. Chronic stress increases vulnerability to diet-related abdominal fat, oxidative stress, and metabolic risk. Psychoneuroendocrinology. 2014; 46:14–22

Babio N, Bulló M, Salas-Salvadó J. Mediterranean diet and metabolic syndrome: the evidence. Public Health Nutr. 2009; 12 9A:1607–1617 Bergman M, Chetrit A, Roth J, Dankner R. Dysglycemia and long-term mortality: observations from the Israel study of glucose intolerance, obesity and hypertension. Diabetes Metab Res Rev. 2015; 31(4):368–375

Cheung BM, Li C. Diabetes and hypertension: is there a common metabolic pathway?. *Curr Atheroscler Rep*. 2012; 14(2):160–166

Citrome L. Metabolic syndrome and cardiovascular disease. *Psychopharmacol*. 2005; 19(6) Suppl:84–93

J

Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. *Lancet*. 2005; 365 (9468):1415–1428

Fernández-Ruiz VE, Paniagua-Urbano JA, Solé-Agustí M, Ruiz-Sánchez A, Gómez-Marín J. [Prevalence of metabolic syndrome and cardiovascular risk in an urban area of Murcia]. *Nutr Hosp*. 2014; 30(5):1077–1083
Fransson L, Dos Santos C, Wolbert P, Sjöholm A, Rafacho A, Ortsäter H. Liraglutide counteracts obesity and glucose intolerance in a mouse model of glucocorticoid-induced metabolic syndrome. *Diabetol Metab Syndr*. 2014; 6(1):3

Grundy SM. Metabolic syndrome pandemic. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2008; 28 (4):629–636

Guerra F, Mancinelli L, Buglioni A, et al. Microalbuminuria and left ventricular mass in overweight and obese hypertensive patients: role of the metabolic syndrome. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2011; 18(4):195– 201

Heiss G, Snyder ML, Teng Y, et al. Prevalence of metabolic syndrome among hispanics/latinos of diverse background: The Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Diabetes Care*. 2014; 37(8):2391–2399
Hwang GY, Cho YJ, Chung RH, Kim SH. The relationship between smoking level and metabolic syndrome in male health check-up examinees over 40 years of age. *Korean J Fam Med*. 2014; 35(5):219–226

Monti M, Monti A, Murdolo G, et al. Correlation between epicardial fat and cigarette smoking: CT imaging in patients with metabolic syndrome. *Scand Cardiovasc J*. 2014; 48(5):317–322

Sales MF, Sôter MO, Candido AL, et al. Correlation between plasminogen activator inhibitor-1 (PAI-1) promoter 4G/5G polymorphism and metabolic/proinflammatory factors in polycystic ovary syndrome. *Gynecol*

Endocrinol. 2013; 29(10):936–939

Sayon-Orea C, Martinez-Gonzalez MA, Gea A, Flores-Gomez E, Basterra- Gortari FJ, Bes-Rastrollo M. Consumption of fried foods and risk of metabolic syndrome: the SUN cohort study. Clin Nutr. 2014; 33(3):545– 549

Schaller N, Blume K, Hanssen H, et al. [Prevalence of the metabolic syndrome and its risk factors: results of a large work-site health assessment]. Dtsch Med Wochenschr. 2014; 139(45):2279–2284 Schmidt C, Bergström GM. The metabolic syndrome predicts cardiovascular events: results of a 13-year follow-up in initially healthy 58-year-old men. Metab Syndr Relat Disord. 2012; 10(6):394–399

van Vliet-Ostaptchouk JV, Nuotio ML, Slagter SN, et al. The prevalence of metabolic syndrome and metabolically healthy obesity in Europe: a collaborative analysis of ten large cohort studies. BMC Endocr Disord. 2014; 14(1):9

Viazzi F, Garneri D, Leoncini G, et al. Serum uric acid and its relationship with metabolic syndrome and cardiovascular risk profile in patients with hypertension: insights from the I-DEMAND study. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2014; 24(8):921–927

Zhang MC, Li M, Mao JF, Yi LD. [Relationship between serum uric acid level and metabolic syndrome in Uygur children and adolescents with overweight or obesity]. Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi. 2014; 16(9):878–882

2.5 Classe 5: Hidratação

2.5.1 Risco de desequilíbrio eletrolítico

Elgart HN. Assessment of fluids and electrolytes. AACN Clin Issues. 2004; 15(4):607– 621

Weglicki W, Quamme G, Tucker K, Haigney M, Resnick L. Potassium, magnesium, and electrolyte imbalance and complications in disease management. Clin Exp Hypertens. 2005; 27(1):95–112

2.5.2 Volume de líquidos deficiente

Nenhuma referência no momento.

2.5.3 Risco de volume de líquidos deficiente

Nenhuma referência no momento.

2.5.4 Volume de líquidos excessivo

Biolo A, Netto R, Dora JM, Polanczyk CA. Exame do sistema cardiovascular. In: Barros EJM, Albuquerque GC, Pinheiro CTS, Czepielewski MA, eds. Exame clínico: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed; 2005

Martins QCS, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Excess fluid volume: clinical validation in patients with decompensated heart failure. Rev Lat Am Enfermagem. 2011; 19(3): 540–547

Møller S, Dümcke CW, Krag A. The heart and the liver. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2009; 3(1):51–64

NANDA International. Nursing diagnoses: definition and classification 2009–2011, Oxford: Wiley-Blackwell; 2009

Pinheiro CTS, Czepielewski MA. Exame Clínico: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed; 2005

Rabelo ER, Lucena AF. Diagnóstico de enfermagem com base em sinais e sintomas. Porto Alegre: Artmed; 2011

Martinez JAB, Padua AI, Terra Filho J. Dyspnea. Medicina, Ribeirão Preto, v. 2004;37,199–207

2.5.5 Risco de volume de líquidos desequilibrado

- Batts ED, Lazarus HM. Diagnosis and treatment of transplantation-associated thrombotic microangiopathy: real progress or are we still waiting?. *Bone Marrow Transplant*. 2007; 40(8):709–719
- Boctor FN. Red blood cell exchange transfusion as an adjunct treatment for severe pediatric falciparum malaria, using automated or manual procedures. *Pediatrics*. 2005; 116(4):e592–e595
- Burgstaler E. Current instrumentation for apheresis. In: McLeod B, Price T, Weinstein R, eds. *Apheresis: Principles and practice*. 2nd ed. Bethesda, MD: AABB Press; 2003
- Corbin F, Cullis HM, Freireich EJ, et al. Development of apheresis instrumentation. In: McLeod B, Price T, Weinstein R, eds. *Apheresis: Principles and practice*. 2nd ed. Bethesda, MD: AABB Press; 2003 Crookston K, Simon T. Physiology of apheresis. In: McLeod B, Price T, Weinstein R, eds. *Apheresis: Principles and practice*. 2nd ed. Bethesda, MD: AABB Press; 2003
- Danielson CF. The role of red blood cell exchange transfusion in the treatment and prevention of complications of sickle cell disease. *Ther Apher*. 2002; 6(1):24–31
- Fortenberry JD, Paden ML. Extracorporeal therapies in the treatment of sepsis: experience and promise. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2006; 17(2):72– 79
- Gambro BCT. *Spectra™ System Therapeutics Reference Book*. Denver: Gambro; 2005
- Hester J. Therapeutic cell depletion. In: McLeod B, Priceth D, eds. *Apheresis: Principles and practice*. Bethesda, MD: American Association of Blood Banks; 1997:254–259
- Kim HC. Therapeutic pediatric apheresis. *J Clin Apher*. 2000; 15(1–2):129– 157
- Metheny NM. *Fluid & Electrolyte Balance: Nursing considerations*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000

Teruya J, Styler M, Verde S, Topolsky D, Crilley P. Questionable efficacy of plasma exchange for thrombotic thrombocytopenic purpura after bone marrow transplantation. J Clin Apher. 2001; 16(4):169–174 Vucic S, Davies L. Safety of plasmapheresis in the treatment of neurological disease. Aust N Z J Med. 1998; 28(3):301–305

Woloskie S, Armelagos H, Meade JM, Haas D. Leukodepletion for acute lymphocytic leukemia in a three-week-old infant. J Clin Apher. 2001; 16(1):31–32

3 Domínio 3: Eliminação e troca

3.1 Classe 1: Função urinária

3.1.1 Eliminação urinária prejudicada

Engberg S, McDowell BJ, Donovan N, Brodak I, Weber E. Treatment of urinary incontinence in homebound older adults: interface between research and practice. Ostomy Wound Manage. 1997; 43(10):18–22, 24– 26

Fantl J, Newman D, Colling J. Urinary incontinence in adults: Acute and chronic management (clinical practice guideline No. 2). Rockville, MD: US Department of Health & Human Services; 1996

Messick GM, Powe CE. Applying behavioral research to incontinence. Ostomy

Wound Manage. 1997; 43(10):40–46, 48

3.1.2 Incontinência urinária de esforço

Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. Urology. 2003; 61(1):37–49

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Clinical practice guideline: Urinary incontinence in adults. AHCPR Pub. No. 92-0038. Rockville, MD: AHCPR; 1992

National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NIDDK) Urinary incontinence in women. Retrieved from <http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/ui-women/index.htm>; 2004 NIH consensus statements. Urinary incontinence in adults. Retrieved from http://consensus.nih.gov/cons/071/071_statement.htm; 1988 Noble J, ed. Textbook of primary care medicine. 3rd ed. St Louis, MO: Mosby; 2001

Sampselle CM. State of the science on urinary incontinence: Behavioral interventions in young and middle-age women. Am J Nurs. 2003; 103(3):9-19

Stenchever MA, ed. Comprehensive gynecology. St Louis, MO: Mosby; 2001

Walsh PC, ed. Campbell's urology. 8th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2002

3.1.3 Incontinência urinária de urgência

Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. Standardization Sub-Committee of the International Continence Society, The standardization of terminology in lower urinary tract function: Report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. Urology. 2002; 61(1):37-49

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Clinical practice guideline: Urinary incontinence in adults. AHCPR Pub. No. 92-0038. Rockville, MD: AHCPR; 1992

National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NIDDK). Urinary incontinence in women. Retrieved from <http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/uiwomen/index.htm>; 2004 NIH consensus statements. Urinary incontinence in adults. Retrieved from

http://consensus.nih.gov/cons/071/071_statement.htm; 1988 Noble J, ed. Textbook of primary care medicine, 3rd ed. St Louis, MO: Mosby; 2001

Sampselle CM. State of the science on urinary incontinence: Behavioral interventions in young and middle-age women. Am J Nurs. 2003; 103(3):9–19

Stenchever MA, ed. Comprehensive gynecology. St Louis, MO: Mosby; 2001

Walsh PC, ed. Campbell's urology, 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2002

3.1.4 Risco de incontinência urinária de urgência

Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. Standardization Sub-Committee of the International Continence Society, The standardization of terminology in lower urinary tract function: Report from the Standardization Sub- committee of the International Continence Society. Urology. 2002; 61(1):37–49

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Clinical practice guideline: Urinary incontinence in adults. AHCPR Pub. No. 92–0038. Rockville, MD: AHCPR; 1992

National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NIDDK). Urinary incontinence in women. Retrieved from <http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/uiwomen/index.htm>.; 2004 NIH consensus statements. Urinary incontinence in adults. Retrieved from http://consensus.nih.gov/cons/071/071_statement.htm; 1988 Noble J, ed. Textbook of primary care medicine, 3rd ed. St Louis, MO: Mosby; 2001

Sampselle CM. State of the science on urinary incontinence: Behavioral interventions in young and middle-age women. Am J Nurs. 2003; 103(3):9–19

Stenchever MA, ed. Comprehensive gynecology. St Louis, MO: Mosby;

2001

Walsh PC, ed. Campbell's urology, 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2002

3.1.5 Incontinência urinária funcional

Nenhuma referência no momento.

3.1.6 Incontinência urinária por transbordamento

Agency for Health Care Policy and Research. Clinical practice guideline: Urinary incontinence in adults. AHCPR Pub. No. 92-0038. Rockville, MD: AHCPR; 1992

National Institutes of Health. Urinary incontinence in adults. NIH consensus statement.

Retrieved from

http://consensus.nih.gov/cons/071/071_statement.htm; 1988 National Kidney and Urologic

Diseases Information Clearinghouse. Urinary incontinence

in women. Retrieved from

<http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/uiwomen/index.htm>.; 2004 Noble J, Ed.

Textbook of primary care medicine, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby; 2001

Stenchever MA, ed. Comprehensive gynecology. St. Louis, MO: Mosby; 2001

Walsh PC, Ed. Campbell's urology, 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2002

3.1.7 Incontinência urinária reflexa

Nenhuma referência no momento.

3.1.8 Retenção urinária

Nenhuma referência no momento.

3.2 Classe 2: Função gastrointestinal

3.2.1 Constipação

Nenhuma referência no momento.

3.2.2 Risco de constipação

Nenhuma referência no momento.

3.2.3 Constipação percebida

Nenhuma referência no momento.

3.2.4 Constipação funcional crônica

Brandt LJ, Prather CM, Quigley EM, Schiller LR, Schoenfeld P, Talley NJ. Systematic review on the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol.* 2005; 100 Suppl 1:S5–S21 Eoff JC. Optimal treatment of chronic constipation in managed care: review and roundtable discussion. *J Manag Care Pharm.* 2008; 14(9) Suppl A:1– 15

Gallegos-Orozco JF, Foxx-Orenstein AE, Sterler SM, Stoa JM. Chronic constipation in the elderly. *Am J Gastroenterol.* 2012; 107(1):18–25, quiz 26

Gray JR. What is chronic constipation? Definition and diagnosis. *Can J Gastroenterol.* 2011; 25 Suppl B:7B–10B

Gu MM, Gonzalez CE, Todd KH. Emergent management of constipation in cancer patients. *Emerg Med.* 2011; 43(11):6–12

Jamshed N, Lee ZE, Olden KW. Diagnostic approach to chronic constipation in adults. *Am Fam Physician.* 2011; 84(3):299–306

Leung L, Riutta T, Kotecha J, Rosser W. Chronic constipation: an evidence- based review. *J Am Board Fam Med.* 2011; 24(4):436–451 Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol.* 1997; 32(9):920–924

Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006; 130(5):1480– 1491

Mertz H, Naliboff B, Mayer E. Physiology of refractory chronic constipation. *Am J Gastroenterol*. 1999; 94(3):609–615

Müller-Lissner S. The pathophysiology, diagnosis, and treatment of constipation. *Dtsch Arztebl Int*. 2009; 106(25):424–431, quiz 431–432 Noguera A, Centeno C, Librada S, Nabal M. Screening for constipation in palliative care patients. *J Palliat Med*. 2009; 12(10):915–920 Rao SS, Meduri K. What is necessary to diagnose constipation?. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2011; 25(1):127–140

Tabbers MM, Boluyt N, Berger MY, Benninga MA. Clinical practice : diagnosis and treatment of functional constipation. *Eur J Pediatr*. 2011; 170(8):955–963

Tack J, Müller-Lissner S, Stanghellini V, et al. Diagnosis and treatment of chronic constipation—a European perspective. *Neurogastroenterol Motil*. 2011; 23(8):697–710

3.2.5 Risco de constipação funcional crônica

Brandt LJ, Prather CM, Quigley EM, Schiller LR, Schoenfeld P, Talley NJ. Systematic review on the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol*. 2005; 100 Suppl 1:S5–S21 Eoff JC. Optimal treatment of chronic constipation in managed care: review and roundtable discussion. *J Manag Care Pharm*. 2008; 14(9) Suppl A:1– 15

Gallegos-Orozco JF, Foxx-Orenstein AE, Sterler SM, Stoa JM. Chronic constipation in the elderly. *Am J Gastroenterol*. 2012; 107(1):18–25, quiz 26

Gray JR. What is chronic constipation? Definition and diagnosis. *Can J Gastroenterol*. 2011; 25 Suppl B:7B–10B

Jamshed N, Lee ZE, Olden KW. Diagnostic approach to chronic constipation in adults. *Am Fam Physician*. 2011; 84(3):299–306

Leung L, Riutta T, Kotecha J, Rosser W. Chronic constipation: an evidence- based review. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24(4):436–451
Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol*. 1997; 32(9):920–924

Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006; 130(5):1480– 1491

Mertz H, Naliboff B, Mayer E. Physiology of refractory chronic constipation. *Am J Gastroenterol*. 1999; 94(3):609–615

Müller-Lissner S. The pathophysiology, diagnosis, and treatment of constipation. *Dtsch Arztebl Int*. 2009; 106(25):424–431, quiz 431–432
Noguera A, Centeno C, Librada S, Nabal M. Screening for constipation in palliative care patients. *J Palliat Med*. 2009; 12(10):915–920
Rao SS, Meduri K. What is necessary to diagnose constipation?. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2011; 25(1):127–140

Tabbers MM, Boluyt N, Berger MY, Benninga MA. Clinical practice : diagnosis and treatment of functional constipation. *Eur J Pediatr*. 2011; 170(8):955–963

Tack J, Müller-Lissner S, Stanghellini V, et al. Diagnosis and treatment of chronic constipation—a European perspective. *Neurogastroenterol Motil*. 2011; 23(8):697–710

3.2.6 Diarreia

Nenhuma referência no momento.

3.2.7 Incontinência intestinal

Nenhuma referência no momento.

3.2.8 Motilidade gastrintestinal disfuncional

Chial HJ, Camilleri M. Motility disorders of the stomach and small intestine. In: Friedman SL, McQuaid KR, Grendell JH, eds. Current diagnosis & treatment in gastroenterology. New York, NY: Lange Medical Books/McGraw Hill; 2003:355–367

Holmes HN, Henry K, Bilotta K, Comerford K, Weinstock D, Eds. Professional guide to signs & symptoms, 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007: 112–118

Kahrilas PJ. Esophageal motility disorders. In: Weinstein WM, Hawkey CJ, Bosch J, eds. Clinical gastroenterology and hepatology. St Louis, MO: Elsevier Mosby; 2005: 253–259

Madsen D, Sebolt T, Cullen L, et al. Listening to bowel sounds: an evidence- based practice project: nurses find that a traditional practice isn't the best indicator of returning gastrointestinal motility in patients who've undergone abdominal surgery. Am J Nurs. 2005; 105(12):40–49, quiz 49– 50

Ouyang A, Locke GR, III. Overview of neurogastroenterology- gastrointestinal motility and functional GI disorders: classification, prevalence, and epidemiology. Gastroenterol Clin North Am. 2007; 36(3):485–498, vii

Quigley EMM. Gastric motor and sensory function and motor disorders of the stomach. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, Sleisenger MH, eds. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease pathophysiology/diagnosis/management. St Louis: Saunders Elsevier; 2006: 999–1028

Tack J. Gastric motility disorders. In: Weinstein WM, Hawkey CJ, Bosch J, eds. Clinical gastroenterology and hepatology. St Louis: Elsevier Mosby; 2005:261–266

Taylor C, Lillis C, LeMone P, Lynn P. Fundamentals of nursing the art and science of nursing care, 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008 636–639

Trinh C, Prabhakar K. Diarrheal diseases in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 2007; 23(4): 833–856, vii

Tursi A. Gastrointestinal motility disturbances in celiac disease. *J Clin Gastroenterol*. 2004; 38(8):642–645

Watson RL. Gastrointestinal disorders. In: Verklan M.T, Walden M, eds. *Core curriculum for neonatal intensive care nursing*, 3rd ed. St Louis, MO: Elsevier Saunders; 2004: 654–683

Wong D, Hockenberry MJ, Perry S, Lowdermilk D, Wilson D. *Maternal child nursing care*, 3rd ed. St Louis, MO: Mosby Elsevier; 2006:814–818, 859–860, 1531–1537

3.2.9 Risco de motilidade gastrintestinal disfuncional

Chial HJ, Camilleri M. Motility disorders of the stomach and small intestine. In: Friedman SL, McQuaid KR, Grendell JH, eds. *Current diagnosis & treatment in gastroenterology*. New York, NY: Lange Medical Books/McGraw Hill; 2003:355–367

Holmes HN, Henry K, Bilotta K, Comerford K, Weinstock D, Eds. *Professional guide to signs & symptoms*, 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007: 112–118

Kahrilas PJ. Esophageal motility disorders. In: Weinstein WM, Hawkey CJ, Bosch J, eds. *Clinical gastroenterology and hepatology*. St Louis, MO: Elsevier Mosby; 2005: 253–259

Madsen D, Sebolt T, Cullen L, et al. Listening to bowel sounds: an evidence- based practice project: nurses find that a traditional practice isn't the best indicator of returning gastrointestinal motility in patients who've undergone abdominal surgery. *Am J Nurs*. 2005; 105(12):40–49, quiz 49– 50

Ouyang A, Locke GR, III. Overview of neurogastroenterology- gastrointestinal motility and functional GI disorders: classification, prevalence, and epidemiology. *Gastroenterol Clin North Am*. 2007; 36(3):485–498, vii

- Quigley EMM. Gastric motor and sensory function and motor disorders of the stomach. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, Sleisenger MH, eds. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease pathophysiology/diagnosis/management. St Louis: Saunders Elsevier; 2006: 999–1028
- Tack J. Gastric motility disorders. In: Weinstein WM, Hawkey CJ, Bosch J, eds. Clinical gastroenterology and hepatology. St Louis: Elsevier Mosby; 2005:261–266
- Taylor C, Lillis C, LeMone P, Lynn P. Fundamentals of nursing the art and science of nursing care, 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008 636– 639
- Trinh C, Prabhakar K. Diarrheal diseases in the elderly. Clin Geriatr Med. 2007; 23(4): 833–856, vii
- Tursi A. Gastrointestinal motility disturbances in celiac disease. J Clin Gastroenterol. 2004; 38(8):642–645
- Watson RL. Gastrointestinal disorders. In: Verklan M.T, Walden M, eds. Core curriculum for neonatal intensive care nursing, 3rd ed. St Louis, MO: Elsevier Saunders; 2004: 654–683
- Wong D, Hockenberry MJ, Perry S, Lowdermilk D, Wilson D. Maternal child nursing care, 3rd ed. St Louis, MO: Mosby Elsevier; 2006:814–818, 859–860, 1531–1537

3.3 Classe 3: Função tegumentar

Essa classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

3.4 Classe 4: Função respiratória

3.4.1 Troca de gases prejudicada

Nenhuma referência no momento.

4 Domínio 4: Atividade/repouso

4.1 Classe 1: Sono/repouso

4.1.1 Insônia

Attarian HP. Helping patients who say they cannot sleep. Practical ways to evaluate and treat insomnia. Postgrad Med. 2000; 107(3):127–130, 133–137, 140–142

Becker P, Dement W, Erman M, Glazer W. Poor Sleep: The impact on the health of our patients. Retrieved from http://www.medscape.com/viewarticle/475291_1 ; 2004

Buysse DJ, Reynolds CF, III, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989; 28(2):193–213

Cochran H. Diagnose and treat primary insomnia. Nurse Pract. 2003; 28(9):13–27, quiz 27–29

Doran CM. Prescribing mental health medication. New York, NY: Routledge; 2003

First MB, ed. Diagnostic and statistical manual – text revision (DSM-IV-TR, 2000). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000 Fogel J. Behavioral treatments for insomnia in primary care settings. Advanced Practice. Nurs J (Manila). 2003; 3(4):1–8

Hoffman S. Sleep in the older adult: implications for nurses (CE). Geriatr Nurs. 2003; 24(4):210–214, quiz 215–216

Krahn LE. Sleep disorders. Semin Neurol. 2003; 23(3):307–314 Linton S, Bryngelsson I. Insomnia and its relationship to work and health in a working age population. J Occup Rehabil. 2000; 10(2):169–183 Lippmann S, Mazour I, Shahab H. Insomnia: therapeutic approach. South Med J. 2001; 94(9):866–873

McCall V, Rakel R. A practical guide to insomnia. Minneapolis, MN: McGraw-Hill Co., Inc; 1999

Mahowald MW. What is causing excessive daytime sleepiness? Evaluation to distinguish sleep deprivation from sleep disorders. Postgrad Med. 2000; 107(3):108–110, 115–118, 123

Medscape. Understanding sleep problems – the basics. Retrieved from <http://www.medscape.com> ; 2004

Merriam-Webster Online. Insomnia. Retrieved from <http://www.m-w.com/cgi-bin/dictionary?book=Dictionary&va=insomnia> ; 2004 Sateia MJ, Nowell PD. Insomnia. Lancet. 2004; 364(9449):1959–1973 Simon R. Diagnosis of insomnia: A primary care perspective. Family Practice Recertification. 1999; 21(10):12–19

Sleep Health. Ineffective activity planning. Are you resting easy?. Nursing. 2004; 34(4): 74

Smith MT, Perlis ML, Park A, et al. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. Am J Psychiatry. 2002; 159(1):5–11

Walsh J. Insomnia: Prevalence and clinical and public health considerations. Family Practice Recertification. 1999; 21(10):4–11

4.1.2 Distúrbio no padrão de sono

Nenhuma referência no momento.

4.1.3 Privação de sono

Nenhuma referência no momento.

4.1.4 Disposição para sono melhorado

Nenhuma referência no momento.

4.2 Classe 2: Atividade/exercício

4.2.1 Capacidade de transferência prejudicada

Brouwer B, Musselman K, Culham E. Physical function and health status among seniors with and without a fear of falling. *Gerontology*. 2004; 50(3):135–141

Lewis CL, Moutoux M, Slaughter M, Bailey SP. Characteristics of individuals who fell while receiving home health services. *Phys Ther*. 2004; 84(1):23–32

Tinetti ME, Ginter SF. Identifying mobility dysfunction in elderly persons. *JAMA*. 1988; 259(8):1190–1193

4.2.2 Deambulação prejudicada

Brouwer B, Musselman K, Culham E. Physical function and health status among seniors with and without a fear of falling. *Gerontology*. 2004; 50(3):135–141

Lewis CL, Moutoux M, Slaughter M, Bailey SP. Characteristics of individuals who fell while receiving home health services. *Phys Ther*. 2004; 84(1):23–32

Tinetti ME, Ginter SF. Identifying mobility dysfunction in elderly persons. *JAMA*. 1988; 259(8):1190–1193

4.2.3 Levantar-se prejudicado

Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler-Murr AC. *Pflegediagnosen und Massnahmen*. Bern: Verlag Hans Huber; 2003

Flanagan J, Jones D. High-frequency nursing diagnoses following same-day knee arthroscopy. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009; 20(2):89–95
Heering C. Impaired sitting and impaired standing – two new nursing diagnoses. Paper presented at the AENTDE/NANDA International Congress, Madrid, Spain; 2010

Heering C. Prevalent nursing needs and corresponding interventions of elderly patients in a post-acute geriatric hospital. Paper presented at the AENTDE/ NANDA International Congress, Madrid, Spain; 2010 Kool J., Meichtry A., Schaffert R., Rüesch P. Entwicklung eines Patienten klassifikations systems (PCS) für die Rehabilitation in der Schweiz. Winterthur: Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften; 2008 Monod-Zorzi S, Seematter-Bagnoud L, Büla C, Pellegrini S, Jaccard-Ruedin

H. Maladies chroniques et dependance fonctionelle des personnes agées. Document de travail N. 25. Neuchatel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2007

4.2.4 Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada

Brouwer B, Musselman K, Culham E. Physical function and health status among seniors with and without a fear of falling. *Gerontology*. 2004; 50(3):135–141

Goldstein S. The biology of aging: looking to defuse the genetic time bomb. *Geriatrics*. 1993; 48(9):76–82

Lewis CL, Moutoux M, Slaughter M, Bailey SP. Characteristics of individuals who fell while receiving home health services. *Phys Ther*. 2004; 84(1):23–32

Ourania M, Yvoni H, Christos K, Ionannis T. Effects of a physical activity program. The study of selected physical abilities among elderly women. *J Gerontol Nurs*. 2003; 29(7):50–55

Tinetti ME, Ginter SF. Identifying mobility dysfunction in elderly persons. *JAMA*. 1988; 259(8):1190–1193

4.2.5 Mobilidade física prejudicada

Armendaris MK, Azzolin KO, Alves FJMS, Ritter SG, Moraes MAP. Incidência de complicações vasculares em pacientes submetidos a angioplastia coronariana transluminal percutânea por via arterial transradial e transfemoral. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(1):107–111

Boztosun B, Günes Y, Yildiz A, et al. Early ambulation after diagnostic heart catheterization. *Angiology*. 2007; 58(6):743–746

Doyle BJ, Konz BA, Lennon RJ, Bresnahan JF, Rihal CS, Ting HH. Ambulation 1 hour after diagnostic cardiac catheterization: a prospective study of 1009 procedures. *Mayo Clin Proc*. 2006; 81(12):1537–1540 Paganin A, Rabelo ER. A clinical validation study of impaired physical mobility of patients submitted to cardiac catheterization. *Int J Nurs Knowl*. 2012; 23(3):159–162

4.2.6 Mobilidade no leito prejudicada

Brouwer B, Musselman K, Culham E. Physical function and health status among seniors with and without a fear of falling. *Gerontology*. 2004; 50(3):135–141

Goldstein S. The biology of aging: looking to defuse the genetic time bomb. *Geriatrics*. 1993; 48(9):76–82

Lewis CL, Moutoux M, Slaughter M, Bailey SP. Characteristics of individuals who fell while receiving home health services. *Phys Ther*. 2004; 84(1):23–32

Ourania M, Yvoni H, Christos K, Ionannis T. Effects of a physical activity program. The study of selected physical abilities among elderly women. *J Gerontol Nurs*. 2003; 29(7):50–55

Tinetti ME, Ginter SF. Identifying mobility dysfunction in elderly persons. *JAMA*. 1988; 259(8):1190–1193

4.2.7 Sentar-se prejudicado

Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler-Murr AC. *Pflegediagnosen und Massnahmen*. Bern: Verlag Hans Huber; 2003

Flanagan J, Jones D. High-frequency nursing diagnoses following same-day knee arthroscopy. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009; 20(2):89–95 Heering C. Impaired sitting and impaired standing – two new nursing

diagnoses. Paper presented at the AENTDE/NANDA International Congress, Madrid, Spain; 2010

Heering C. Prevalent nursing needs and corresponding interventions of elderly patients in a post-acute geriatric hospital. Paper presented at the AENTDE/ NANDA International Congress, Madrid, Spain; 2010 Kool J., Meichtry A., Schaffert R., Rüesch P. Entwicklung eines Patientenklassifikationssystems (PCS) für die Rehabilitation in der Schweiz. Winterthur: Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften; 2008

Monod-Zorzi S, Seematter-Bagnoud L, Büla C, Pellegrini S, Jaccard-Ruedin H. Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Document de travail N. 25. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2007

4.2.8 Risco de síndrome do desuso

Nenhuma referência no momento.

4.3 Classe 3: Equilíbrio de energia

4.3.1 Campo de energia desequilibrado

Brekke M, Schultz E. Energy theories: Modeling and role-modeling. In: Erickson H, ed. Modeling and Role-Modeling: A view from the client's world. Cedar Park, Texas: Unicorns Unlimited; 2006:33–67 Butcher H, Frisch N, Shields D, Fuller A, Resnicoff M. Imbalanced human energy field: development, revision and conceptualization of a NANDA-I nursing diagnosis within Rogers' Science of Unitary Human Beings. In: Sheerin F, Sermeus F, Ehrenburg A, eds. E-Health and Nursing, Knowledge for Patient Care, Proceedings of the 10th European Conference of the Association Common European Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes. Dublin, Ireland: ACENDIO; 2015:36–8

Denner SS. The science of energy therapies and contemplative practice: a

conceptual review and the application of zero balancing. *Holist Nurs Pract*. 2009; 23(6):315–334

Erickson HL. Philosophy and theory of holism. *Nurs Clin North Am*. 2007; 42(2): 139–163, v

Eschiti V. Practice column. Journey into chaos: quantifying the human energy field. *Visions. The Journal of Rogerian Nursing Science*. 2006; 14(1):50–57

Frisch N., Butcher H, Campbell D, Weir-Hughes D. Holistic Nurses' Use of Energy-based Caring Modalities, manuscript under review, submitted to *Holistic Nursing Practice*. (full text available to DDC); 2015 Frisch N, Butcher H. Campbell D, Weir-Hughes D. Validation of a NANDA- I diagnosis: Imbalanced energy field. Report of an unpublished study, submitted for presentation at the 2016 NANDA-I conference (full text available to DDC); 2015

Frisch N, Fuller A, Resnicoff M, Shields D, Butcher H. Development of a revision/submission of a nursing diagnosis related to the concept of the human energy field. Unpublished White Paper prepared for the American Holistic Nurses' Association. Topeka, KS (full text to available to DDC); 2015

Hardin S. Pattern of the field. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science* 2004:6–7

Krieger D. *Therapeutic touch as transpersonal healing*. New York, NY: Lantern; 2002

Leddy SK. Human energy: A conceptual model of unitary nursing science. *Visions. The Journal of Rogerian Nursing Science*. 2004; 12(1):14–27 Parse RR. Applications of Parse's Human Becoming school of thought. In: Parker M.A, ed. *Nursing theories & nursing practice*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company; 2006: 187–216

Rogers ME. *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia, PA: F.A. Davis; 1970

Rogers ME. Nursing science and art: a prospective. Nurs Sci Q. 1988; 1(3):99–102

Rogers ME. Nursing science and the space age. Nurs Sci Q. 1992; 5(1):27–34 Rogers ME. Nursing science evolves. In: Madrid M, Barrett EAM, eds. Roger's scientific art of nursing practice. New York, NY: National League for Nursing; 1994:3–9

Shields D, Fuller A, Resnicoff M, Butcher H, Frisch N. Concept analysis of the term Human Energy Field as used within the discipline of nursing. Unpublished paper. (full text available to DDC)

Todaro-Franceschi V. Clarifying the enigma of energy, philosophically speaking. Nurs Sci Q. 2008; 21(4):285–290

Watson J, Smith MC. Caring science and the science of unitary human beings: a transtheoretical discourse for nursing knowledge development. J Adv Nurs. 2002; 37(5): 452–461

Watson J. Caring science as sacred science. Philadelphia, PA: FA Davis; 2005

4.3.2 Fadiga

Nenhuma referência no momento.

4.3.3 Perambulação

Nenhuma referência no momento.

4.4 Classe 4: Respostas cardiovasculares/pulmonares

4.4.1 Débito cardíaco diminuído

Nenhuma referência no momento.

4.4.2 Risco de débito cardíaco diminuído

- Barros ALBL, Gomes IM. Nursing diagnosis profile of patients admitted with acute myocardial infarction. *Acta Paul Enferm.* 2000;105–108 Bianco AC, Timerman A, Paes AT, et al. Análise prospectiva de risco em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 85(4): 254–261
- Bodson L, Bouferrache K, Vieillard-Baron A. Cardiac tamponade. *Curr Opin Crit Care.* 2011; 17(5):416–424
- Campos LA. Choque cardiogênico no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. *Brasileira de Cardiologia.* 2001; 14:115–119
- Output C. Ever Wonder What Those Numbers Really Mean? Retrieved from <http://mededcon.com/card01.htm>.; 2010
- Chairperson AT, Perrier A, Konstantinides S, Agnelli G, Galiè N, Pruszczyk Bassand JP. Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Task Force on Pulmonary Embolism, European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2000; 21(16):1301–1336
- Cox LA Jr. Risk analysis: foundations, models and methods. Boston: Kluwer; 2002
- Creason NS, Camilleri DD, Kim MJ. Concept development in nursing diagnosis. In: Rodgers BL, Knafl KA. Concept development in nursing. Philadelphia PA: W. B. Saunders Company; 1993
- Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem e padrões funcionais de saúde alterados em pacientes internados por cardiopatia chagásica crônica (Tese de Mestrado da Escola de Enfermagem, USP). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil; 1989
- Dougherty CM. Reconceptualization of the nursing diagnosis decreased cardiac output. *Nurs Diagn.* 1997; 8(1):29–36
- Ellis MF. Low cardiac output following cardiac surgery: critical thinking steps. *Dimens Crit Care Nurs.* 1997; 16(1):48–55
- Griffin MJ, Hines RL. Management of perioperative ventricular dysfunction. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2001; 15(1):90–106

Gun C, Piegas LS. Síndrome de baixo débito no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. 2001; 11(5):1023–1030

Guyton AC, Jones CE, Coleman TG. Circulatory Physiology: cardiac output and its regulation. Philadelphia, PA: Saunders; 1963

Headley JM, Von Rueden KT. The right ventricle: significant anatomy, physiology, and interventricular considerations. J Cardiovasc Nurs. 1991; 6(1):1–11

Hochman JS, Boland J, Sleeper LA, et al. SHOCK Registry Investigators. Current spectrum of cardiogenic shock and effect of early revascularization on mortality. Results of an International Registry. Circulation. 1995; 91(3):873–881

Hollenberg SM. Cardiogenic shock. Crit Care Clin. 2001; 17(2):391–410 Hollenberg SM. Recognition and treatment of cardiogenic shock. Semin Respir Crit Care Med. 2004; 25(6):661–671

Johnson DL. Postoperative low cardiac output in infancy. Heart & Lung. J Crit Care. 1983; 12(6):603–611

Kaplan JA. Pathophysiology of the perioperative low output syndrome. Eur J Anaesthesiol Suppl. 1992; 5 Suppl.:3–6

Kern L, Omery A. Decreased cardiac output in the critical care setting. Nurs Diagn. 1992; 3(3):94–106

Kushwaha SS, Fallon JT, Fuster V. Restrictive cardiomyopathy. N Engl J Med. 1997; 336(4):267–276

Levick JR. Control of stroke volume and cardiac output. In: Levick JR, ed. An introduction to cardiovascular physiology. Oxford: Butterworth – Heinemann; 1995:76–103

de Lima LR, Pereira SVM, Chianca TC. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco–contribuição de Orem. Rev Bras Enferm. 2006; 59(3):285–290

Maganti M, Badiwala M, Sheikh A, et al. Predictors of low cardiac output

syndrome after isolated mitral valve surgery. J Thorac Cardiovasc Surg. 2010; 140(4):790–796

Maillé JG. [Physiopathology of low cardiac outputs after ECC and their treatment]. Ann Anesthesiol Fr. 1977; 18(1):73–80

Maria VRL. Elaboração de diagnósticos de Enfermagem do paciente coronariano em estado crítico (Tese de Doutorado da Escola de Enfermagem, USP). São Paulo, SP: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997

Martínez Martínez J, Irazola V, Nohara W, Alberto Sampó E. [Acute pulmonary thromboembolism with severe hemodynamic compromise. The efficacy of systemic thrombolytic treatment in the coronary unit]. Rev Esp Cardiol. 1994; 47(11):773– 776

Massé L, Antonacci M. Low cardiac output syndrome: identification and management. Crit Care Nurs Clin North Am. 2005; 17(4):375–383, x Miyawaki H, Yamaguchi S. [Relationship between the location and size of myocardial infarction and pump failure–predictors of cardiogenic shock associated with acute myocardial infarction]. Nihon Rinsho. 2003; 61 Suppl 5:451–455

Ramsay J. How much cardiac output is enough?. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2002; 16 (1):1–3

Rao V, Ivanov J, Weisel RD, Ikonomidis JS, Christakis GT, David TE. Predictors of low cardiac output syndrome after coronary artery bypass. J Thorac Cardiovasc Surg. 1996; 112(1):38–51

Rodgers BL. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. J Adv Nurs. 1989; 14(4):330–335

Settergren G, Anderson R, Rådegran K. How much cardiac output is enough?. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2002; 16(5):663

Silva RCG, Cruz DALM. Identificação dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores de risco em pacientes valvopatas. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. 2002; 2 Suppl. A:1–7

Sunday R, Robinson LA, Bosek V. Low cardiac output complicating pericardiectomy for pericardial tamponade. *Ann Thorac Surg.* 1999; 67(1):228–231

Stewart JM, Taneja I, Medow MS. Reduced central blood volume and cardiac output and increased vascular resistance during static handgrip exercise in postural tachycardia syndrome. *Am J Physiol Heart Circ Physiol.* 2007; 293(3):H1908–H1917

Smith HM, Farrow SJ, Ackerman JD, Stubbs JR, Sprung J. Cardiac arrests associated with hyperkalemia during red blood cell transfusion: a case series. *Anesth Analg.* 2008; 106(4):1062–1069

Suriano MLF. Identification of the most frequently nursing diagnoses in the perioperative period of patients undergoing cardiovascular surgery. *Acta Paul Enferm.* 2000; 13:99–104

Tirilomis T, Coskun O, Schneider H, Ruschewsk W. Mechanical circulatory support for low cardiac output syndrome due to tachyarrhythmia after cardiac surgery in a newborn. *Heart Surg Forum.* 2009; 12(5):E308–E309
Towbin JA, Bowles NE. The failing heart. *Nature.* 2002; 415(6868):227–233
Volschan A. Choque obstrutivo. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de.* 2001; 14(2):67–69

v Scheidt W. [Acute heart failure]. *MMW Fortschr Med.* 2004; 146(15):36–, 39–41

Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing.* 3rd ed. Norwalk: Appleton & Lange; 1995

Whitley GG. Concept analysis as foundational to nursing diagnosis research. *Nurs Diagn.* 1995; 6(2):91–92

Richardson P, McKenna W, Bristow M, et al. World Health Organization & International Society and Federation of Cardiology. Task force: on the definition and classification of cardiomyopathies. *Circulation.* 1996; 93(5):841–842

Worthley LI. Shock: a review of pathophysiology and management. Part I.

Crit Care Resusc. 2000; 2(1):55–65

4.4.3 Padrão respiratório ineficaz

Amaral ACS, Coeli CM, Costa MCE, Cardoso VS, Toledo ALA, Fernandes CR. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. Cad Saude Publica. 2004; 20(6):1617–1626 Andrade LHSG, Gorensteins C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. Rev Psiquiatr Clin (Santiago). 1998; 25(6):285–290 Andrade LT. Validação das Intervenções de Enfermagem para o Diagnóstico de mobilidade física prejudicada em lesados medulares. Master's dissertation, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil; 2007

Argimon ILL, Bica M, Timm LM, Vivan A. Funções executivas e a avaliação de flexibilidade de pensamento em idosos. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano; 2006: 35–42

Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de enfermagem. Introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1989 Barros ALBL. Anamnese e exame físico. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2006 Bickley LSB. Propedêutica Médica. 7th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005

Cafer CR, Barros ALBL, Lucena AF, Mahl MLS, Michel JLM. Diagnóstico de enfermagem e proposta de intervenção para pacientes com lesão medular. Acta Paul Enferm. 2005; 18(4):347–353

Cavalcante AMRZ. Nursing intervention of “ineffective breathing pattern” in elderly people. Dissertation, Faculty of Nursing/UFG, Goiânia; 2009 Charchat-Fichman H, Caramelli P, Sameshima K, Nitrini R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. Rev Bras Psiquiatr. 2005; 27(1):79–82

Corrêa CG. Dor: Validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. São Paulo, Brazil : Dissertation, Universidade de;1997

Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins Patologia estrutural e funcional. 6th ed. [Robbins Pathologic Basis of Disease, 6th Ed.] Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000

Dellaroza MS, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. Cad Saude Publica. 2007; 23(5):1151–1160

D'Ottaviano EJ. Sistema nervoso e 3a idade. Revista Argumento. 2001; III(5):29–46

Dourado VZ, Tanni SE, Vale AS, Faganello MM, Sanchez FF, Godoy I. Manifestações sistêmicas na doença pulmonar obstrutiva crônica. J Bras Pneumol. 2006; 32(2): 161–171

Ferrantin AC, Borges CF, Morelli JGS, Rebelatto JR. Qualidade da execução de AVDs em idosos institucionalizados e não-institucionalizados que permaneciam sem sair de suas residências por mais de 6 meses. Braz J Phys Ther. 2005; 6(5):372–375

Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002 Gardner WN. The pathophysiology of hyperventilation disorders. Chest Journal. 1996; 109(2):516–534

Gonçalves MP. Influência de um programa de treinamento muscular respiratório no desempenho cognitivo e na qualidade de vida do idoso. Thesis, Universidade de Brasília, Brazil; 2007

Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002

Hudak CM, Gallo BM. Cuidados intensivos de enfermagem. Uma abordagem holística. 6th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997 Kauffman TL. Manual de reabilitação geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001

Kim MJ, Larson J. Ineffective airway clearance and ineffective breathing patterns: Theoretical and research base for nursing diagnosis. Nurs Clin

North Am. 1987; 22(1): 12–34

Loyola Filho AI, Matos DL, Giatti L, Afradique ME, Peixoto SV, Lima- Costa MF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2004; 13(4):229–238

Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros NTL. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. Revista Brasileira de Ciência e Movimento. 2000; 8(4):21–32 Paiva KCA, Beppu OS. Posição prona. J Bras Pneumol. 2005; 31(4):332–340 Paulin E, Brunetto AF, Carvalho CRF. Efeitos de programa de exercícios físicos direcionado ao aumento da mobilidade torácica em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. Jornal de Pneumologia. 2003; 29(5):287–294

Pereira ALS. Construção de um protocolo de tratamento para o transtorno de ansiedade generalizada. Dissertation, Instituto de Psicologia, Rio de Janeiro; 2005

Porto CC. Semiologia Médica. 5th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005

Rasslan Z, Junior RS, Stirbulov R, Fabbri RMA, Lima CAC. Avaliação da função pulmonar na obesidade graus I e II. J Bras Pneumol. 2004; 30(6):508–514

Rigatto AM, Alvez SCC, Gonçalves CB, Firmo JF, Provin LM. Performance ventilatória na obesidade. Saúde em Revista. 2005; 7(17):57–62 Scanlan CL, Wilkins RL, Stoller JK. Fundamentos da terapia respiratória de Egan. 7th ed. São Paulo: Manole; 2000

Silva G.A. Síndrome obesidade-hipoventilação alveolar. Medicina, Ribeirão Preto 2006;39(2), 195–204

Simpson H. Respiratory assessment. Br J Nurs. 2006; 15(9):484–488 Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 9th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005

4.4.4 Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída

Alzamora MT, Baena-Díez JM, Sorribes M, et al. PERART study. Peripheral Arterial Disease study (PERART): prevalence and predictive values of asymptomatic peripheral arterial occlusive disease related to cardiovascular morbidity and mortality. BMC Public Health. 2007; 7:348
Dogan A, Ozgul M, Ozaydin M, Aslan SM, Gedikli O, Altinbas A. Effect of clopidogrel plus aspirin on tissue perfusion and coronary flow in patients with ST-segment elevation myocardial infarction: a new reperfusion strategy. Am Heart J. 2005; 149(6): 1037–1042

Hung J, Knuiman MW, Divitini ML, Davis T, Beilby JP. Prevalence and risk factor correlates of elevated C-reactive protein in an adult Australian population. Am J Cardiol. 2008; 101(2):193–198

O'Donnell JM, N'acul F, eds. Surgical intensive care medicine. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2001

Sharma S. Pulmonary embolism. eMedicine. Retrieved from <http://www.emedicine.com/med/TOPIC1958.HTM> .; 2006

Steen H, Lehrke S, Wiegand UKH, et al. Very early cardiac magnetic resonance imaging for quantification of myocardial tissue perfusion in patients receiving tirofiban before percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction. Am Heart J. 2005; 149(3):564
Swearingen PL, Hicks Keen J, eds. Manual of critical care nursing: Nursing interventions and collaborative management. 4th ed. St Louis, MO: Mosby, 2001

4.4.5 Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz

Asante-Siaw J, Tyrrell J, Hoschitzky A. Does the use of a centrifugal pump offer any additional benefit for patients having open heart surgery? Best BETS. Record (Washington). 2006; 01148

Barnard J, Musleh G, Bitta M. In aortic arch surgery is there any benefit in using antegrade cerebral perfusion or retrograde cerebral perfusion as an

adjunct to hypothermic circulatory arrest? BestBETS. Record (Washington). 2004; 00690

O'Donnell JM, N'acul F, eds. Surgical intensive care medicine. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2001

Sharma M, Clark H, Armour T, et al. Evidence Report/Technology Assessment, Acute stroke: Evaluation and treatment. Agency for Healthcare Research and Quality. 2005; 127:1–7

Swearingen PL, Hicks Keen J, Eds. Manual of critical care nursing: Nursing interventions and collaborative management. 4th ed. St Louis, MO: Mosby, 2001

4.4.6 Perfusão tissular periférica ineficaz

Cournot M, Boccalon H, Cambou JP, et al. Accuracy of the screening physical examination to identify subclinical atherosclerosis and peripheral arterial disease in asymptomatic subjects. J Vasc Surg. 2007; 46(6):1215– 1221

Serrano Hernando FJ, Martín Conejero A. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. Rev Esp Cardiol. 2007; 60(9):969–982

Khan NA, Rahim SA, Anand SS, Simel DL, Panju A. Does the clinical examination predict lower extremity peripheral arterial disease?. JAMA. 2006; 295(5):536–546

Kruidenier LM, Nicolaï SPA, Willigendael EM, de Bie RA, Prins MH, Teijink JAW. Functional claudication distance: a reliable and valid measurement to assess functional limitation in patients with intermittent claudication. BMC Cardiovasc Disord. 2009; 9(9):9

Lewis CD. Peripheral arterial disease of the lower extremity. J Cardiovasc Nurs. 2001; 15(4):45–63, quiz 96–97

Lopez Rowe V. Peripheral arterial occlusive disease. Retrieved from <http://www.emedicine.com/med/topic391.htm> ; 2005

Maffei FHA, Lastoria S, Yoshida WB, Rollo HA. 2002

McDermott MM, Ades PA, Dyer A, Guralnik JM, Kibbe M, Criqui MH. Corridor-based functional performance measures correlate better with physical activity during daily life than treadmill measures in persons with peripheral arterial disease. *J Vasc Surg.* 2008; 48(5):1231–1237, 1237.e1 O'Donnell JM, N'acul F, eds. *Surgical intensive care medicine.* Boston: Kluwer Academic; 2001

Silva RCG. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem: perfusão tissular periférica ineficaz em pacientes com doença arterial obstrutiva periférica sintomática. [Validation of defining characteristics of the nursing diagnosis ineffective peripheral tissue perfusion in patients with peripheral arterial disease in the lower limbs.] Doctoral dissertation. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina 2010:191

Gengo de Silva RdeC, Monteiro da Cruz DdeA, Bortolotto LA, et al. Ineffective peripheral tissue perfusion: Clinical validation in patients with hypertensive cardiomyopathy. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2006; 17(2):97– 107

Stephens E. Peripheral vascular disease. *eMedicine.* Retrieved from <http://www.emedicine.com/emerg/topic862.htm> .; 2005

Swearingen PL, Hicks Keen J, eds. *Manual of critical care nursing: Nursing interventions and collaborative management.* 4th ed. St Louis, MO: Mosby; 2001

4.4.7 Risco de perfusão tissular periférica ineficaz

Cournot M, Boccalon H, Cambou JP, et al. Accuracy of the screening physical examination to identify subclinical atherosclerosis and peripheral arterial disease in asymptomatic subjects. *J Vasc Surg.* 2007; 46(6):1215– 1221

Serrano Hernando FJ, Martín Conejero A. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. *Rev Esp Cardiol.* 2007;

60(9):969–982

Khan NA, Rahim SA, Anand SS, Simel DL, Panju A. Does the clinical examination predict lower extremity peripheral arterial disease?. JAMA. 2006; 295(5):536–546

Kruidenier LM, Nicolaï SPA, Willigendael EM, de Bie RA, Prins MH, Teijink JAW. Functional claudication distance: a reliable and valid measurement to assess functional limitation in patients with intermittent claudication. BMC Cardiovasc Disord. 2009; 9(9):9

Lewis CD. Peripheral arterial disease of the lower extremity. J Cardiovasc Nurs. 2001; 15(4):45–63, quiz 96–97

Lopez Rowe V. Peripheral arterial occlusive disease. Retrieved from <http://www.emedicine.com/med/topic391.htm> ; 2005

Maffei FHA, Lastoria S, Yoshida WB, Rollo HA, eds. Doenças vasculares periféricas. Rio de Janeiro: Medsi; 2002

McDermott MM, Ades PA, Dyer A, Guralnik JM, Kibbe M, Criqui MH. Corridor-based functional performance measures correlate better with physical activity during daily life than treadmill measures in persons with peripheral arterial disease. J Vasc Surg. 2008; 48(5):1231–1237, 1237.e1 O'Donnell JM, N'acul F, eds. Surgical intensive care medicine. Boston: Kluwer Academic; 2001

Silva RCG. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem: perfusão tissular periférica ineficaz em pacientes com doença arterial obstrutiva periférica sintomática. [Validation of defining characteristics of the nursing diagnosis ineffective peripheral tissue perfusion in patients with peripheral arterial disease in the lower limbs.] Doctoral dissertation. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina 2010:191

Gengo de Silva RdeC, Monteiro da Cruz DdeA, Bortolotto LA, et al. Ineffective peripheral tissue perfusion: Clinical validation in patients with hypertensive cardiomyopathy. Int J Nurs Terminol Classif. 2006; 17(2):97– 107

Stephens E. Peripheral vascular disease. eMedicine. Retrieved from <http://www.emedicine.com/emerg/topic862.htm> .; 2005

Swearingen PL, Hicks Keen J, eds. Manual of critical care nursing: Nursing interventions and collaborative management. 4th ed. St Louis, MO: Mosby; 2001

4.4.8 Risco de pressão arterial instável

Blum K. Heart failure: Management of acute decompensation of heart failure. In: Morton PG, Fontaine DK, eds. Critical care nursing: a holistic approach. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013:404–407

Bradley EG. Nursing management: Hypertension (Chapter 33). In: Lewis S. L., Dirksen S. R., Heitkemper M. M., Bucher L., Camera I. M, eds. Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems. 8th ed. US: Elsevier Mosby; 2011

Bucher L. Nursing management: Dysrhythmias (Chapter 36). In: Lewis S. L., Dirksen S. R., Heitkemper M. M., Bucher L., Camera I. M, eds. Medical- surgical nursing: Assessment and management of clinical problems. 8th ed. USA: Elsevier Mosby; 2011

Burnier M, Wuerzner G, Struijker-Boudier H, Urquhart J. Measuring, analyzing, and managing drug adherence in resistant hypertension. Hypertension. 2013; 62(2):218–225

Chatterjee NA, Fifer M. Heart Failure. In: Lilly L, ed. Pathophysiology of heart disease: a collaborative project of medical students and faculty. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011: 224–242 Freeman R, Chapleau MW. Testing the autonomic nervous system. Handb Clin Neurol. 2013; 115:115–136

Frith J, Reeve P, Newton JL. Length of time required to achieve a stable baseline blood pressure in the diagnosis of orthostatic hypotension. J Am Geriatr Soc. 2013; 61(8): 1414–1415

Grossman E, Messerli FH. Rare and unusual forms of hypertension (Chapter

12). In: Black H. R, Elliot W. J, eds. Hypertension: A companion to Braunwald's heart disease. 2nd ed. China: Elsevier-Saunders; 2013 Haarman EG, Vermeulen RJ, van Furth AM, Verbeke JI, Plötz FB. Cushing's triad in pneumococcal meningitis due to brainstem ischemia: early detection by diffusion-weighted MRI. *Pediatr Neurol.* 2008; 38(4):276–278

Knapp JM. Hyperosmolar therapy in the treatment of severe head injury in children: mannitol and hypertonic saline. *AACN Clin Issues.* 2005; 16(2):199–211

Lee C, Williams G, Lilly L. Hypertension. In: Lilly L, ed. Pathophysiology of heart disease: a collaborative project of medical students and faculty. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011 Lindop GBM, McPhaden AR, Dargie HJ. The cardiovascular system: Shock. In: Levison D.A., Reid R., Burt A.D., Harrison D.J., Fleming S, eds. *Muir's textbook of pathophysiology* (14th ed.). London, UK: Edward Arnold Publishers; 2008: 128–131

Morton PG, Reck K, Hamel J, Walther AS, Von Rueden KT, Headly JM. Patient assessment: Cardiovascular system. In Morton, P.G. & Fontaine, D.K, eds. *Critical care nursing: a holistic approach.* 10th ed. Philadelphia, PA :Lippincott Williams & Wilkins; 2013: 267–269 Rhee J-W, Sabatine M, Lilly L. Acute coronary syndromes: Cardiogenic shock. In Lilly, L. (ed.) *Pathophysiology of heart disease: a collaborative project of medical students and faculty.* 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins: 2011: 185–186

Saccò M, Meschi M, Regolisti G, et al. The relationship between blood pressure and pain. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2013; 15(8):600–605 Sue CC, Apple S. Common cardiovascular disorders: Hypertensive crisis. In: Morton P. G, Fontaine D.K, eds. *Critical care nursing: a holistic approach.* 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013: 387388 Van Buren PN, Toto RD. The pathogenesis and management of hypertension in diabetic kidney disease. *Med Clin North Am.* 2013; 97(1):31–51

Wynne AL, Woo TM, Olyaei AJ. Drugs affecting the cardiovascular and renal systems (Chapter 16). In Pharmacotherapeutics for nurse practitioner prescribers. 2nd ed. F. A. Davis: USA;2007:243–308

4.4.9 Resposta disfuncional ao desmame ventilatório

Nenhuma referência no momento.

4.4.10 Intolerância à atividade

Nenhuma referência no momento.

4.4.11 Risco de intolerância à atividade

Nenhuma referência no momento.

4.4.12 Ventilação espontânea prejudicada

Nenhuma referência no momento.

4.5 Classe 5: Autocuidado

4.5.1 Déficit no autocuidado para alimentação

Nenhuma referência no momento.

4.5.2 Déficit no autocuidado para banho

Nenhuma referência no momento.

4.5.3 Déficit no autocuidado para higiene íntima

Nenhuma referência no momento.

4.5.4 Déficit no autocuidado para vestir-se

Nenhuma referência no momento.

4.5.5 Disposição para melhora do autocuidado

Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange MP. Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart Lung*. 2002; 31(3):161–172 Backscheider JE. Self-care requirements, self-care capabilities, and nursing systems in the diabetic nurse management clinic. *Am J Public Health*. 1974; 64(12):1138–1146

Becker G, Gates RJ, Newsom E. Self-care among chronically ill African Americans: culture, health disparities, and health insurance status. *Am J Public Health*. 2004; 94(12):2066–2073

Biggs AJ. Family caregiver versus nursing assessments of elderly self-care abilities. *J Gerontol Nurs*. 1990; 16(8):11–16

Conn V. Self-care actions taken by older adults for influenza and colds. *Nurs Res*. 1991; 40(3):176–181

Dashiff C, Bartolucci A, Wallander J, Abdullatif H. The relationship of family structure, maternal employment, and family conflict with self-care adherence of adolescents with Type 1 diabetes. *Fam Syst Health*. 2005; 23(1):66–79

Harris JL, Williams LK. Universal self-care requisites as identified by homeless elderly men. *J Gerontol Nurs*. 1991; 17(6):39–43 Hartweg DL. Self-care actions of healthy middle-aged women to promote well-being. *Nurs Res*. 1993; 42(4):221–227

Moore JB, Beckwitt AE. Children with cancer and their parents: self-care and dependent-care practices. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2004; 27(1):1–17 Oliver M. Reaching positive outcomes by assessing and teaching patients self-efficacy. *Home Healthc Nurse*. 2005; 23(9):559–562

Orem DE. *Nursing: Concepts and practice*. 6th ed. St Louis, MO: Mosby; 2001

Richardson A, Ream EK. Self-care behaviours initiated by chemotherapy patients in response to fatigue. *Int J Nurs Stud*. 1997; 34(1):35–43

Smits MW, Kee CC. Correlates of self-care among the independent elderly: self-concept affects well-being. *J Gerontol Nurs.* 1992; 18(9):13–18 Weston-Eborn R, Sitzman K. Home care and the adult learner. *Home Healthc Nurse.* 2004; 22(8):522–523

4.5.6 Autonegligência

Abrams RC, Lachs M, McAvay G, Keohane DJ, Bruce ML. Predictors of self-neglect in community-dwelling elders. *Am J Psychiatry.* 2002; 159(10):1724–1730

Adams J, Johnson J. Nurses' perceptions of gross self-neglect amongst older people living in the community. *J Clin Nurs.* 1998; 7(6):547–552 Nabi AA, Nabi W. Coexisting diogenes and capgras syndromes. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2001; 5(1):75–76

Barocka A, Seehuber D, Schone D. [Messy house syndrome]. *MMW Fortschr Med.* 2004; 146(45):36–39

Blondell RD. Alcohol abuse and self-neglect in the elderly. *J Elder Abuse Negl.* 1999; 11(2):55–75

Bozinovski SD. Older self-neglecters: Interpersonal problems and the maintenance of self-continuity. *J Elder Abuse Negl.* 2000; 12(1):37–56 Branch L. The epidemiology of elder abuse and neglect. *The Public Policy and Aging Report.* 2002; 12(2):19–22

Chang BL, Uman GC, Hirsch M. Predictive power of clinical indicators for self-care deficit. *Nurs Diagn.* 1998; 9(2):71–82

Clark ANG, Mankikar GD, Gray I. Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet.* 1975; 1(7903):366–368

Daly JM, Jogerst G. Statute definitions of elder abuse. *J Elder Abuse Negl.* 2001; 13(4): 39–57

Drummond LM, Turner J, Reid S. Diogenes' syndrome: A load of old rubbish?. *Ir J Psychol Med.* 1997; 14(3):99–102

Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP, Hyman DJ. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48(2):205–208

Esposito D, Rouillon F, Limosin F. Diogenes syndrome in a pair of siblings. *Can J Psychiatry.* 2003; 48(8):571–572

Finkel SI. Cognitive screening in the primary care setting. The role of physicians at the first point of entry. *Geriatrics.* 2003; 58(6):43–44
Gee A, Jones JS, Brown MD. Self-neglect in the elderly: Emergency department assessment and crisis intervention. *Ann Emerg Med.* 1998; 32
30, suppl, Part 2:S42

Gibbons S. Characteristics and behaviors of self-neglect in community- dwelling older adults. Catholic University of America; 2007
Gibbons S, Lauder W, Ludwick R. Self-neglect: a proposed new NANDA diagnosis. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2006; 17(1):10–18
Greve KW, Curtis KL, Bianchini KJ, Collins BT. Personality disorder masquerading as dementia: a case of apparent Diogenes syndrome. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2004; 19 (7):703–705

Gruman CA, Stern AS, Caro FG. Self-neglect among the elderly: A distinct phenomenon. *J Ment Health Aging.* 1997; 3(3):309–323

Gunstone S. Risk assessment and management of patients with self-neglect: a 'grey area' for mental health workers. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2003; 10(3):287–296

Halliday G, Banerjee S, Philpot M, Macdonald A. Community study of people who live in squalor. *Lancet.* 2000; 355(9207):882–886
Jackson GA. Diogenes syndrome: How should we manage it?. *J Ment Health.* 1997; 6 (2):113–116

Jürgens A. ["Refuse hoarding syndrome"]. *Psychiatr Prax.* 2000; 27(1):42–46
Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA. Adult protective service use and nursing home placement. *Gerontologist.* 2002; 42(6):734–739

Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *JAMA*. 1998; 280(5):428–432
Lauder W. The utility of self-care theory as a theoretical basis for self-neglect. *J Adv Nurs*. 2001; 34(4):545–551

Lauder W. A survey of self-neglect in patients living in the community. *J Clin Nurs*. 1999a; 8(1):95–102

Lauder W. Constructions of self-neglect: a multiple case study design. *Nurs Inq*. 1999b; 6(1):48–57

Lauder W, Anderson I, Barclay A. Guidelines for good practice in self-neglect. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005; 12(2):192–198
Lauder W., Anderson I., Barclay A. Housing and self-neglect: Clients' and carers' perspectives. Report to the Economic and Social Research Council. Award No. R000223387; 2002

Lauder W, Scott PA, Whyte A. Nurses' judgements of self-neglect: a factorial survey. *Int J Nurs Stud*. 2001; 38(5):601–608

Longres JF. Self-neglect among the elderly. *J Elder Abuse Negl*. 1995; 7(1):69–86

Macmillan D, Shaw P. Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. *BMJ*. 1966; 2(5521):1032–1037
National Center on Elder Abuse. National Elder Abuse Incidence Study. Washington, DC: The Administration for Children and Families and the Administration on Aging, US Department of Health and Human Services; 1998

O'Brien JG, Thibault JM, Turner LC, Laird-Fick HS. Self-neglect: an overview. *J Elder Abuse Negl*. 1999; 11(2):1–19

Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. 5th ed. St. Louis, MO: Mosby- Yearbook, Inc; 1995

Orrell MW, Sahakian BJ, Bergmann K. Self-neglect and frontal lobe dysfunction. *Br J Psychiatry*. 1989; 155:101–105

Pavlik VN, Hyman DJ, Festa NA, Bitondo Dyer C. Quantifying the problem of abuse and neglect in adults—analysis of a statewide database. *J Am Geriatr Soc.* 2001; 49 (1):45–48

Radebaugh TS, Hooper FJ, Gruenberg EM. The Social Breakdown syndrome in the elderly population living in the community: the Helping Study. *Br J Psychiatry.* 1987; 151:341–346

Rathbone-McCuan E, Bricker-Jenkins M. A general framework for elder self- neglect. In: Rathbone-McCuan E, Fabian DR, eds. *Self-neglecting elders: A clinical dilemma.* Westport, CT: Auburn House; 1992

Reifler BV. Diogenes syndrome: of omelettes and souffles. *J Am Geriatr Soc.* 1996; 44 (12):1484–1485

Reyes-Ortiz CA. Diogenes syndrome: the self-neglect elderly. *Compr Ther.* 2001; 27 (2):117–121

Roby JL, Sullivan R. Adult protection service laws: a comparison of state statutes from definition to case closure. *J Elder Abuse Negl.* 2000; 12:17– 51

Roe PF. Self-neglect or chosen lifestyle? [Letter]. *Br J Hosp Med.* 1987; 37(1):83–84

Sengstock MC, Thibault JM, Zaranek R. Community dimensions of elderly self-neglect. *J Elder Abuse Negl.* 1999; 11(2):77–93

Snowdon J. Uncleanliness among persons seen by community health workers. *Hosp Community Psychiatry.* 1987; 38(5):491–494

4.5.7 Manutenção do lar prejudicada

Nenhuma referência no momento.

5 Domínio 5: Percepção/cognição

5.1 Classe 1: Atenção

5.1.1 Negligência unilateral

Bartolomeo P, Chokron S. Orienting of attention in left unilateral neglect. *Neurosci Biobehav Rev.* 2002; 26(2):217–234

Bartolomeo P, Chokron S. Left unilateral neglect or right hyperattention?. *Neurology.* 1999; 53(9):2023–2027

Halligan PW, Marshall JC. The history and clinical presentation of neglect. In: Robertson IH, Marshall JC, eds. *Unilateral neglect: Clinical and experimental studies.* Hove: Lawrence Erlbaum Associates Ltd; 1993: 3– 19

Rizzolati G, Berti A. Neural mechanisms of spatial neglect. In: Robertson IH, Marshall JC, eds. *Unilateral neglect: Clinical and experimental studies.* Hove: Lawrence Erlbaum associates Ltd; 1993: 87–102

Rusconi ML, Maravita A, Bottini G, Vallar G. Is the intact side really intact? Perseverative responses in patients with unilateral neglect: a productive manifestation. *Neuropsychologia.* 2002; 40(6):594–604

Stone SP, Halligan PW, Marshall JC, Greenwood RJ. Unilateral neglect: a common but heterogeneous syndrome. *Neurology.* 1998; 50(6):1902–1905
Swan L. Unilateral spatial neglect. *Phys Ther.* 2001; 81(9):1572–1580
Weitzel EA. Unilateral neglect. In: Maas M, Buckwalter K, Hardy M, Tripp- Reimer T, Titler M, Specht J, eds. *Nursing care of older adults: Diagnosis, outcomes, and interventions.* St Louis, MO: Mosby; 2001: 492–502

5.2 Classe 2: Orientação

Essa classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

5.3 Classe 3: Sensação/percepção

Essa classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

5.4 Classe 4: Cognição

5.4.1 Confusão aguda

Agostini JV, Leo-Summers LS, Inouye SK. Cognitive and other adverse effects of diphenhydramine use in hospitalized older patients. *Arch Intern Med.* 2001; 161(17): 2091–2097

Alciati A, Scaramelli B, Fusi A, Butteri E, Cattaneo ML, Mellado C. Three cases of delirium after “ecstasy” ingestion. *J Psychoactive Drugs.* 1999; 31(2):167–170

Aldemir M, Ozen S, Kara IH, Sir A, Baç B. Predisposing factors for delirium in the surgical intensive care unit. *Crit Care.* 2001; 5(5):265–270
Bowman AM. Sleep satisfaction, perceived pain and acute confusion in elderly clients undergoing orthopaedic procedures. *J Adv Nurs.* 1997; 26(3):550–564

Brauer C, Morrison RS, Silberzweig SB, Siu AL. The cause of delirium in patients with hip fracture. *Arch Intern Med.* 2000; 160(12):1856–1860
Coyle N, Breitbart W, Weaver S, Portenoy R. Delirium as a contributing factor to “crescendo” pain: three case reports. *J Pain Symptom Manage.* 1994; 9(1):44–47

Edlund A, Lundström M, Brännström B, Bucht G, Gustafson Y. Delirium before and after operation for femoral neck fracture. *J Am Geriatr Soc.* 2001; 49(10):1335–1340

Elie M, Cole MG, Primeau FJ, Bellavance F. Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. *J Gen Intern Med.* 1998; 13(3):204–212
Erkinjuntti T, Wikström J, Palo J, Autio L. Dementia among medical inpatients. Evaluation of 2000 consecutive admissions. *Arch Intern Med.* 1986; 146(10):1923–1926

Fisher BW, Flowerdew G. A simple model for predicting postoperative delirium in older patients undergoing elective orthopedic surgery. *J Am Geriatr Soc.* 1995; 43(2): 175–178

Foreman MD. Confusion in the hospitalized elderly: incidence, onset, and associated factors. *Res Nurs Health.* 1989; 12(1):21–29

Francis J, Martin D, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. JAMA. 1990; 263(8):1097–1101

Granberg Axèll AI, Malmros CW, Bergbom IL, Lundberg DB. Intensive care unit syndrome/delirium is associated with anemia, drug therapy and duration of ventilation treatment. Acta Anaesthesiol Scand. 2002; 46(6):726–731

Gustafson Y, Berggren D, Brännström B, et al. Acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fracture. J Am Geriatr Soc. 1988; 36(6):525–530

Han L, McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Elie M. Use of medications with anticholinergic effect predicts clinical severity of delirium symptoms in older medical inpatients. Arch Intern Med. 2001; 161(8):1099–1105

Haynes C. Emergence delirium: a literature review. Br J Theatre Nurs. 1999; 9(11):502–503, 506–510

Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. JAMA. 1996; 275(11):852–857

Jitapunkul S, Pillay I, Ebrahim S. Delirium in newly admitted elderly patients: a prospective study. Q J Med. 1992; 83(300):307–314 Kelly M. Postoperative delirium in the elderly. Today's Surg Nurse. 1997; 19(5):10–12

Koponen H, Stenbäck U, Mattila E, Soininen H, Reinikainen K, Riekkinen PJ. Delirium among elderly persons admitted to a psychiatric hospital: clinical course during the acute stage and one-year follow-up. Acta Psychiatr Scand. 1989; 79(6):579–585

Korevaar JC, van Munster BC, de Rooij SE. Risk factors for delirium in acutely admitted elderly patients: a prospective cohort study. Retrieved from <https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/arti>

- 5-6 ; 2005

Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurrence, causes, and outcome of

delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med.* 2000; 160 (6):786–794

Levkoff SE, Safran C, Cleary PD, Gallop J, Phillips RS. Identification of factors associated with the diagnosis of delirium in elderly hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc.* 1988; 36(12):1099–1104

Lipov EG. Emergence delirium in the PACU. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 1991; 3 (1):145–149

Lynch EP, Lazor MA, Gellis JE, Orav J, Goldman L, Marcantonio ER. The impact of postoperative pain on the development of postoperative delirium. *Anesth Analg.* 1998; 86(4):781–785

McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Han L, Podoba JE, Ramman- Haddad L. Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people. *J Am Geriatr Soc.* 2001; 49(10):1327–1334

Marcantonio ER, Goldman L, Mangione CM, et al. A clinical prediction rule for delirium after elective noncardiac surgery. *JAMA.* 1994; 271(2):134– 139

Marcantonio ER, Simon SE, Bergmann MA, Jones RN, Murphy KM, Morris JN. Delirium symptoms in post-acute care: prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. *J Am Geriatr Soc.* 2003; 51(1):4–9

Massie MJ, Holland JC. The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *J Pain Symptom Manage.* 1992; 7(2):99–109

Mentes J, Culp K, Maas M, Rantz M. Acute confusion indicators: risk factors and prevalence using MDS data. *Res Nurs Health.* 1999; 22(2):95–105 Morita T, Tei Y, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2001; 22(6):997–1006 Morrison RS, Magaziner J, Gilbert M, et al. Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *Journal of Gerontology Series A– A Biological Sciences &. Med Sci.*

2003; 58(1):76–81

Nishikawa K, Nakayama M, Omote K, Namiki A. Recovery characteristics and postoperative delirium after long-duration laparoscope-assisted surgery in elderly patients: propofol-based vs. sevoflurane-based anesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2004; 48(2):162–168 O'Brien D. Acute postoperative delirium: definitions, incidence, recognition, and interventions. *J Perianesth Nurs*. 2002; 17(6):384–392 Pompei P, Foreman M, Rudberg MA, Inouye SK, Braund V, Cassel CK. Delirium in hospitalized older persons: outcomes and predictors. *J Am Geriatr Soc*. 1994; 42(8): 809–815

Praticò C, Quattrone D, Lucanto T, et al. Drugs of anesthesia acting on central cholinergic system may cause post-operative cognitive dysfunction and delirium. *Med Hypotheses*. 2005; 65(5):972–982

Rockwood K. Acute confusion in elderly medical patients. *J Am Geriatr Soc*. 1989; 37(2):150–154

Rolfson DB, McElhaney JE, Rockwood K, et al. Incidence and risk factors for delirium and other adverse outcomes in older adults after coronary artery bypass graft surgery. *Can J Cardiol*. 1999; 15(7):771–776 Ross DL. Factors associated with excited delirium deaths in police custody. *Mod Pathol*. 1998; 11(11):1127–1137

Ruttenber AJ, Lawler-Heavner J, Yin M, Wetli CV, Hearn WL, Mash DC. Fatal excited delirium following cocaine use: epidemiologic findings provide new evidence for mechanisms of cocaine toxicity. *J Forensic Sci*. 1997; 42(1):25–31

Ruttenber AJ, McAnally HB, Wetli CV. Cocaine-associated rhabdomyolysis and excited delirium: different stages of the same syndrome. *Am J Forensic Med Pathol*. 1999; 20(2):120–127

Seymour DG, Henschke PJ, Cape RD, Campbell AJ. Acute confusional states and dementia in the elderly: the role of dehydration/volume depletion, physical illness and age. *Age Ageing*. 1980; 9(3):137–146

Schor JD, Levkoff SE, Lipsitz LA, et al. Risk factors for delirium in hospitalized elderly. JAMA. 1992; 267(6):827–831

Schuurmans MJ, Duursma SA, Shortridge-Baggett LM, Clevers GJ, Pel- Littel R. Elderly patients with a hip fracture: the risk for delirium. Appl Nurs Res. 2003; 16(2):75–84

Seaman JS, Schillerstrom J, Carroll D, Brown TM. Impaired oxidative metabolism precipitates delirium: a study of 101 ICU patients. Psychosomatics. 2006; 47(1):56–61

Seymour DG, Vaz FG. A prospective study of elderly general surgical patients: II. Postoperative complications. Age Ageing. 1989; 18(5):316– 326

Williams MA, Holloway JR, Winn MC, et al. Nursing activities and acute confusional states in elderly hip-fractured patients. Nurs Res. 1979; 28(1):25–35

Williams-Russo P, Urquhart BL, Sharrock NE, Charlson ME. Post-operative delirium: predictors and prognosis in elderly orthopedic patients. J Am Geriatr Soc. 1992; 40 (8):759–767

Wilson LM. Intensive care delirium. The effect of outside deprivation in a windowless unit. Arch Intern Med. 1972; 130(2):225–226

5.4.2 Risco de confusão aguda

Agostini JV, Leo-Summers LS, Inouye SK. Cognitive and other adverse effects of di-phenhydramine use in hospitalized older patients. Arch Intern Med. 2001; 161(17):2091–2097

Alciati A, Scaramelli B, Fusi A, Butteri E, Cattaneo ML, Mellado C. Three cases of delirium after “ecstasy” ingestion. J Psychoactive Drugs. 1999; 31(2):167–170

Aldemir M, Ozen S, Kara IH, Sir A, Baç B. Predisposing factors for delirium in the surgical intensive care unit. Crit Care. 2001; 5(5):265–270 Bowman AM. Sleep satisfaction, perceived pain and acute confusion in

elderly clients undergoing orthopaedic procedures. *J Adv Nurs*. 1997; 26(3):550–564

Brauer C, Morrison RS, Silberzweig SB, Siu AL. The cause of delirium in patients with hip fracture. *Arch Intern Med*. 2000; 160(12):1856–1860
Coyle N, Breitbart W, Weaver S, Portenoy R. Delirium as a contributing factor to “crescendo” pain: three case reports. *J Pain Symptom Manage*. 1994; 9(1):44–47

Edlund A, Lundström M, Brännström B, Bucht G, Gustafson Y. Delirium before and after operation for femoral neck fracture. *J Am Geriatr Soc*. 2001; 49(10):1335–1340

Elie M, Cole MG, Primeau FJ, Bellavance F. Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. *J Gen Intern Med*. 1998; 13(3):204–212
Erkinjuntti T, Wikström J, Palo J, Autio L. Dementia among medical inpatients. Evaluation of 2000 consecutive admissions. *Arch Intern Med*. 1986; 146(10):1923–1926

Fisher BW, Flowerdew G. A simple model for predicting postoperative delirium in older patients undergoing elective orthopedic surgery. *J Am Geriatr Soc*. 1995; 43(2): 175–178

Foreman MD. Confusion in the hospitalized elderly: incidence, onset, and associated factors. *Res Nurs Health*. 1989; 12(1):21–29

Francis J, Martin D, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *JAMA*. 1990; 263(8):1097–1101

Granberg Axèll AI, Malmros CW, Bergbom IL, Lundberg DB. Intensive care unit syndrome/delirium is associated with anemia, drug therapy and duration of ventilation treatment. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2002; 46(6):726–731

Gustafson Y, Berggren D, Brännström B, et al. Acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fracture. *J Am Geriatr Soc*. 1988; 36(6):525–530

Han L, McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Elie M. Use of

medications with anticholinergic effect predicts clinical severity of delirium symptoms in older medical inpatients. *Arch Intern Med*. 2001; 161(8):1099–1105

Haynes C. Emergence delirium: a literature review. *Br J Theatre Nurs*. 1999; 9(11): 502–503, 506–510

Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA*. 1996; 275(11):852–857

Jitapunkul S, Pillay I, Ebrahim S. Delirium in newly admitted elderly patients: a prospective study. *Q J Med*. 1992; 83(300):307–314 Kelly M. Postoperative delirium in the elderly. *Today's Surg Nurse*. 1997; 19(5):10–12

Koponen H, Stenbäck U, Mattila E, Soininen H, Reinikainen K, Riekkinen PJ. Delirium among elderly persons admitted to a psychiatric hospital: clinical course during the acute stage and one-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 1989; 79(6):579–585

Korevaar JC, van Munster BC, de Rooij SE. Risk factors for delirium in acutely admitted elderly patients: a prospective cohort study. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/5/6>; 2005 Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med*. 2000; 160 (6):786–794

Levkoff SE, Safran C, Cleary PD, Gallop J, Phillips RS. Identification of factors associated with the diagnosis of delirium in elderly hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc*. 1988; 36(12):1099–1104

Lipov EG. Emergence delirium in the PACU. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 1991; 3 (1):145–149

Lynch EP, Lazor MA, Gellis JE, Orav J, Goldman L, Marcantonio ER. The impact of postoperative pain on the development of postoperative delirium. *Anesth Analg*. 1998; 86(4):781–785

- McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Han L, Podoba JE, Ramman- Haddad L. Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people. *J Am Geriatr Soc.* 2001; 49(10):1327–1334
- Marcantonio ER, Goldman L, Mangione CM, et al. A clinical prediction rule for delirium after elective noncardiac surgery. *JAMA.* 1994; 271(2):134– 139
- Marcantonio ER, Simon SE, Bergmann MA, Jones RN, Murphy KM, Morris JN. Delirium symptoms in post-acute care: prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. *J Am Geriatr Soc.* 2003; 51(1):4–9
- Massie MJ, Holland JC. The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *J Pain Symptom Manage.* 1992; 7(2):99–109
- Mentes J, Culp K, Maas M, Rantz M. Acute confusion indicators: risk factors and prevalence using MDS data. *Res Nurs Health.* 1999; 22(2):95–105 Morita T, Tei Y, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2001; 22(6):997–1006 Morrison RS, Magaziner J, Gilbert M, et al. Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *Journal of Gerontology Series A– A Biological Sciences &. Med Sci.* 2003; 58(1):76–81
- Nishikawa K, Nakayama M, Omote K, Namiki A. Recovery characteristics and postoperative delirium after long-duration laparoscope-assisted surgery in elderly patients: propofol-based vs. sevoflurane-based anesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2004; 48(2):162–168 O'Brien D. Acute postoperative delirium: definitions, incidence, recognition, and interventions. *J Perianesth Nurs.* 2002; 17(6):384–392 Pompei P, Foreman M, Rudberg MA, Inouye SK, Braund V, Cassel CK. Delirium in hospitalized older persons: outcomes and predictors. *J Am Geriatr Soc.* 1994; 42(8): 809–815

Praticò C, Quattrone D, Lucanto T, et al. Drugs of anesthesia acting on central cholinergic system may cause post-operative cognitive dysfunction and delirium. *Med Hypotheses*. 2005; 65(5):972–982

Rockwood K. Acute confusion in elderly medical patients. *J Am Geriatr Soc*. 1989; 37(2):150–154

Rolfson DB, McElhaney JE, Rockwood K, et al. Incidence and risk factors for delirium and other adverse outcomes in older adults after coronary artery bypass graft surgery. *Can J Cardiol*. 1999; 15(7):771–776
Ross DL. Factors associated with excited delirium deaths in police custody. *Mod Pathol*. 1998; 11(11):1127–1137

Ruttenber AJ, Lawler-Heavner J, Yin M, Wetli CV, Hearn WL, Mash DC. Fatal excited delirium following cocaine use: epidemiologic findings provide new evidence for mechanisms of cocaine toxicity. *J Forensic Sci*. 1997; 42(1):25–31

Ruttenber AJ, McAnally HB, Wetli CV. Cocaine-associated rhabdomyolysis and excited delirium: different stages of the same syndrome. *Am J Forensic Med Pathol*. 1999; 20(2):120–127

Seymour DG, Henschke PJ, Cape RD, Campbell AJ. Acute confusional states and dementia in the elderly: the role of dehydration/volume depletion, physical illness and age. *Age Ageing*. 1980; 9(3):137–146
Schor JD, Levkoff SE, Lipsitz LA, et al. Risk factors for delirium in hospitalized elderly. *JAMA*. 1992; 267(6):827–831

Schuurmans MJ, Duursma SA, Shortridge-Baggett LM, Clevers GJ, Pel- Littel R. Elderly patients with a hip fracture: the risk for delirium. *Appl Nurs Res*. 2003; 16(2):75–84

Seaman JS, Schillerstrom J, Carroll D, Brown TM. Impaired oxidative metabolism precipitates delirium: a study of 101 ICU patients. *Psychosomatics*. 2006; 47(1):56–61

Seymour DG, Vaz FG. A prospective study of elderly general surgical patients: II. Postoperative complications. *Age Ageing*. 1989; 18(5):316– 326

Williams MA, Holloway JR, Winn MC, et al. Nursing activities and acute confusional states in elderly hip-fractured patients. *Nurs Res.* 1979; 28(1):25–35

Williams-Russo P, Urquhart BL, Sharrock NE, Charlson ME. Post-operative delirium: predictors and prognosis in elderly orthopedic patients. *J Am Geriatr Soc.* 1992; 40(8):759–767

Wilson LM. Intensive care delirium. The effect of outside deprivation in a windowless unit. *Arch Intern Med.* 1972; 130(2):225–226

5.4.3 Confusão crônica

Ajon Gealogo G. Dementia with Lewy bodies: a comprehensive review for nurses. *J Neurosci Nurs.* 2013; 45(6):347–359

Gerdner LA, Tripp-Reimer T, Yang D. Perception and care of elder Hmong Americans with chronic confusion or tem toob. *Hallym International Journal of Aging.* 2008; 10(2):111–118

Gerdner LA, Xiong SV, Cha D. Chronic confusion and memory impairment in Hmong elders: Honoring differing cultural beliefs in America. *J Gerontol Nurs.* 2006; 32(3): 23–31

Grober E, Hall CB, Lipton RB, Zonderman AB, Resnick SM, Kawas C. Memory impairment, executive dysfunction, and intellectual decline in preclinical Alzheimer's disease. *J Int Neuropsychol Soc.* 2008; 14(2):266– 278

Hugo J, Ganguli M. Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Clin Geriatr Med.* 2014; 30(3):421–442 de Jesus IS, Sena ELS, Meira EC, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. [Systematized care for elders with dementia living in a long-stay institution.]. *Rev Gaucha Enferm.* 2010; 31(2):285–292 Martyr A, Clare L. Executive function and activities of daily living in Alzheimer's disease: a correlational meta-analysis. *Dement Geriatr Cogn*

Disord. 2012; 33(2–3): 189–203

Ratford J. Confused about confusion? Lakeway, TX: National Center of Continuing Education; 2012

Ried S, Dassen T. Chronic confusion, dementia, and impaired environmental interpretation syndrome: A concept comparison. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2000; 11(2): 49–59

Ried S, Gutzmann H. [The nursing phenomenon “chronic confusion” in relation to the diagnosis “dementia”]. *Z Gerontol Geriatr*. 2003; 36(4):297– 302

Sampaio FM, Sequeira C. Nurses’ knowledge and practices in cases of acute and chronic confusion: a questionnaire survey. *Perspect Psychiatr Care*. 2015; 51(2):98–105

Santos ASR, Souza PA, Valle AMD, Cavalcanti ACD, Sa SPC, Santana RF. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: Um estudo retrospectivo. [Characterization of nursing diagnoses identified in records of the elderly: A retrospective study]. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(1):141–149

Tomagová M, Bóriková I. Validation of the nursing diagnosis chronic confusion in Slovak and Czech nursing practices. *Profese Online*. 2012; 1:1–6

5.4.4 Conhecimento deficiente

Nenhuma referência no momento.

5.4.5 Disposição para conhecimento melhorado

Nenhuma referência no momento.

5.4.6 Controle de impulsos ineficaz

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Text-Revision. Washington, DC; American Psychiatric Association; 2000

Barkley RA, Edwards G, Laneri M, Fletcher K, Metevia L. Executive functioning, temporal discounting, and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD). *J Abnorm Child Psychol*. 2001; 29(6):541–556 Baron-Cohen S. An assessment of violence in a young man with Asperger's syndrome. *J Child Psychol Psychiatry*. 1988; 29(3):351–360 Bradley EA, Isaacs BJ. Inattention, hyperactivity, and impulsivity in teenagers with intellectual disabilities, with and without autism. *Can J Psychiatry*. 2006; 51(9):598–606

Brain Injury Association of Queensland. Impulsivity Fact Sheet. Retrieved from <http://braininjury.org.au/portal/behavioural/impulsivity—factsheet.html>; 2009

Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry*. 1987; 44(6):573–588

Coffey SF, Gudleski GD, Saladin ME, Brady KT. Impulsivity and rapid discounting of delayed hypothetical rewards in cocaine-dependent individuals. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2003; 11(1):18–25 Conner KR, Duberstein PR. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(5) Suppl:6S–17S

Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist Revised*. Toronto: Multi-Health Systems; 1991

Madden GJ, Petry NM, Badger GJ, Bickel WK. Impulsive and self-control choices in opioid-dependent patients and non-drug-using control participants: drug and monetary rewards. *Exp Clin Psychopharmacol*. 1997; 5(3):256–262

Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(11):1783–1793 Petry NM, Casarella T. Excessive discounting of delayed rewards in

substance abusers with gambling problems. *Drug Alcohol Depend.* 1999; 56(1):25–32

Reynolds B, Karraker K, Horn K, Richards JB. Delay and probability discounting as related to different stages of adolescent smoking and non- smoking. *Behav Processes.* 2003; 64(3):333–344

Verdejo-García A, Bechara A, Recknor EC, Pérez-García M. Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. *Drug Alcohol Depend.* 2007; 91(2–3):213–219

Vuchinich RE, Simpson CA. Hyperbolic temporal discounting in social drinkers and problem drinkers. *Exp Clin Psychopharmacol.* 1998; 6(3):292–305

5.4.7 Controle emocional lábil

Arlazaroff A, Mester R, Spivak B, Klein C, Toren P. Pathological laughter: common vs. unusual aetiology and presentation. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 1998; 35(3):184–189

Arnold C. An ocean of emotion: Mood swings, anger, and uncontrollable laughing and crying. *Spring Inside MS.* 2000; 18(2):59–61
Backscheider JE. Self-care requirements, self-care capabilities, and nursing systems in the diabetic nurse management clinic. *Am J Public Health.* 1974; 64(12):1138–1146

Barbanti P, Fabbrini G, Berardelli A. Acute pathological laughter induced by sumatriptan. *Cephalalgia.* 2008; 28(1):92–93

Callan JA, Howland RH. Caregivers of loved ones with Alzheimer's disease. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2009; 47(11):13–14

Carod-Artal FJ. Post stroke depression: can prediction help prevention?. *Future Neurol.* 2010; 5(4):569–580

Choi-Kwon S, Han SW, Kwon SU, Kang DW, Choi JM, Kim JS. Fluoxetine treatment in poststroke depression, emotional incontinence, and anger proneness: a double-blind, placebo-controlled study. *Stroke.* 2006;

37(1):156–161

Clark PC, Dunbar SB, Aycock DM, Courtney E, Wolf SL. Caregiver perspectives of memory and behavior changes in stroke survivors. *Rehabil Nurs*. 2006; 31(1):26–32

Dark FL, McGrath JJ, Ron MA. Pathological laughing and crying. *Aust N Z J Psychiatry*. 1996; 30(4):472–479

Mooney-Doyle K. An examination of fatigue in advanced childhood cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2006; 23(6):305–310

Feinstein A, O'Connor P, Gray T, Feinstein K. Pathological laughing and crying in multiple sclerosis: a preliminary report suggesting a role for the prefrontal cortex. *Mult Scler*. 1999; 5(2):69–73

Hoegerl C, Zboray S. Pathological laughter in a patient with multiple sclerosis. *J Am Osteopath Assoc*. 2008; 108(8):409–411

Jackson D, Daly J, Davidson P, et al. Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study. *J Adv Nurs*. 2000; 32(6):1403–1411

Kadojic D, Vladetic M, Candrlic M, et al. Frequency and characteristics of emotional disorders in patients after ischemic stroke. *Eur J Psychiatry*. 2005; 19(2):88–95

Laurence R, Part I. Part I: Torture and mental health: a review of the literature. *Issues Ment Health Nurs*. 1992; 13(4):301–310 Müller U, Murai T, Bauer-Wittmund T, von Cramon DY, Von Cramon DY. Paroxetine versus citalopram treatment of pathological crying after brain injury. *Brain Inj*. 1999; 13(10):805–811

Nahas Z, Arlinghaus KA, Kotrla KJ, Clearman RR, George MS. Rapid response of emotional incontinence to selective serotonin reuptake inhibitors. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1998; 10(4):453–455 Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. The efficacy of citalopram in the treatment of post-stroke pathological crying: A case report. *Archives of Neuropsychiatry*. 2008; 45: 100–102

Palmieri A, Abrahams S, Sorarù G, et al. Emotional Lability in MND: Relationship to cognition and psychopathology and impact on caregivers. *J Neurol Sci.* 2009; 278 (1–2):16–20

Parvizi J, Anderson SW, Martin CO, Damasio H, Damasio AR. Pathological laughter and crying: a link to the cerebellum. *Brain.* 2001; 124(Pt 9):1708– 1719

Parvizi J, Arciniegas DB, Bernardini GL, et al. Diagnosis and management of pathological laughter and crying. *Mayo Clin Proc.* 2006; 81(11):1482– 1486

Parvizi J, Joseph J, Press DZ, Schmahmann JD. Pathological laughter and crying in patients with multiple system atrophy-cerebellar type. *Mov Disord.* 2007; 22(6):798– 803

Morris PL, Robinson RG, Raphael B. Emotional lability after stroke. *Aust N Z J Psychiatry.* 1993; 27(4):601–605

Robinson RG, Parikh RM, Lipsey JR, Starkstein SE, Price TR. Pathological laughing and crying following stroke: validation of a measurement scale and a double-blind treatment study. *Am J Psychiatry.* 1993; 150(2):286– 293

Robinson-Smith G, Grill JD. Recognizing involuntary emotional expression disorder. *J Neurosci Nurs.* 2007; 39(4):202–207

Simons JS, Carey KB. An affective and cognitive model of marijuana and alcohol problems. *Addict Behav.* 2006; 31(9):1578–1592 Smith RA, Berg JE, Pope LE, Callahan JD, Wynn D, Thisted RA. Validation of the CNS emotional lability scale for pseudobulbar affect (pathological laughing and crying) in multiple sclerosis patients. *Mult Scler.* 2004; 10(6):679–685

Tang WK, Chen Y, Lam WWM, et al. Emotional incontinence and executive function in ischemic stroke: a case-controlled study. *J Int Neuropsychol Soc.* 2009; 15(1):62– 68

Tateno A, Jorge RE, Robinson RG. Pathological laughing and crying following traumatic brain injury. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2004;

16(4):426–434

Turner-Stokes L, Hassan N, Pierce K, Clegg F. Managing depression in brain injury rehabilitation: the use of an integrated care pathway and preliminary report of response to sertraline. *Clin Rehabil.* 2002; 16(3):261–268
Vickery CD, Sepehri A, Evans CC. Self-esteem in an acute stroke rehabilitation sample: a control group comparison. *Clin Rehabil.* 2008; 22(2):179–187

West L, Waldrop J. Risperidone use in the treatment of behavioral symptoms in children with autism. *Pediatr Nurs.* 2006; 32(6):545–549
WiseGeek. What is the treatment for emotional lability? Retrieved from <http://www.wisegeek.com/what-is-the-treatment-for-emotional-lability.htm>

5.4.8 Memória prejudicada

Andro M, Le Squere P, Estivin S, Gentric A. Anaemia and cognitive performances in the elderly: a systematic review. *Eur J Neurol.* 2013; 20(9):1234–1240

Baas LS, Allen GA. Memory error. Developing a new nursing diagnosis. *Nurs Clin North Am.* 1985; 20(4):731–743

Chaves EH, de Barros AL, Marini M. Aging as a related factor of the nursing diagnosis impaired memory: content validation. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2010; 21(1):14–20

Gerdner LA, Xiong SV, Cha D. Chronic confusion and memory impairment in Hmong elders: Honoring differing cultural beliefs in America. *J Gerontol Nurs.* 2006; 32(3):23–31

Grober E, Hall CB, Lipton RB, Zonderman AB, Resnick SM, Kawas C. Memory impairment, executive dysfunction, and intellectual decline in preclinical Alzheimer's disease. *J Int Neuropsychol Soc.* 2008; 14(2):266–278

Hugo J, Ganguli M. Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Clin Geriatr Med.* 2014; 30(3):421–442

de Jesus IS, Sena ELS, Meira EC, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. [Systematized care for elders with dementia living in a long-stay institution.]. Rev Gaucha Enferm. 2010; 31(2):285–292 Petersen RC, Caracciolo B, Brayne C, Gauthier S, Jelic V, Fratiglioni L. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. J Intern Med. 2014; 275(3):214–228

Ried S, Dassen T. Chronic confusion, dementia, and impaired environmental interpretation syndrome: A concept comparison. Int J Nurs Terminol Classif. 2000; 11(2): 49–59

Santos ASR, Souza PA, Valle AMD, Cavalcanti ACD, Sa SPC, Santana RF. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: Um estudo retrospectivo. [Characterization of nursing diagnoses identified in records of the elderly: A retrospective study]. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(1):141–149

Souza PA, Santana RF. The nursing diagnosis, impaired memory, in hospitalized elderly. Acta Paul Enferm. 2011; 24(1):36–42 Souza PA, Santana RF. Memória prejudicada. In: Herdman T. H., Lopes M. V. O., Almeida M. A., Chianca T. C. M, eds PRONANDA programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: Ciclo 2. Porto Alegre, Brazil: Artmed Panamericana; 2014: 11–42

5.5 Classe 5: Comunicação

5.5.1 Disposição para comunicação melhorada

Nenhuma referência no momento.

5.5.2 Comunicação verbal prejudicada

Nenhuma referência no momento.

6 Domínio 6: Autopercepção

6.1 Classe 1: Autoconceito

6.1.1 Disposição para autoconceito melhorado

Nenhuma referência no momento.

6.1.2 Risco de dignidade humana comprometida

Haddock J. Towards further clarification of the concept 'dignity'. J Adv Nurs. 1996; 24 (5):924–931

Mairis ED. Concept clarification in professional practice–dignity. J Adv Nurs. 1994; 19 (5):947–953

Shotton L, Seedhouse D. Practical dignity in caring. Nurs Ethics. 1998; 5(3):246–255

Walsh K, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. Int J Nurs Pract. 2002; 8(3):143–151

Watson J. Nursing and the philosophy and science of caring. Niwot, CO: University of Colorado Press; 1995

6.1.3 Desesperança

Nenhuma referência no momento.

6.1.4 Disposição para esperança melhorada

Benzein EG, Berg AC. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. Palliat Med. 2005; 19(3):234–240

Benzein E, Saveman BI. One step towards the understanding of hope: a concept analysis. Int J Nurs Stud. 1998; 35(6):322–329

Davis B. Mediators of the relationship between hope and well-being in older

adults. Clin Nurs Res. 2005; 14(3):253–272

6.1.5 Distúrbio na identidade pessoal

Bender DS, Skodol AE. Borderline personality as a self-other representational disturbance. J Pers Disord. 2007; 21(5):500–517 Bergh S, Erling A. Adolescent identity formation: a Swedish study of identity status using the EOM-EIS-II. Adolescence. 2006; 6:22

Erikson EH. Identitet: ungdom og kriser [Identity: youth and crisis, (1968)]. Denmark: Hans Reitzel; 1982

Evang A. Utvikling, personlighet og borderline [Development, personality and borderline]. Norway: Cappelen Akademisk Forlag; 2003 Fuchs T. Fragmented selves: temporality and identity in borderline personality disorder. Psychopathology. 2007; 40(6):379–387 Mitchell A. The borderline diagnosis and integration of self. Am J Psychoanal. 1985; 45(3):234–250

Stuart GW, Laraia MT. Principles and practice of psychiatric nursing. St Louis, MO: Mosby; 2001

6.1.6 Risco de distúrbio na identidade pessoal

Bender DS, Skodol AE. Borderline personality as a self-other representational disturbance. J Pers Disord. 2007; 21(5):500–517 Bergh S, Erling A. Adolescent identity formation: a Swedish study of identity status using the EOM-EIS-II. Adolescence. 2006; 6:22

Erikson EH. Identitet: ungdom og kriser [Identity: youth and crisis, (1968)]. Denmark: Hans Reitzel; 1982

Evang A. Utvikling, personlighet og borderline [Development, personality and borderline]. Norway: Cappelen Akademisk Forlag; 2003 Fuchs T. Fragmented selves: temporality and identity in borderline personality disorder. Psychopathology. 2007; 40(6):379–387

Mitchell A. The borderline diagnosis and integration of self. *Am J Psychoanal.* 1985; 45(3):234–250

Stuart GW, Laraia MT. Principles and practice of psychiatric nursing. St Louis, MO: Mosby; 2001

6.2 Classe 2: Autoestima

6.2.1 Baixa autoestima crônica

Bredeholf D. An evaluation study of the self-esteem: a family affair program with risk abuse parents. *Trans Anal J.* 1990; 20(2):111–117 Brown JD, Dutton KA, Brown J, Dutton K. The thrill of victory, the complexity of defeat: self-esteem and people's emotional reactions to success and failure. *J Pers Soc Psychol.* 1995; 68(4):712–722 Buckner JC, Beardslee WR, Bassuk EL, Ray S. Exposure to violence and low-income children's mental health: direct, moderated, and mediated relations. *Am J Orthopsychiatry.* 2004; 74(4):413–423

Buckner JC, Mezzacappa E, Beardslee WR. Characteristics of resilient youths living in poverty: the role of self-regulatory processes. *Dev Psychopathol.* 2003; 15(1):139– 162

Byers PH, Raven LM, Hill JD, Robyak JE. Enhancing the self-esteem of inpatient alcoholics. *Issues Ment Health Nurs.* 1990; 11(4):337–346 Consoli SM, Depression and Organic Diseases Study. [Depression and associated organic pathologies, a still under-estimated comorbidity. Results of the DIALOGUE study]. *Presse Med.* 2003; 32(1):10–21 Crowe M. Never good enough—part 2: Clinical implications. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2004; 11(3):335–340

Dumas D, Pelletier L. [Self perception: the key stone of nursing interventions with hyperactive children]. *Infirm Que.* 1997; 4(4):28–36

Fitts W. The self-concept and psychopathology. Nashville, TN: Counselor Recordings and Tests; 1972

Gary FA, Baker M, Grandbois DM. Perspectives on suicide prevention among American Indian and Alaska native children and adolescents: a call for help. *Online J Issues Nurs.* 2005; 10(2):6

Hall PL, Tarrier N. The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behav Res Ther.* 2003; 41(3):317–332 Heap JM. Enuresis in children and young people: a public health nurse approach in

New Zealand. *J Child Health Care.* 2004; 8(2):92–101

Leblanc L, Ouellet N. Dépistage de la violence conjugale: le rôle de l'infirmière. [Screening for spousal abuse: the nurse's role]. *Perspective Infirmière. Revue Officielle De L'ordre Des Infirmières Et Infirmiers Du Québec.* 2004; 5:39–43

Maslow A. *Motivation and personality.* 2nd ed. New York, NY: Harper & Row; 1970

Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain. *Pain.* 2006; 120(1–2):44–52 Mozley PD. Psychophysiologic infertility: an overview. *Clin Obstet Gynecol.* 1976; 19 (2):407–417

Nishina A, Juvonen J. Daily reports of witnessing and experiencing peer harassment in middle school. *Child Dev.* 2005; 76(2):435–450 Page C. Intervenir auprès des femmes présentant un trouble dépressif. [Helping women with a depressive disease.] *L'infirmière Du Québec. Revue Officielle De L'ordre*

Des Infirmières Et Infirmiers Du Québec. 1995; 2(5):26–33

Ray SL, Heap J. Male survivors' perspectives of incest/sexual abuse. *Perspect Psychiatr Care.* 2001; 37(2):49–59

Rodin J. Cultural and psychosocial determinants of weight concerns. *Ann Intern Med.* 1993; 119 7 Pt 2:643–645

Rotheram-Borus MJ. Adolescents' reference-group choices, self-esteem, and adjustment. *J Pers Soc Psychol.* 1990; 59(5):1075–1081

Sharma V, Mavi J. Self-esteem and performance on word tasks. *J Soc Psychol.* 2001; 141(6):723–729

Sloman L, Gilbert P, Hasey G. Evolved mechanisms in depression: the role and interaction of attachment and social rank in depression. *J Affect Disord.* 2003; 74(2):107– 121

Taft LB. Self-esteem in later life: a nursing perspective. *ANS Adv Nurs Sci.* 1985; 8(1): 77–84

Thorne A, Michaelieu Q. Situating adolescent gender and self-esteem with personal memories. *Child Dev.* 1996; 67(4):1374–1390

Trabut PC. Les abus sexuels chez les enfants en bas âge. [Sexual abuse of young children.] *L'infirmière Du Québec. Revue Officielle De L'ordre Des Infirmières Et In-firmiers Du Québec.* 2000; 8(1):27–32

Westermeyer J. Cross-cultural care for PTSD: research, training and service needs for the future. *J Trauma Stress.* 1989; 2(4):515–536

6.2.2 Risco de baixa autoestima crônica

Bredeholf D. An evaluation study of the self-esteem: a family affair program with risk abuse parents. *Trans Anal J.* 1990; 20(2):111–117 Brown JD, Dutton KA, Brown J, Dutton K. The thrill of victory, the complexity of defeat: self-esteem and people's emotional reactions to success and failure. *J Pers Soc Psychol.* 1995; 68(4):712–722 Buckner JC, Beardslee WR, Bassuk EL, Ray S. Exposure to violence and low-income children's mental health: direct, moderated, and mediated relations. *Am J Orthopsychiatry.* 2004; 74(4):413–423

Buckner JC, Mezzacappa E, Beardslee WR. Characteristics of resilient youths living in poverty: the role of self-regulatory processes. *Dev Psychopathol.* 2003; 15(1):139– 162

Byers PH, Raven LM, Hill JD, Robyak JE. Enhancing the self-esteem of

inpatient alcoholics. *Issues Ment Health Nurs.* 1990; 11(4):337–346 Consoli SM, Depression and Organic Diseases Study. [Depression and associated organic pathologies, a still under-estimated comorbidity. Results of the DIALOGUE study]. *Presse Med.* 2003; 32(1):10–21 Crowe M. Never good enough—part 2: Clinical implications. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2004; 11(3):335–340

Dumas D, Pelletier L. [Self perception: the key stone of nursing interventions with hyperactive children]. *Infirm Que.* 1997; 4(4):28–36

Fitts W. *The self-concept and psychopathology.* Nashville, TN: Counselor Recordings and Tests; 1972

Gary FA, Baker M, Grandbois DM. Perspectives on suicide prevention among American Indian and Alaska native children and adolescents: a call for help. *Online J Issues Nurs.* 2005; 10(2):6

Hall PL, Tarrier N. The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behav Res Ther.* 2003; 41(3):317–332 Heap JM. Enuresis in children and young people: a public health nurse approach in New Zealand. *J Child Health Care.* 2004; 8(2):92–101 Leblanc L, Ouellet N. Dépistage de la violence conjugale: le rôle de l'infirmière. [Screening for spousal abuse: the nurse's role]. *Perspective Infirmière. Revue Officielle De*

L'ordre Des Infirmières Et Infirmiers Du Québec. 2004; 5:39–43 Maslow A. *Motivation and personality.* 2nd ed. New York, NY: Harper & Row; 1970

Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain. *Pain.* 2006; 120(1–2):44–52 Mozley PD. Psychophysiologic infertility: an overview. *Clin Obstet Gynecol.* 1976; 19 (2):407–417

Nishina A, Juvonen J. Daily reports of witnessing and experiencing peer

harassment in middle school. *Child Dev.* 2005; 76(2):435–450 Page C. Intervenir auprès des femmes présentant un trouble dépressif. [Helping women with a depressive disease.] *L'infirmière Du Québec. Revue Officielle De L'ordre Des Infirmières Et Infirmiers Du Québec.* 1995; 2(5):26–33

Ray SL, Heap J. Male survivors' perspectives of incest/sexual abuse. *Perspect Psychiatr Care.* 2001; 37(2):49–59

Rodin J. Cultural and psychosocial determinants of weight concerns. *Ann Intern Med.* 1993; 119 7 Pt 2:643–645

Rotheram-Borus MJ. Adolescents' reference-group choices, self-esteem, and adjustment. *J Pers Soc Psychol.* 1990; 59(5):1075–1081

Sharma V, Mavi J. Self-esteem and performance on word tasks. *J Soc Psychol.* 2001; 141(6):723–729

Sloman L, Gilbert P, Hasey G. Evolved mechanisms in depression: the role and interaction of attachment and social rank in depression. *J Affect Disord.* 2003; 74(2):107– 121

Taft LB. Self-esteem in later life: a nursing perspective. *ANS Adv Nurs Sci.* 1985; 8(1): 77–84

Thorne A, Michaelieu Q. Situating adolescent gender and self-esteem with personal memories. *Child Dev.* 1996; 67(4):1374–1390

Trabut PC. Les abus sexuels chez les enfants en bas âge. [Sexual abuse of young children.] *L'infirmière Du Québec. Revue Officielle De L'ordre Des Infirmières Et Infirmiers Du Québec.* 2000; 8(1):27–32

Westermeyer J. Cross-cultural care for PTSD: research, training and service needs for the future. *J Trauma Stress.* 1989; 2(4):515–536

6.2.3 Baixa autoestima situacional

Nenhuma referência no momento.

6.2.4 Risco de baixa autoestima situacional

Nenhuma referência no momento.

6.3 Classe 3: Imagem corporal

6.3.1 Distúrbio na imagem corporal

Nenhuma referência no momento.

7 Domínio 7: Papéis e relacionamentos

7.1 Classe 1: Papéis do cuidador

7.1.1 Paternidade ou maternidade prejudicada

Nenhuma referência no momento.

7.1.2 Risco de paternidade ou maternidade prejudicada

Nenhuma referência no momento.

7.1.3 Disposição para paternidade ou maternidade melhorada

Nenhuma referência no momento.

7.1.4 Tensão do papel de cuidador

Nenhuma referência no momento.

7.1.5 Risco de tensão do papel de cuidador

Nenhuma referência no momento.

7.2 Classe 2: Relações familiares

7.2.1 Processos familiares disfuncionais

Nenhuma referência no momento.

7.2.2 Processos familiares interrompidos

Nenhuma referência no momento.

7.2.3 Disposição para processos familiares melhorados

Nenhuma referência no momento.

7.2.4 Risco de vínculo prejudicado

Nenhuma referência no momento.

7.3 Classe 3: Desempenho de papéis

7.3.1 Conflito no papel de pai/mãe

Nenhuma referência no momento.

7.3.2 Desempenho de papel ineficaz

Nenhuma referência no momento.

7.3.3 Interação social prejudicada

Nenhuma referência no momento.

7.3.4 Relacionamento ineficaz

Aoki Y, Kato N, Hirasawa M, eds. Josangaku Taikei 5 Boshi no Shinri Shakaigaku

[Midwifery System Vol. 5 Psychosociology for Mother and Child]. Tokyo:

JapaneseNursing Association Publishing Co; 2002 Chandola T, Marmot M, Siegrist J.

Failed reciprocity in close social relationships and health: findings from the Whitehall II study. J Psychosom Res. 2007; 63(4):403–411

Kanbara F. Gendai no Kekkō to Fufu Kankei [Today's Marriage and

- Marital Relation-ship]. Tokyo: Baifukan; 1991
- Kawano M. Sexuality no Kango [Nursing for Sexuality]. Tokyo: Medical Friend; 1999
- Mochizuki T. Kazoku Shyakai-gaku Nyumon [Introduction to Family Sociology]. To-kyo: Baifukan; 1996
- Muramoto J, Mori A, eds. Bosei Kango-gaku Joron [Introduction to Maternal Nursing, 2nd ed]. Tokyo: Ishiyaku Publishing Co; 2007
- Murry VM, Harrell AW, Brody GH, et al. Long-term effects of stressors on relationship well-being and parenting among rural African American women. *Fam Relat.* 2008; 57(2):117–127
- Nojima S, Suzuki K, eds. Kazoku Kango-gaku [Family nursing]. Tokyo: Kenpansha; 2005
- Roy C. Introduction to Nursing: Adaptation model, 2nd ed. Upper Saddle River: Pren-tice-Hall; 1984
- Starratt V, Goetz A, Shackelford T, McKibbin W, Stewart-Williams S. Men's partner-directed insults and sexual coercion in intimate relationships. *J Fam Violence.* 2008;23(5):315–323
- Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Shema SJ. Spousal interrelations in self- reports of cog-nition in the context of marital problems. *Gerontology.* 2011; 57(2):148–152

7.3.5 Risco de relacionamento ineficaz

- Aoki Y, Kato N, Hirasawa M, Eds. Josangaku Taikei 5 Boshi no Shinri Shakaigaku [Midwifery System Vol. 5 Psychosociology for Mother and Child]. Tokyo: JapaneseNursing Association Publishing Co; 2002 Chandola T, Marmot M, Siegrist J. Failed reciprocity in close social relationships and health: findings from the Whitehall II study. *J Psychosom Res.* 2007; 63(4):403–411
- Kanbara F. Gendai no Kekkon to Fufu Kankei [Today's Marriage and Marital Relation-ship]. Tokyo: Baifukan; 1991

Kawano M. Sexuality no Kango [Nursing for Sexuality]. Tokyo: Medical Friend; 1999

Mochizuki T. Kazoku Shyakai-gaku Nyumon [Introduction to Family Sociology]. To-kyo: Baifukan; 1996

Muramoto J, Mori A, Eds. Bosei Kango-gaku Joron [Introduction to Maternal Nursing, 2nd ed]. Tokyo: Ishiyaku Publishing Co; 2007

Murry VM, Harrell AW, Brody GH, et al. Long-term effects of stressors on relationship well-being and parenting among rural African American women. *Fam Relat.* 2008; 57(2):117–127

Nojima S, Suzuki K, Eds. Kazoku Kango-gaku [Family nursing]. Tokyo: Kenpansha; 2005

Roy C. Introduction to Nursing: Adaptation model, 2nd ed. Upper Saddle River: Pren-tice-Hall; 1984

Starratt V, Goetz A, Shackelford T, McKibbin W, Stewart-Williams S. Men's partner-directed insults and sexual coercion in intimate relationships. *J Fam Violence.* 2008; 23(5):315–323

Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Shema SJ. Spousal interrelations in self- reports of cog-nition in the context of marital problems. *Gerontology.* 2011; 57(2):148–152

7.3.6 Disposição para relacionamento melhorado

Aoki Y, Kato N, Hirasawa M, Eds. Josangaku Taikei 5 Boshi no Shinri Shakaigaku [Midwifery System Vol. 5 Psychosociology for Mother and Child]. Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Co; 2002 Kanbara F. Gendai no Kekkō to Fufu Kankei [Today's Marriage and Marital Relation-ship]. Tokyo: Baifukan; 1991

Kawano M. Sexuality no Kango [Nursing for Sexuality]. Tokyo: Medical Friend; 1999

Mochizuki T. Kazoku Shyakai-gaku Nyumon [Introduction to Family Sociology]. To-kyo: Baifukan; 1996

Muramoto J, Mori A, Eds. Bosei Kango-gaku Joron [Introduction to Maternal Nursing, 2nd ed]. Tokyo: Ishiyaku Publishing Co; 2007

Nojima S, Suzuki K, Eds. Kazoku Kango-gaku [Family nursing]. Tokyo: Kenpansha; 2005

Roy C. Introduction to Nursing: Adaptation model, 2nd ed. Upper Saddle River: Pren-tice-Hall; 1984

8 Domínio 8: Sexualidade

8.1 Classe 1: Identidade sexual

Essa classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

8.2 Classe 2: Função sexual

8.2.1 Disfunção sexual

Cavalcanti R, Cavalcanti M. Tratamento clinico das inadequacies sexuais, 2nd ed. São Paulo: Roca; 1996

Fehring RJ. The Fehring model. In: Carrol-Johnson R.M, Paquete M, eds. Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the Tenth Conference. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott; 1994:55–62

Hogan RM. Human sexuality: A nursing perspective. New York, NY: Appleton-Century-Crofts; 1985

Hoskins LM. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: Carrol Johnson R.M. et al, eds. Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia, PA: Lippincott; 1989: 126– 31

Kaplan HS. O desejo sexual – e novos conceitos etécnicas da terapia do sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1983

Kaplan HS. A nova terapia do sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977

8.2.2 Padrão de sexualidade ineficaz

Cavalcanti R, Cavalcanti M. Tratamento clínico das inadequacies sexuais, 2nd ed. São Paulo: Roca; 1996

Fehring RJ. The Fehring model. In: Carrol-Johnson R.M, Paquete M, eds. Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the Tenth Conference. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott; 1994:55–62

Hogan RM. Human sexuality: A nursing perspective. New York: Appleton- Century-Crofts; 1985

Hoskins LM. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: Carrol Johnson R.M. et al, eds. Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia, PA: Lippincott; 1989: 126– 31

Kaplan HS. O desejo sexual – e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo. Rio de

Janeiro: Nova Fronteira; 1983

Kaplan HS. A nova terapia do sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977

8.3 Classe 3: Reprodução

8.3.1 Risco de binômio mãe-feto perturbado

Berg M. Pregnancy and diabetes: how women handle the challenges. J Perinat Educ. 2005; 14(3):23–32

Curran CA. Intrapartum emergencies. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003; 32(6): 802–813

Higgins L.P, Hawkins J.W. Screening for abuse during pregnancy: Implementing a multisite program. American Journal of Maternal/Child Nursing 2005;30(2), 109– 114

Lange SS, Jenner M. Myocardial infarction in the obstetric patient. In: Campbell P.T, ed. Critical care nursing clinics of North America: Obstetric and neonatal intensive care 2004;16(2), 211–219

McCarter-Spauldng D.E. Medications in pregnancy and lactation. American Journal of Maternal/Child Nursing 2005;30(1), 10– 17

Poole JH. Multiorgan dysfunction in the perinatal patient. In: Campbell P.T, ed. Critical Care Nursing Clinics of North America: Obstetric and Neonatal Intensive Care 2004;16(2), 193–204

Rudisill PT. Amniotic fluid embolism. In: Campbell P.T, ed. Critical Care Nursing Clinics of North America: Obstetric and Neonatal Intensive Care 2004;16(2), 221– 225

Shannon M, King TL, Kennedy HP. Allostasis: a theoretical framework for understanding and evaluating perinatal health outcomes. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2007; 36(2):125–134

Simpson K.R. Monitoring the preterm fetus during labor. American Journal of Maternal/Child Nursing 2004;29(6), 380–388

Stark CJ, Stepans MBF. A comparison of blood pressure in term, low birth- weight infants of smoking and nonsmoking mothers. J Perinat Educ. 2004; 13(4):17–26

Stringer M., Miesnik S. R., Brown L., Martz A.H., Macones G. Nursing care of the patient with preterm premature rupture of membranes. American Journal of Maternal/ Child Nursing 2004;29(3), 144–150

Torgersen KL, Curran CA. A systematic approach to the physiologic adaptations of pregnancy. Crit Care Nurs Q. 2006; 29(1):2–19 Wolfe BE. Reproductive health in women with eating disorders. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005; 34(2):255–263

8.3.2 Processo perinatológico ineficaz

Aoki Y, ed. Bosei Hoken wo meguru Shidou Kyouiku Soudan 2 [Coaching, education, and counseling in maternal health, Vol. 2]. Tokyo: Life Science Co; 1998

Aoki Y, Kato N, Hirasawa M, eds. Josangaku Taikei 8 Josan Shindan Gijyutsu-gaku 2 [Midwifery System Vol. 8 Maternity diagnoses and techniques 2]. Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Co; 2003 Aoki Y, Kato N, Hirasawa M, eds. Josangaku Taikei 5 Boshi no Shinri Shakaigaku [Midwifery System Vol. 5 Psychosociology for mother and child]. Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Co; 2002 Callister LC, Holt ST, Kuhre MW. Giving birth: the voices of Australian women. J Perinat Neonatal Nurs. 2010; 24(2):128–136

Darvill R, Skirton H, Farrand P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. Midwifery. 2010; 26(3):357–366

Furber CM, Garrod D, Maloney E, Lovell K, McGowan L. A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. Int J Nurs Stud. 2009; 46(5): 669–677

Japan Society for Maternity Diagnoses, ed. Maternity Shindan guidebook [Guidebook of maternity diagnoses]. Tokyo: Igakushoin; 2004 Kabeyama K, ed. Rinsho Josanfu Hikkei: Seimei to Bunka wo Fumaeta Shigen [Essentials of clinical midwifery: Caring based on life and culture, 2nd ed)]. Tokyo: Igakushoin; 2006

Okayama National Hospital, ed. Akachan ni Yasashii Byouin no Bonyuu Ikuji Shidou [Breast-feeding and newborn-care teaching manuals from a baby-friendly hospital]. Tokyo: Medica Publishing Co; 2000 Savage C. A proposed framework related to the care of addicted mothers. J Addict Nurs. 2009; 20(3):158–160

Sharps PW, Laughon K, Giangrande SK. Intimate partner violence and the childbearing year: maternal and infant health consequences. Trauma Violence Abuse. 2007; 8 (2):105–116

Taketani Y, Kabeyama S, eds. Josangaku Kouza 6 [Midwifery Course Vol. 6]. Tokyo: Igakushoin; 2007

8.3.3 Risco de processo perinatológico ineficaz

Aoki Y, ed. Bosei Hoken wo meguru Shidou Kyouiku Soudan 2 [Coaching, education, and counseling in maternal health, Vol. 2]. Tokyo: Life Science Co; 1998

Aoki Y, Kato N, Hirasawa M, eds. Josangaku Taikei 8 Josan Shindan Gijyutsu-gaku 2 [Midwifery System Vol. 8 Maternity diagnoses and techniques 2]. Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Co; 2003 Aoki Y, Kato N, Hirasawa M, eds. Josangaku Taikei 5 Boshi no Shinri Shakaigaku [Midwifery System Vol. 5 Psychosociology for mother and child]. Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Co; 2002 Callister LC, Holt ST, Kuhre MW. Giving birth: the voices of Australian women. J Perinat Neonatal Nurs. 2010; 24(2):128–136

Darvill R, Skirton H, Farrand P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. Midwifery. 2010; 26(3):357–366

Furber CM, Garrod D, Maloney E, Lovell K, McGowan L. A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. Int J Nurs Stud. 2009; 46(5): 669–677

Japan Society for Maternity Diagnoses, ed. Maternity Shindan guidebook [Guidebook of maternity diagnoses]. Tokyo: Igakushoin; 2004 Kabeyama K, ed. Rinsho Josanfu Hikkei: Seimei to Bunka wo Fumaeta Shigen [Essentials of clinical midwifery: Caring based on life and culture, 2nd ed)]. Tokyo: Igakushoin; 2006

Okayama National Hospital, ed. Akachan ni Yasashii Byouin no Bonyuu Ikuji Shidou [Breast-feeding and newborn-care teaching manuals from a baby-friendly hospital]. Tokyo: Medica Publishing Co; 2000 Savage C. A proposed framework related to the care of addicted mothers. J

Addict Nurs. 2009; 20(3):158–160

Sharps PW, Laughon K, Giangrande SK. Intimate partner violence and the childbearing year: maternal and infant health consequences. Trauma Violence Abuse. 2007; 8 (2):105–116

Taketani Y, Kabeyama S, eds. Josangaku Kouza 6 [Midwifery Course Vol. 6]. Tokyo: Igakushoin; 2007

8.3.4 Disposição para processo perinatológico melhorado

Aoki Y, ed. Bosei Hoken wo meguru Shidou Kyouiku Soudan 2 [Coaching, education, and counseling in maternal health, Vol. 2]. Tokyo: Life Science Co; 1998

Aoki Y, Kato N, Hirasawa M, eds. Josangaku Taikai 8 Josan Shindan Gijyutsu-gaku 2 [Midwifery System Vol. 8 Maternity diagnoses and techniques 2]. Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Co; 2003 Aoki Y, Kato N, Hirasawa M, eds. Josangaku Taikai 5 Boshi no Shinri Shakaigaku [Midwifery System Vol. 5 Psychosociology for mother and child]. Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Co; 2002 Japan Society for Maternity Diagnoses, ed. Maternity Shindan guidebook [Guidebook of maternity diagnoses]. Tokyo: Igakushoin; 2004 Kabeyama K, ed. Rinsho Josanfu Hikkei: Seimei to Bunka wo Fumaeta Shigen [Essentials of clinical midwifery: Caring based on life and culture, 2nd ed)]. Tokyo: Igakushoin; 2006

Okayama National Hospital, ed. Akachan ni Yasashii Byouin no Bonyuu Ikuji Shidou [Breast-feeding and newborn-care teaching manuals from a baby-friendly hospital]. Tokyo: Medica Publishing Co; 2000 Taketani Y, Kabeyama S, eds. Josangaku Kouza 6 [Midwifery Course Vol. 6]. Tokyo: Igakushoin; 2007

9 Domínio 9: Enfrentamento/tolerância ao estresse

9.1 Classe 1: Respostas pós-trauma

9.1.1 Síndrome do estresse por mudança

Nenhuma referência no momento.

9.1.2 Risco de síndrome do estresse por mudança

Nenhuma referência no momento.

9.1.3 Síndrome do trauma de estupro

Nenhuma referência no momento.

9.1.4 Síndrome pós-trauma

Nenhuma referência no momento.

9.1.5 Risco de síndrome pós-trauma

Nenhuma referência no momento.

9.1.6 Risco de transição complicada na imigração

Achotegui J. Emigrar en situaciones extremas: el síndrome de Ulises. *Aloma*. 2012; 30 (2):79–86

Agudelo-Suárez A, Gil-González D, Ronda-Pérez E, et al. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Soc Sci Med*. 2009; 68(10):1866–1874

Ahonen EQ, Benavides FG, Benach J. Immigrant populations, work and health—a systematic literature review. *Scand J Work Environ Health*. 2007; 33(2):96–104

Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa R, Poblador-Plou B, Bordonaba-Bosque D, Prados-Torres A. Primary care utilisation patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System. *BMC Public Health*. 2011; 11:432

Capell J, Dean E, Veenstra G. The relationship between cultural competence and ethnocentrism of health care professionals. *J Transcult Nurs*. 2008; 19(2):121–125

Collazos F, Qureshi A, Antonin M, Tomás-Sábado J. Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo*. 2008; 29(3):307–315

De la Revilla L, De los Rios A, Luna J, et al. Trauma post migrations living difficulties and social support as a predictor of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Aust NZ Psychiatry*. 2006; 40(2):179–188 Garaikoetxea A. Expectativas y opiniones de los inmigrantes económicos sobre nuestro sistema de salud. Tesis (Doctorado). Universitat Autònoma Barcelona; 2007

Lin LH, Hung CH. Vietnamese women immigrants' life adaptation, social support, and depression. *J Nurs Res*. 2007; 15(4):243–254 Meleis AI. Pasión por producir una diferencia. Conferencia en el VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Sta Fé de Bogotá. En: Duran de Villalobos MM. Teoría de enfermería, ¿un camino de herradura?. *Aquichan*. 2007; 7(2):161– 173

O'Mahony JM, Donnelly TT. The influence of culture on immigrant women's mental health care experiences from the perspectives of health care providers. *Issues Ment Health Nurs*. 2007; 28(5):453–471 Plaza del Pino FJ, Plaza del Pino MD, Martinez Galvez L. Historia de un extranjero: vivencias de un inmigrante rifeño sin papeles. *Index Enferm (Gran)*. 2006; 55:59–62

Ral A, Silverman JG, Mc Cleary-Sills J, Liu R. Immigrations policies increase south Asian immigrant women's vulnerability to intimate partner violence. *J Am Med Womens Assoc*. 2005; 60(1):26–32

Rifà R. Diagnósticos de enfermería vinculados al proceso migratorio. Revisión de la literatura científica. *Rev ROL Enf*. 2012; 35(3):94–99 Rifà R. Diagnósticos de enfermería vinculados al proceso migratorio: visión de los inmigrantes. Tesis (Doctorado). Universitat Rovira i Virgili; 2012.

Available from http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/84141/Tesi%20Rosa%20Rifa_TDX.pdf ? sequence=1

Rifà R, Costa LI, Olivé C, Pallarès A, Pérez I, Vila G. Proyecto de mejora de la atención a la población inmigrante en la atención primaria de salud en Cataluña. *Cultura De Los Cuidados*. 2006; 20:92–98

Rifà R, Pallarés A, Olivé C, Vila C, Lamoglia M, Pérez I. Percepción de los profesionales de enfermería sobre la aplicación de los diagnósticos NANDA al proceso migratorio. *Rev Paraninfo Digital* 2009;7 Simich L, Hamilton H, Baya BK. Mental distress, economic hardship and expectations of life in Canada among Sudanese newcomers. *Transcult Psychiatry*. 2006; 43(3): 418–444

Tompa E, Scott-Marshall H, Dolinschi R, Trevithick S, Bhattacharyya S. Precarious employment experiences and their health consequences: towards a theoretical framework. *Work*. 2007; 28(3):209–224 Wiking E, Johansson SE, Sundquist J. Ethnicity, acculturation, and self reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58(7):574–582

9.2 Classe 2: Respostas de enfrentamento

9.2.1 Ansiedade

Nenhuma referência no momento.

9.2.2 Ansiedade relacionada à morte

Abdel-Khalek AM, Tomás-Sábado J. Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death Stud*. 2005; 29(2):157–169 Aday RH. Belief in afterlife and death anxiety: correlates and comparisons. *Omega*. 1984–85; 15(1):67–75

Adelbratt S, Strang P. Death anxiety in brain tumour patients and their

spouses. *Palliat Med.* 2000; 14(6):499–507

Alvarado KA, Templer DI, Bresler C, Thomas-Dobson S. The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *J Clin Psychol.* 1995; 51(2):202–204

Amenta MM. Death anxiety, purpose in life and duration of service in hospice volunteers. *Psychol Rep.* 1984; 54(3):979–984

Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1999; 60 Suppl 2:57–62, discussion 75–76, 113–116

Bay EJ, Algase DL. Fear and anxiety: a simultaneous concept analysis. *Nurs Diagn.* 1999; 10(3):103–111

Beck CT. Nursing students' experiences caring for dying patients. *J Nurs Educ.* 1997; 36(9):408–415

Bené B, Foxall MJ. Death anxiety and job stress in hospice and medical- surgical nurses. *Hosp J.* 1991; 7(3):25–41

Bolt M. Religious orientation and death fears. *Rev Relig Res.* 1977; 19(1):73–76

Braunstein JW. An investigation of irrational beliefs and death anxiety as a function of HIV status. *J Ration-Emot Cogn-Behav Ther.* 2004; 22:21–37 Brockopp DY, King DB, Hamilton JE. The dying patient: a comparative study of nurse caregiver characteristics. *Death Stud.* 1991; 15(3):245–258 Chiappetta W, Floyd HH, McSeveney DR. Sex differences in coping with death anxiety. *Psychol Rep.* 1976; 39(3):945–946

Clements R. Intrinsic religious motivation and attitudes toward death among the elderly. *Curr Psychol.* 1998; 17(2–3):237–248

Cully JA, LaVoie D, Gfeller JD. Reminiscence, personality, and psychological functioning in older adults. *Gerontologist.* 2001; 41(1):89– 95

Hunt B, Rosenthal DA. Rehabilitation counselors' experiences with client

death anxiety. *J Rehabil.* 2000; 66(4):44–50

Kuuppelomäki M. Cancer patients', family members' and professional helpers' conceptions and beliefs concerning death. *Eur J Oncol Nurs.* 2000; 4(1):39–47

Kastenbaum R. *The psychology of death.* New York, NY: The Guilford Press; 1992

Matalon TH. The relationship among children's conceptualisation of death, parental communication about death, and parental death anxiety. *Diss Abstr Int A Humani Soc Sci.* 2000; 61:510–511

Mok E, Lee WM, Wong FK. The issue of death and dying: employing problem-based learning in nursing education. *Nurse Educ Today.* 2002; 22(4):319–329

Nelson LD, Cantrell CH. Religiosity and death anxiety: A multi-dimensional Analysis. *Rev Relig Res.* 1980; 21(2):148–157

Rasmussen CA, Brems C. The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *J Psychol.* 1996; 130(2):141–144

Rasmussen CH, Johnson ME. Spirituality and religiosity: Relative relationships to death anxiety. *Omega.* 1994; 29(4):313–318 Robbins RA. Death competency: a study of hospice volunteers. *Death Stud.* 1992; 16 (6):557–569

Rosenhein E, Muchnick B. Death concerns in differential levels of consciousness as functions of defence strategy and religious belief. *Omega.* 1984–85; 15(1):15–24

Sanders JF, Poole TE, Rivero WT. Death anxiety among the elderly. *Psychol Rep.* 1980; 46(1):53–54

Sherman DW. Nurses' willingness to care for AIDS patients and spirituality, social support, and death anxiety. *Image J Nurs Sch.* 1996; 28(3):205–213 Stoller EP. The impact of death-related fears on attitudes of nurses in hospital work setting. *Omega.* 1980–81; 11:85–96

Straub SH, Roberts JM. Fear of death in widows: Effects of age at widowhood and suddenness of death. *Omega*. 2001; 43(1):25–41 Sulmasy DP, McIlvane JM. Patients' ratings of quality and satisfaction with care at the end of life. *Arch Intern Med*. 2002; 162(18):2098–2104 Whitley GG. Expert validation and differentiation of the nursing diagnoses anxiety and fear. *Nurs Diagn*. 1994; 5(4):143–150

Whitley GG, Tousman SA. A multivariate approach for validation of anxiety and fear. *Nurs Diagn*. 1996; 7(3):116–124

9.2.3 Enfrentamento defensivo

Balder L, Denour AK. Couples' reactions and adjustment to mastectomy. *Int J Psychiatry Med*. 1984; 14(3):265–276

Bartek SE, Krebs DL, Taylor MC. Coping, defending, and the relations between moral judgment and moral behavior in prostitutes and other female juvenile delinquents. *J Abnorm Psychol*. 1993; 102(1):66–73 Bean G, Cooper S, Alpert R, Kipnis D. Coping mechanisms of cancer patients: a study of 33 patients receiving chemotherapy. *CA Cancer J Clin*. 1980; 30(5):256–259

Brown JD, Dutton KA. The thrill of victory, the complexity of defeat: self-esteem and people's emotional reactions to success and failure. *J Pers Soc Psychol*. 1995; 68(4): 712–722

Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, Miller DS, Brown LL, Cross PA. A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer*. 1985; 55(1):72–76

Coelho GV, Hamburg DA, Adams JE. Coping and adaptation. New York, NY: Basic Books; 1974

Coopersmith S. Antecedents of self-esteem. San Francisco, CA: Freeman, Cooper; 1967

Creswell C, Chalder T. Defensive coping styles in chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res*. 2001; 51(4):607–610

Cysouw-Guitouni A. L'avenir et la sauvegarde des valeurs. *Psychologie Préventive*. 2001; 37:18–23

Dalle Grave R, Calugi S, Molinari E, et al. QUOVADIS Study Group. Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: an observational multicenter study. *Obes Res*. 2005; 13(11):1961–1969 George JM, Scott DS, Turner SP, Gregg JM. The effects of psychological factors and physical trauma on recovery from oral surgery. *J Behav Med*. 1980; 3(3):291–310

Guitouni M. Le choix d'une génération: démissionner ou résister. *Psychologie Préventive*. 2002; 38:25–29

Jaramillo-Vélez DE, Ospina-Muñoz DE, Cabarcas-Iglesias G, Humphreys J. Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2005; 7(3):281–292 Kools S. Self-protection in adolescents in foster care. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 1999; 12(4):139–152

Lazarus RS. *Psychological stress and the coping process*. New York, NY: McGraw-Hill; 1966

Lindstrøm TC. Defence mechanisms and some notes on their relevance for the caring professions. *Scand J Caring Sci*. 1989; 3(3):99–104 McFarland G.K, McFarlane E.A. *Traité de diagnostic infirmier*. St-Laurent: ERPI; 1995

Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain. *Pain*. 2006; 120(1–2):44–52 Morris CA. Self-concept as altered by the diagnosis of cancer. *Nurs Clin North Am*. 1985; 20(4):611–630

Noy S. Minimizing casualties in biological and chemical threats (war and terrorism): the importance of information to the public in a prevention program. *Prehosp Disaster Med*. 2004; 19(1):29–36

Pérez-Sales P, Vázquez Valverde C. [Support psychotherapy in traumatic

situations]. Rev Enferm. 2003; 26(12):44–52

Taubes I. Tout commence par une confiance primitive dans la vie: entretien avec Boris Cyulnik.

Psychologies; 2002:90– 94 Taubes I. Je fuis les responsabilités. Psychologies; 2005:88–89

Tod AM, Lacey A. Overweight and obesity: helping clients to take action. Br J Community Nurs. 2004; 9(2):59–66

Tromp DM, Brouha XD, De Leeuw JR, Hordijk GJ, Winnubst JA. Psychological factors and patient delay in patients with head and neck cancer. Eur J Cancer. 2004; 40(10): 1509–1516

Worden JW, Sobel HJ. Ego strength and psychosocial adaptation to cancer. Psychosom Med. 1978; 40(8):585–592

Yehuda R, McFarlane AC, Shalev AY. Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. Biol Psychiatry. 1998; 44(12):1305–1313

9.2.4 Enfrentamento ineficaz

Nenhuma referência no momento.

9.2.5 Disposição para enfrentamento melhorado

Nenhuma referência no momento.

9.2.6 Enfrentamento familiar comprometido

Nenhuma referência no momento.

9.2.7 Enfrentamento familiar incapacitado

Nenhuma referência no momento.

9.2.8 Disposição para enfrentamento familiar melhorado

Nenhuma referência no momento.

9.2.9 Enfrentamento ineficaz da comunidade

Nenhuma referência no momento.

9.2.10 Disposição para enfrentamento melhorado da comunidade

Nenhuma referência no momento.

9.2.11 Sobrecarga de estresse

Al-Hassan M, Sagr L. Stress and stressors of myocardial infarction patients in the early period after discharge. J Adv Nurs. 2002; 40(2):181–188 Bay E, Hagerty B, Williams RA, Kirsch N. Chronic stress, salivary cortisol response, interpersonal relatedness, and depression among community- dwelling survivors of traumatic brain injury. J Neurosci Nurs. 2005; 37(1):4–14

Boardman JD. Stress and physical health: the role of neighborhoods as mediating and moderating mechanisms. Soc Sci Med. 2004; 58(12):2473– 2483

Booth K, Beaver K, Kitchener H, O'Neill J, Farrell C. Women's experiences of information, psychological distress and worry after treatment for gynaecological cancer. Patient Educ Couns. 2005; 56(2):225–232 Carlson-Catalano J. Nursing diagnoses and interventions for post-acute-phase battered women. Nurs Diagn. 1998; 9(3):101–110

Choenarom C, Williams RA, Hagerty BM. The role of sense of belonging and social support on stress and depression in individuals with depression. Arch Psychiatr Nurs. 2005; 19(1):18–29

Cropley M, Steptoe A. Social support, life events and physical symptoms: A prospective study of chronic and recent life stress in men and women. Psychol Med. 2005; 33 (2):299–306

Davidson M, Penney ED, Muller B, Grey M. Stressors and self-care challenges faced by adolescents living with type 1 diabetes. Appl Nurs Res. 2004; 17(2):72–80

Diong SM, Bishop GD, Enkelmann HC, et al. Anger, stress, coping, social support and health: Modelling the relationships. *Psychol Health*. 2005; 20(4):467–495

Drew D, Goodenough B, Maurice L, Foreman T, Willis L. Parental grieving after a child dies from cancer: is stress from stem cell transplant a factor?. *Int J Palliat Nurs*. 2005; 11(6):266–273

Eby KK. Exploring the stressors of low-income women with abusive partners: Understanding their needs and developing effective community responses. *J Fam Violence*. 2004; 19(4):251–232

Golden-Kreutz DM, Thornton LM, Wells-Di Gregorio S, et al. Traumatic stress, perceived global stress, and life events: prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychol*. 2005; 24(3):288– 296

Hannigan B, Edwards D, Burnard P. Stress and stress management in clinical psychology: Findings from a systematic review. *J Ment Health*. 2004; 13(3):235–245

Harwood L, Locking-Cusolito H, Spittal J, Wilson B, White S. Preparing for hemodialysis: patient stressors and responses. *Nephrol Nurs J*. 2005; 32(3):295–302, quiz 303

Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*. 1967; 11(2):213–218

Hung C-H. Measuring postpartum stress. *J Adv Nurs*. 2005; 50(4):417–424 Ilgen MA, Hutchison KE. A history of major depressive disorder and the response to stress. *J Affect Disord*. 2005; 86(2–3):143–150 Janz NK, Dodge JA, Janevic MR, Lin X, Donaldson AE, Clark NM. Understanding and reducing stress and psychological distress in older women with heart disease. *J Women Aging*. 2004; 16(3–4):19–38 Kanner AD, Coyne JC, Schaefer C, Lazarus RS. Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events. *J Behav Med*. 1981; 4(1):1–39

Keil RMK. Coping and stress: a conceptual analysis. *J Adv Nurs*. 2004; 45(6):659–665

Krause N. Stressors arising in highly valued roles, meaning in life, and the physical health status of older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2004; 59(5):S287– S297

Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer; 1984

Lim LS, Williams DE, Hagen PT. Validation of a five-point self-rated stress score. *Am J Health Promot*. 2005; 19(6):438–441

Lloyd C, Smith J, Weinger K. Stress and diabetes: A review of the links. *Diabetes Spectr*. 2005; 18(2):121–127

Lunney M, Myszak C. Abstract: Stress overload: A new diagnosis. In: Rantz M.J, LeMone P, eds. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the twelfth conference*, North American Nursing Diagnosis Association. Glendale, CA: CINAHL Information Systems; 1997

Lustyk MK, Widman L, Paschane A, Ecker E. Stress, quality of life and physical activity in women with varying degrees of premenstrual symptomatology. *Women Health*. 2004; 39(3):35–44

McNulty PAF. Reported stressors and health care needs of active duty Navy personnel during three phases of deployment in support of the war in Iraq. *Mil Med*. 2005; 170(6):530–535

Maller MH, Almeida DM, Neupert SD. Women's daily physical health symptoms and stressful experiences across adulthood. *Psychol Health*. 2005; 20(3):389–403

Mariano C. Case study: The method. In: Munhall P.L, Oiler C.O, eds. *Nursing research: A qualitative perspective*. 2nd ed. New York, NY: National League for Nursing; 1993

Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods*. Newbury Park, CA: Sage; 1984

Motzer SA, Hertig V. Stress, stress response, and health. *Nurs Clin North*

Am. 2004; 39(1):1–17

Nielsen NR, Zhang Z-F, Kristensen TS, Netterstrøm B, Schnohr P, Grønbaek

M. Self reported stress and risk of breast cancer: prospective cohort study. *BMJ*. 2005; 331 (7516):548–550

Pender NJ, Murtaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*, 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2006

Power TG. Stress and coping in childhood: The parents' role. *Parent Sci Pract*. 2004; 4 (4):271–317

Ridner SH. Psychological distress: concept analysis. *J Adv Nurs*. 2004; 45(5):536–545

Robinson KL, McBeth J, Macfarlane GJ. Psychological distress and premature mortality in the general population: a prospective study. *Ann Epidemiol*. 2004; 14(7):467–472

Ryan M. Biases that influence the diagnostic process. In: Lunney M, ed. *Critical thinking and nursing diagnoses: Case studies and analyses*. Philadelphia, PA: NANDA; 2001

Ryan-Wenger NA, Sharrer VW, Campbell KK. Changes in children's stressors over the past 30 years. *Pediatr Nurs*. 2005; 31(4):282–288, 291 Sarid O, Anson O, Yaari A, Margalith M. Academic stress, immunological reaction, and academic performance among students of nursing and physiotherapy. *Res Nurs Health*. 2004; 27(5):370–377

Scollan-Koliopoulos M. Managing stress response to control hypertension in type 2 diabetes.

Nurse Pract. 2005; 30(2):46–49 Selye H. *The Stress of Life*. New York, NY: McGraw Hill; 1956

Selye H. *Stress without Distress*. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott; 1974 Selye H. Further thoughts on "stress without distress". *Med Times*. 1976; 104(11):124– 144

Sepa A, Wahlberg J, Vaarala O, Frodi A, Ludvigsson J. Psychological stress may induce diabetes-related autoimmunity in infancy. *Diabetes Care*.

2005; 28(2):290–295

So HM, Chan DSK. Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong. *Int J Nurs Stud*. 2004; 41(1):77–84 Sternberg E. The balance within: The science of connecting health and emotions. New

York, NY: W.H. Freeman; 2001

Stewart KE, Cianfrini LR, Walker JF. Stress, social support and housing are related to health status among HIV-positive persons in the deep south of the United States. *AIDS Care*. 2005; 17(3):350–358

Taxis JC, Rew L, Jackson K, Kouzekanani K. Protective resources and perceptions of stress in a multi-ethnic sample of school-age children. *Pediatr Nurs*. 2004; 30(6): 477–482, 487

VonDras DD, Powless MR, Olson AK, Wheeler D, Snudden AL. Differential effects of everyday stress on the episodic memory test performances of young, mid-life, and older adults. *Aging Ment Health*. 2005; 9(1):60–70

9.2.12 Medo

Nenhuma referência no momento.

9.2.13 Negação ineficaz

Bartle SH. Denial of cardiac warnings. *Psychosomatics*. 1980; 21(1):74–77 Bennett DH, Holmes DS. Influence of denial (situation redefinition) and projection on anxiety associated with threat to self-esteem. *J Pers Soc Psychol*. 1975; 32(5):915– 921

Byrne B. Relationships between anxiety, fear, self-esteem, and coping strategies in adolescence. *Adolescence*. 2000; 35(137):201–215 Davey GC, Burgess I, Rashes R. Coping strategies and phobias: the relationship between fears, phobias and methods of coping with stressors. *Br J Clin Psychol*. 1995; 34(Pt 3):423–434

- Fryer S, Waller G, Kroese BS. Stress, coping, and disturbed eating attitudes in teenage girls. *Int J Eat Disord.* 1997; 22(4):427–436
- Gammon J. Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *Int J Nurs Pract.* 1998; 4(2):84–96
- Gottschalk LA, Fronczek J, Abel L, Buchsbaum MS, Fallon JH. The cerebral neurobiology of anxiety, anxiety displacement, and anxiety denial. *Psychother Psychosom.* 2001; 70(1):17–24
- Greenberg J, Solomon S, Pyszczynski T, et al. Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *J Pers Soc Psychol.* 1992; 63(6):913–922
- Heilbrun AB, Jr, Pepe V. Awareness of cognitive defences and stress management. *Br J Med Psychol.* 1985; 58(Pt 1):9–17
- Hobfoll SE, Walfisch S. Coping with a threat to life: a longitudinal study of self-concept, social support, and psychological distress. *Am J Community Psychol.* 1984; 12 (1):87–100
- Hovey JD, Magaña CG. Exploring the mental health of Mexican migrant farm workers in the Midwest: psychosocial predictors of psychological distress and suggestions for prevention and treatment. *J Psychol.* 2002; 136(5):493–513
- Kennedy P, Duff J, Evans M, Beedie A. Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. *Br J Clin Psychol.* 2003; 42(Pt 1):41–52
- Kollbrunner J, Zbären P, Quack K. [Quality of life stress in patients with large tumors of the mouth. 2: Dealing with the illness: coping, anxiety and depressive symptoms]. *HNO.* 2001; 49(12):998–1007
- Leserman J, Perkins DO, Evans DL. Coping with the threat of AIDS: the role of social support. *Am J Psychiatry.* 1992; 149(11):1514–1520 Mogg K, Mathews A, Bird C, Macgregor-Morris R. Effects of stress and anxiety on the processing of threat stimuli. *J Pers Soc Psychol.* 1990; 59(6):1230–1237

Monat A, Lazarus RS. Stress and Coping: An anthology. 3rd ed. New York, NY: Columbia University Press; 1991

Muller L, Spitz E. [Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief COPE among French population]. *Encephale*. 2003; 29(6):507–518 Sandstrom MJ, Cramer P. Defense mechanisms and psychological adjustment in childhood. *J Nerv Ment Dis*. 2003; 191(8):487–495 Schimel J, Greenberg J, Martens A. Evidence that projection of a feared trait can serve a defensive function. *Pers Soc Psychol Bull*. 2003; 29(8):969– 979

Skinner N, Brewer N. The dynamics of threat and challenge appraisals prior to stressful achievement events. *J Pers Soc Psychol*. 2002; 83(3):678–692 Westman AS. Existential anxiety as related to conceptualization of self and of death, denial of death, and religiosity. *Psychol Rep*. 1992; 71(3 Pt 2):1064– 1066

9.2.14 Pesar

Genevro JL, Marshall T, Miller T. Center for the Advancement of Health. Report on bereavement and grief research Outcomes of bereavement. *Death Stud*. 2004; 28(1): 520–542

Genevro JL, Marshall T, Miller T, Center for the Advancement of Health. Report on bereavement and grief research. *Death Stud*. 2004; 28(6):491– 575

Christ G, Bonnano G, Malkinson R, Rubin S. Bereavement experiences after the death of a child. In: Field, M, Berhman R, eds. *When children die: Improving palliative and end-of-life care for children and their families*. Washington DC: National Academy Press; 2003

Davis C, Nolen-Hocksema S. Loss and meaning: How do people make sense of loss?. *Am Behav Sci*. 2001; 44(5):726–741

Gamino LA, Hogan NS, Sewell KW. Feeling the absence: a content analysis from the Scott and White grief study. *Death Stud*. 2002; 26(10):793–813

- Gamino LA, Sewell KW, Easterling LW. Scott and White Grief Study–phase 2: toward an adaptive model of grief. *Death Stud.* 2000; 24(7):633–660 Hall M, Irwin M. Physiological indices of functioning in bereavement. In: Stroebe M., Hannson R., Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care.* Washington DC: American Psychological Association; 2001
- Hansson R, Stroebe M. Grief, older adulthood. In: Gullotta T, Bloom M, eds. *Encyclopedia of primary prevention and health promotion.* New York, NY: Plenum; 2003
- Hogan N, Worden JW, Schmidt L. An empirical study of the proposed complicated grief disorder criteria. *Omega.* 2004; 48(3):263–277 Jacobs S. *Traumatic grief: Diagnosis, treatment, and prevention.* Caselton, NY: Brunner/Mazel; 1999
- Matthews LT, Marwit SJ. Complicated grief and the trend toward cognitive- behavioral therapy. *Death Stud.* 2004; 28(9):849–863
- Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, et al. Differentiating symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatients. *Can J Psychiatry.* 2003; 48(2): 87–93
- Ott CH. The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Stud.* 2003; 27(3):249– 272
- Prigerson H, Jacobs S. Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Stroebe M, Hannson R, Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care.* Washington DC: American Psychological Association; 2001

9.2.15 Pesar complicado

- Genevro JL, Marshall T, Miller T. Center for the Advancement of Health. Report on bereavement and grief research Outcomes of bereavement. *Death Stud.* 2004; 28(1): 520–542

- Genevro JL, Marshall T, Miller T, Center for the Advancement of Health. Report on bereavement and grief research. *Death Stud.* 2004; 28(6):491– 575
- Christ G, Bonnano G, Malkinson R, Rubin S. Bereavement experiences after the death of a child. In: Field, M, Berhman R, eds. *When children die: Improving palliative and end-of-life care for children and their families.* Washington DC: National Academy Press; 2003
- Davis C, Nolen-Hocksema S. Loss and meaning: How do people make sense of loss?. *Am Behav Sci.* 2001; 44(5):726–741
- Gamino LA, Hogan NS, Sewell KW. Feeling the absence: a content analysis from the Scott and White grief study. *Death Stud.* 2002; 26(10):793–813 Gamino LA, Sewell KW, Easterling LW. Scott and White Grief Study–phase 2: toward an adaptive model of grief. *Death Stud.* 2000; 24(7):633–660 Hall M, Irwin M. Physiological indices of functioning in bereavement. In: Stroebe M., Hannson R., Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care.* Washington DC: American Psychological Association; 2001
- Hansson R, Stroebe M. Grief, older adulthood. In: Gullotta T, Bloom M, eds. *Encyclopedia of primary prevention and health promotion.* New York, NY: Plenum; 2003
- Hogan N, Worden JW, Schmidt L. An empirical study of the proposed complicated grief disorder criteria. *Omega.* 2004; 48(3):263–277 Jacobs S. *Traumatic grief: Diagnosis, treatment, and prevention.* Caselton, NY: Brunner/Mazel; 1999
- Matthews LT, Marwit SJ. Complicated grief and the trend toward cognitive- behavioral therapy. *Death Stud.* 2004; 28(9):849–863
- Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, et al. Differentiating symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatients. *Can J Psychiatry.* 2003; 48(2): 87–93
- Ott CH. The impact of complicated grief on mental and physical health at

various points in the bereavement process. *Death Stud.* 2003; 27(3):249– 272

Prigerson H, Jacobs S. Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Stroebe M, Hannson R, Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care.* Washington DC: American Psychological Association; 2001

9.2.16 Risco de pesar complicado

Genevro JL, Marshall T, Miller T. Center for the Advancement of Health. Report on bereavement and grief research Outcomes of bereavement. *Death Stud.* 2004; 28(1): 520–542

Genevro JL, Marshall T, Miller T, Center for the Advancement of Health. Report on bereavement and grief research. *Death Stud.* 2004; 28(6):491– 575

Christ G, Bonnano G, Malkinson R, Rubin S. Bereavement experiences after the death of a child. In: Field, M, Berhman R, eds. *When children die: Improving palliative and end-of-life care for children and their families.* Washington DC: National Academy Press; 2003

Davis C, Nolen-Hocksema S. Loss and meaning: How do people make sense of loss?. *Am Behav Sci.* 2001; 44(5):726–741

Gamino LA, Hogan NS, Sewell KW. Feeling the absence: a content analysis from the Scott and White grief study. *Death Stud.* 2002; 26(10):793–813 Gamino LA, Sewell KW, Easterling LW. Scott and White Grief Study–phase 2: toward an adaptive model of grief. *Death Stud.* 2000; 24(7):633–660 Hall M, Irwin M. Physiological indices of functioning in bereavement. In: Stroebe M., Hannson R., Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care.* Washington DC: American Psychological Association; 2001

Hansson R, Stroebe M. Grief, older adulthood. In: Gullotta T, Bloom M, eds. *Encyclopedia of primary prevention and health promotion.* New York, NY:

Plenum; 2003

Hogan N, Worden JW, Schmidt L. An empirical study of the proposed complicated grief disorder criteria. *Omega*. 2004; 48(3):263–277
Jacobs S. Traumatic grief: Diagnosis, treatment, and prevention. Caselton, NY: Brunner/Mazel; 1999

Matthews LT, Marwit SJ. Complicated grief and the trend toward cognitive- behavioral therapy. *Death Stud*. 2004; 28(9):849–863

Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, et al. Differentiating symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatients. *Can J Psychiatry*. 2003; 48(2): 87–93

Ott CH. The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Stud*. 2003; 27(3):249– 272

Prigerson H, Jacobs S. Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Stroebe M, Hannson R, Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington DC: American Psychological Association; 2001

9.2.17 Planejamento de atividade ineficaz

American Psychiatric Association. Mini DSM IV-TR. Masson: Paris; 2004
Auger L. Vivre avec sa tête ou avec son cœur. Québec Centre la Pensée Réaliste, republication par Pierre Bovo; 2006

Auger L. Savoir vivre. Québec: Les éditions Un monde différent Itée; 2001
Auger L. Prendre soin de soi, guide pratique de micro-thérapie. Montréal: CIM; 1992

Auger L. S'aider soi-même d'avantage. Québec: Les Éditions De l'Homme; 1980

Barth B-M. Jérôme Bruner et l'innovation pédagogique. Communication et

Langages 1985; 66, 45–58

Beck AT, et al. Cognitive therapy of depression. New York, NY: Guilford Press; 1979

Corbière M, Laisné F, Mercier C. Élaboration du questionnaire: obstacles à l'insertion au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter. Manuscrit inédit, Centre de recherche Femand-Seguin, Unité 218, Hôpital Louis-H. Montréal: Lafontaine; 2001

Debray Q, Kindynis S, Leclère M, Seigneurie A. Protocoles de traitement des personnalités pathologiques, Approche cognitivo-comportementale: Paris: Masson; 2005

Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York, NY: Secausus, Lyle Stuart; 1962

Ellis A, Harper R. L'approche émotivo-rationnelle, Une nouvelle façon de vivre. Québec: Les Éditions De l'Homme; 1992 Fillion F. J'améliore mes plans d'action. Québec: CAER Ed; 1989 Greenberg D, Padesky C. Détresse et anxiété: comprendre et surmonter par l'approche cognitive. Québec: Décarie Éditeur; 2004

Ladouceur R., Marchand A., Boivert J-M. Les troubles anxieux, Approche cognitive et comportementale. Gaétan Morin & Paris: Masson; 1999 Lalonde P, Aubut J, Grunberg F, Eds. Psychiatrie clinique, Une approche bio-psychosociale. Québec: Tome II; 2001

Lecomte T, Leclerc C. Manuel de réadaptation psychiatrique. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2004

Monastès JL, Boyer C. Les thérapies comportementales et cognitives, Se libérer des troubles psy. Milan: Les Essentiels Milan; 2006 Morin C, Briand C, Lalonde P. De la symptomatologie à la résolution de problèmes:
approche intégrée pour les personnes atteintes de
schizophrénie. In: Santé Mentale au Québec, Dossier Schizophrénie, délires et thérapie cognitive, Vol XXIV, No 1; 1999:277

Riberio KL. The labyrinth of community mental health: In search of meaningful occupation. Psychiatr Rehabil J. 1999; 23(2):143–153
Seyle H. The stress of life. New York, NY: McGraw-Hill; 1959
Townsend MC. Soins infirmiers. Psychiatrie et santé mentale. Quebec: ERPI; 2004

Wilson R, Branch R. Les thérapies comportementales et cognitives pour les nuls. Paris: First; 2004

9.2.18 Risco de planejamento de atividade ineficaz

American Psychiatric Association. Mini DSM IV-TR. Masson: Paris; 2004
Auger L. Vivre avec sa tête ou avec son cœur. Quebec Centre la Pensée Réaliste, republication par Pierre Bovo; 2006

Auger L. Savoir vivre. Québec: Les éditions Un monde différent Itée; 2001
Auger L. Prendre soin de soi, guide pratique de micro-thérapie. Montréal: CIM; 1992

Auger L. S'aider soi-même d'avantage. Québec: Les Éditions De l'Homme; 1980

Barth B-M. Jérôme Bruner et l'innovation pédagogique. Communication et Langages 1985; 66, 45–58

Beck AT, et al. Cognitive therapy of depression. New York, NY: Guilford Press; 1979

Corbière M, Laisné F, Mercier C. Élaboration du questionnaire: obstacles à l'insertion au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter. Manuscrit inédit, Centre de recherche Femand-Seguin, Unité 218, Hôpital Louis-H. Montréal: Lafontaine; 2001

Debray Q, Kindynis S, Leclère M, Seigneurie A. Protocoles de traitement des personnalités pathologiques, Approche cognitivo-comportementale: Paris: Masson; 2005

Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York, NY: Secausus,

Lyle Stuart; 1962

Ellis A, Harper R. L'approche émotivo-rationnelle, Une nouvelle façon de vivre. Québec: Les Éditions De l'Homme; 1992 Fillion F. J'améliore mes plans d'action. Québec: CAER Ed; 1989 Greenberg D, Padesky C. Détresse et anxiété: comprendre et surmonter par l'approche cognitive. Québec: Décarie Éditeur; 2004

Ladouceur R., Marchand A., Boivert J-M. Les troubles anxieux, Approche cognitive et comportementale. Gaétan Morin & Paris: Masson; 1999 Lalonde P, Aubut J, Grunberg F, Eds. Psychiatrie clinique, Une approche bio-psychosociale. Québec: Tome II; 2001

Lecomte T, Leclerc C. Manuel de réadaptation psychiatrique. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2004

Monastès JL, Boyer C. Les thérapies comportementales et cognitives, Se libérer des troubles psy. Milan: Les Essentiels Milan; 2006 Morin C, Briand C, Lalonde P. De la symptomatologie à la résolution de problèmes: approche intégrée pour les personnes atteintes de schizophrénie. In: Santé Mentale au Québec, Dossier Schizophrénie, délires et thérapie cognitive, Vol XXIV, No 1; 1999:277

Riberio KL. The labyrinth of community mental health: In search of meaningful occupation. Psychiatr Rehabil J. 1999; 23(2):143–153 Seyle H. The stress of life. New York, NY: McGraw-Hill; 1959 Townsend MC. Soins infirmiers. Psychiatrie et santé mentale. Québec: ERPI; 2004

Wilson R, Branch R. Les thérapies comportementales et cognitives pour les nuls. Paris: First; 2004

9.2.19 Regulação do humor prejudicada

Cheng ST, Chan AC. Withdrawal, apathy and lack of vigor in late life depression: factorial validity and relationship to diagnosis. Aging Ment

Health. 2007; 11(5):532– 537

Dimeo F, Bauer M, Varahram I, Proest G, Halter U. Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: a pilot study. *Br J Sports Med*. 2001; 35(2):114–117

Kowatch RA, Youngstrom EA, Danielyan A, Findling RL. Review and meta- analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disord*. 2005; 7(6):483–496
Lightbody CE, Baldwin R, Connolly M, et al. Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection. *J Adv Nurs*. 2007; 57(5):505–512

Lilja L, Hellzén M, Lind I, Hellzén O. The meaning of depression: Swedish nurses' perceptions of depressed inpatients. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006; 13(3):269– 278

Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(3):CD004366
Morriss R, Faizal MA, Jones AP, Williamson PR, Bolton CA, McCarthy JP. Interventions for helping people recognize early signs of recurrence in bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009:1

Neufeld E, O'Rourke N. Impulsivity and hopelessness as predictors of suicide-related ideation among older adults. *Can J Psychiatry*. 2009; 54(10):684–692

Registered Nurses' Association of Ontario. Screening for delirium, dementia and depression in older adults. Toronto, Ont: Registered Nurses' Association of Ontario; 2011

Sagen U, Finset A, Moum T, et al. Early detection of patients at risk for anxiety, depression and apathy after stroke. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010; 32(1):80–85

Stuart GW, Laraia MT. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. St. Louis, MO: Mosby; 2001

Volicer BJ, Quattrocchi N, Candelieri R, Nicolosi R, Ladebauche P.

Depression and alcohol abuse in asthmatic college students. *Nurse Pract.* 2006; 31(2):49–54

Wang M-Y, Tsai PS, Chou K-R, Chen C-M. A systematic review of the efficacy of non-pharmacological treatments for depression on glycaemic control in type 2 diabetics. *J Clin Nurs.* 2008; 17(19):2524–2530

9.2.20 Resiliência prejudicada

Caldeira S, Timmins F. Resilience: synthesis of concept analyses and contribution to nursing classifications. *International Nursing Review*. Retrieved April 1st, 2016, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12268/abstract>; 2016 Dyer JG, McGuinness TM. Resilience: analysis of the concept. *Arch Psychiatr Nurs.* 1996; 10(5):276–282

Earvolino-Ramirez M. Resilience: a concept analysis. *Nurs Forum.* 2007; 42(2):73–82

Ewen HH, Chahal JK, Fenster ES. A portrait of resilience in caregiving. *Res Gerontol Nurs.* 2015; 8(1):29–38

Garcia-Dia MJ, DiNapoli JM, Garcia-Ona L, Jakubowski R, O'Flaherty D. Concept analysis: resilience. *Arch Psychiatr Nurs.* 2013; 27(6):264–270 Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M. Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemp Nurse.* 2007; 25(1–2):124–135

Lin FY, Rong JR, Lee TY. Resilience among caregivers of children with chronic conditions: a concept analysis. *J Multidiscip Healthc.* 2013; 6:323– 333

Molina Y, Yi JC, Martinez-Gutierrez J, Reding KW, Yi-Frazier JP, Rosenberg AR. Resilience among patients across the cancer continuum: diverse perspectives. *Clin J Oncol Nurs.* 2014; 18(1):93–101 Simmons A, Yoder L. Military resilience: a concept analysis. *Nurs Forum.*

2013; 48(1): 17–25

van Kessel G. The ability of older people to overcome adversity: a review of the resilience concept. *Geriatr Nurs*. 2013; 34(2):122–127 West C, Buettner P, Stewart L, Foster K, Usher K. Resilience in families with a member with chronic pain: a mixed methods study. *J Clin Nurs*. 2012; 21(23–24):3532–3545

Windle G. What is resilience? A review and concept analysis. *Rev Clin Gerontol*. 2011; 21:152–169

9.2.21 Risco de resiliência prejudicada

Caldeira S, Timmins F. Resilience: synthesis of concept analyses and contribution to nursing classifications. *International Nursing Review*. Retrieved April 1st, 2016, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12268/abstract>; 2016 Dyer JG, McGuinness TM. Resilience: analysis of the concept. *Arch Psychiatr Nurs*. 1996; 10(5):276–282

Earvolino-Ramirez M. Resilience: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2007; 42(2):73–82

Ewen HH, Chahal JK, Fenster ES. A portrait of resilience in caregiving. *Res Gerontol Nurs*. 2015; 8(1):29–38

Garcia-Dia MJ, DiNapoli JM, Garcia-Ona L, Jakubowski R, O'Flaherty D. Concept analysis: resilience. *Arch Psychiatr Nurs*. 2013; 27(6):264–270 Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M. Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemp Nurse*. 2007; 25(1–2):124–135

Lin FY, Rong JR, Lee TY. Resilience among caregivers of children with chronic conditions: a concept analysis. *J Multidiscip Healthc*. 2013; 6:323– 333

Molina Y, Yi JC, Martinez-Gutierrez J, Reding KW, Yi-Frazier JP, Rosenberg AR. Resilience among patients across the cancer continuum:

diverse perspectives. Clin J Oncol Nurs. 2014; 18(1):93–101 Simmons A, Yoder L. Military resilience: a concept analysis. Nurs Forum. 2013; 48(1): 17–25

van Kessel G. The ability of older people to overcome adversity: a review of the resilience concept. Geriatr Nurs. 2013; 34(2):122–127 West C, Buettner P, Stewart L, Foster K, Usher K. Resilience in families with a member with chronic pain: a mixed methods study. J Clin Nurs. 2012; 21(23–24):3532–3545

Windle G. What is resilience? A review and concept analysis. Rev Clin Gerontol. 2011; 21:152–169

9.2.22 Disposição para resiliência melhorada

Caldeira S, Timmins F. Resilience: synthesis of concept analyses and contribution to nursing classifications. International Nursing Review. Retrieved April 1st, 2016, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12268/abstract>; 2016 Dyer JG, McGuinness TM. Resilience: analysis of the concept. Arch Psychiatr Nurs. 1996; 10(5):276–282

Earvolino-Ramirez M. Resilience: a concept analysis. Nurs Forum. 2007; 42(2):73–82

Ewen HH, Chahal JK, Fenster ES. A portrait of resilience in caregiving. Res Gerontol Nurs. 2015; 8(1):29–38

Garcia-Dia MJ, DiNapoli JM, Garcia-Ona L, Jakubowski R, O'Flaherty D. Concept analysis: resilience. Arch Psychiatr Nurs. 2013; 27(6):264–270 Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M. Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. Contemp Nurse. 2007; 25(1–2):124–135

Lin FY, Rong JR, Lee TY. Resilience among caregivers of children with chronic conditions: a concept analysis. J Multidiscip Healthc. 2013; 6:323– 333

Molina Y, Yi JC, Martinez-Gutierrez J, Reding KW, Yi-Frazier JP, Rosenberg AR. Resilience among patients across the cancer continuum: diverse perspectives. *Clin J Oncol Nurs*. 2014; 18(1):93–101
Simmons A, Yoder L. Military resilience: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2013; 48(1): 17–25

van Kessel G. The ability of older people to overcome adversity: a review of the resilience concept. *Geriatr Nurs*. 2013; 34(2):122–127
West C, Buettner P, Stewart L, Foster K, Usher K. Resilience in families with a member with chronic pain: a mixed methods study. *J Clin Nurs*. 2012; 21(23–24):3532–3545

Windle G. What is resilience? A review and concept analysis. *Rev Clin Gerontol*. 2011; 21:152–169

9.2.23 Sentimento de impotência

Andershed B, Harst de CW. Next of kin's feelings of guilt and shame in end-of-life care. *Contemp Nurse*. 2007; 27(1):61–72

Colyer H. Women's experience of living with cancer. *J Adv Nurs*. 1996; 23(3):496–501

Davidhizar R. Powerlessness of caregivers in home care. *J Clin Nurs*. 1994; 3(3):155–158

Efraimsson E, Rasmussen BH, Gilje F, Sandman P. Expressions of power and powerlessness in discharge planning: a case study of an older woman on her way home. *J Clin Nurs*. 2003; 12(5):707–716

Fisker T, Strandmark M. Experiences of surviving spouse of terminally ill spouse: a phenomenological study of an altruistic perspective. *Scand J Caring Sci*. 2007; 21(2): 274–281

Gibson JM, Kenrick M. Pain and powerlessness: the experience of living with peripheral vascular disease. *J Adv Nurs*. 1998; 27(4):737–745
Hägglund D, Ahlstr m G. The meaning of women's experience of living with longterm urinary incontinence is powerlessness. *J Clin Nurs*. 2007;

16(10):1946–1954

Hansson L, Björkman T. Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scand J Caring Sci.* 2005; 19(1):32–38

Kain VJ. Moral distress and providing care to dying babies in neonatal nursing. *Int J Palliat Nurs.* 2007; 13(5):243–248

Koch T, Webb C. The biomedical construction of ageing: implications for nursing care of older people. *J Adv Nurs.* 1996; 23(5):954–959 Nyström AE, Segesten KM. On sources of powerlessness in nursing home life. *J Adv Nurs.* 1994; 19(1):124–133

Papadatou D, Bellali T, Papazoglou I, Petraki D. Greek nurse and physician grief as a result of caring for children dying of cancer. *Pediatr Nurs.* 2002; 28(4):345–353

Rydahl-Hansen S. Hospitalized patients experienced suffering in life with incurable cancer. *Scand J Caring Sci.* 2005; 19(3):213–222 Margaretha Strandmark K. Ill health is powerlessness: a phenomenological study about worthlessness, limitations and suffering. *Scand J Caring Sci.* 2004; 18(2):135–144

Thomas SA, González-Prendes AA. Powerlessness, anger, and stress in African American women: implications for physical and emotional health. *Health Care Women Int.* 2009; 30(1–2):93–113

Van Den Tillaart S, Kurtz D, Cash P. Powerlessness, marginalized identity, and silencing of health concerns: voiced realities of women living with a mental health diagnosis. *Int J Ment Health Nurs.* 2009; 18(3):153–163 Walding MF. Pain, anxiety and powerlessness. *J Adv Nurs.* 1991; 16(4):388–397

9.2.24 Risco de sentimento de impotência

Andershed B, Harstäde CW. Next of kin's feelings of guilt and shame in end-of-life care. *Contemp Nurse.* 2007; 27(1):61–72

Colyer H. Women's experience of living with cancer. *J Adv Nurs*. 1996; 23(3):496–501

Davidhizar R. Powerlessness of caregivers in home care. *J Clin Nurs*. 1994; 3(3):155– 158

Efrainsson E, Rasmussen BH, Gilje F, Sandman P. Expressions of power and powerlessness in discharge planning: a case study of an older woman on her way home. *J Clin Nurs*. 2003; 12(5):707–716

Fisker T, Strandmark M. Experiences of surviving spouse of terminally ill spouse: a phenomenological study of an altruistic perspective. *Scand J Caring Sci*. 2007; 21(2): 274–281

Gibson JM, Kenrick M. Pain and powerlessness: the experience of living with peripheral vascular disease. *J Adv Nurs*. 1998; 27(4):737–745 Hägglund D, Ahlström G. The meaning of women's experience of living with longterm urinary incontinence is powerlessness. *J Clin Nurs*. 2007; 16(10):1946–1954

Hansson L, Björkman T. Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scand J Caring Sci*. 2005; 19(1):32–38

Kain VJ. Moral distress and providing care to dying babies in neonatal nursing. *Int J Palliat Nurs*. 2007; 13(5):243–248

Koch T, Webb C. The biomedical construction of ageing: implications for nursing care of older people. *J Adv Nurs*. 1996; 23(5):954–959 Nyström AE, Segesten KM. On sources of powerlessness in nursing home life. *J Adv Nurs*. 1994; 19(1):124–133

Papadatou D, Bellali T, Papazoglou I, Petraki D. Greek nurse and physician grief as a result of caring for children dying of cancer. *Pediatr Nurs*. 2002; 28(4):345–353

Rydahl-Hansen S. Hospitalized patients experienced suffering in life with incurable cancer. *Scand J Caring Sci*. 2005; 19(3):213–222 Margaretha Strandmark K. Ill health is powerlessness: a phenomenological

study about worthlessness, limitations and suffering. *Scand J Caring Sci.* 2004; 18(2):135–144

Thomas SA, González-Prendes AA. Powerlessness, anger, and stress in African American women: implications for physical and emotional health. *Health Care Women Int.* 2009; 30(1–2):93–113

Van Den Tillaart S, Kurtz D, Cash P. Powerlessness, marginalized identity, and silencing of health concerns: voiced realities of women living with a mental health diagnosis. *Int J Ment Health Nurs.* 2009; 18(3):153–163
Walding MF. Pain, anxiety and powerlessness. *J Adv Nurs.* 1991; 16(4):388–397

9.2.25 Disposição para poder melhorado

Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Educ Couns.* 2005; 57(2):153–157

Barrett EAM. A measure of power as knowing participation in change. In: Strickland O, Waltz C, eds. *Measurement of nursing outcomes: Volume 4, Measuring client self-care and coping skills.* New York, NY: Springer; 1990: 159–180

Caroselli C, Barrett EAM. A review of the power as knowing participation in change literature. *Nurs Sci Q.* 1998; 11(1):9–16

Cowling WR, III. Pattern, participation, praxis, and power in unitary appreciative inquiry. *ANS Adv Nurs Sci.* 2004; 27(3):202–214
Funnell MM. Patient empowerment. *Crit Care Nurs Q.* 2004; 27(2):201–204
Guinn MJ. A daughter's journey promoting geriatric self-care: promoting positive health care interactions. *Geriatr Nurs.* 2004; 25(5):267–271
Harkness J. Patient involvement: a vital principle for patient-centred health care. *World Hosp Health Serv.* 2005; 41(2):12–16, 40–43
Hashimoto H, Fukuhara S. The influence of locus of control on preferences for information and decision making. *Patient Educ Couns.* 2004;

55(2):236–240

Jeng C, Yang SH, Chang PC, Tsao LI. Menopausal women: perceiving continuous power through the experience of regular exercise. *J Clin Nurs*. 2004; 13(4):447–454

Mok E. Empowerment of cancer patients: from a Chinese perspective. *Nurs Ethics*. 2001; 8(1):69–76

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 5th ed. Stamford, CT: Appleton & Lange; 2006

Pibernik-Okanovic M, Prasek M, Poljicanin-Filipovic T, Pavlic-Renar I, Metelko Z Effects of an empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients. *Patient Educ Couns*. 2004; 52(2):193–199

Crawford Shearer NB, Reed PG. Empowerment: reformulation of a non- Rogerian concept. *Nurs Sci Q*. 2004; 17(3):253–259

Wright BW. Trust and power in adults: an investigation using Rogers' Science of Unitary Human Beings. *Nurs Sci Q*. 2004; 17(2):139–146

9.2.26 Tristeza crônica

Nenhuma referência no momento.

9.3 Classe 3: Estresse neurocomportamental

9.3.1 Capacidade adaptativa intracraniana diminuída

Nenhuma referência no momento.

9.3.2 Comportamento desorganizado do lactente

Nenhuma referência no momento.

9.3.3 Risco de comportamento desorganizado do lactente

Nenhuma referência no momento.

9.3.4 Disposição para comportamento organizado melhorado do lactente

Nenhuma referência no momento.

9.3.5 Disreflexia autonômica

Nenhuma referência no momento.

9.3.6 Risco de disreflexia autonômica

Nenhuma referência no momento.

9.3.7 Síndrome de abstinência de substâncias aguda

Carlson RW, Kumar NN, Wong-Mckinstry E, et al. Alcohol withdrawal syndrome. Crit Care Clin. 2012; 28(4):549–585

Carr GD. Alcoholism: a modern look at an ancient illness. Prim Care. 2011; 38(1):9– 21, v

Corfee FA. Alcohol withdrawal in the critical care unit. Aust Crit Care. 2011; 24(2): 110–116

Genung V. Understanding the neurobiology, assessment, and treatment of substances of abuse and dependence: a guide for the critical care nurse. Crit Care Nurs Clin North Am. 2012; 24(1):117–130

Lemon SJ, Winstead PW, Weant KA. Alcohol withdrawal syndrome. Advanced Emergency Nursing. 2010; 32(1):20–27

McKeon A, Frye MA, Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2008; 79(8):854–862

Muncie HL, Jr, Yasinian Y, Oge' L. Outpatient management of alcohol withdrawal syndrome. Am Fam Physician. 2013; 88(9):589–595 Pitzele HZ, Tolia VM. Twenty per hour: altered mental state due to ethanol abuse and withdrawal. Emerg Med Clin North Am. 2010; 28(3):683–705

Sharp B, Schermer CR, Esposito TJ, Omi EC, Ton-That H, Santaniello JM. Alcohol withdrawal syndrome in trauma patients: A prospective cohort study. *J Trauma Treat*. 2012; 1(4):128

9.3.8 Risco de síndrome de abstinência de substâncias aguda

Carlson RW, Kumar NN, Wong-Mckinstry E, et al. Alcohol withdrawal syndrome. *Crit Care Clin*. 2012; 28(4):549–585

Carr GD. Alcoholism: a modern look at an ancient illness. *Prim Care*. 2011; 38(1):9– 21, v

Corfee FA. Alcohol withdrawal in the critical care unit. *Aust Crit Care*. 2011; 24(2): 110–116

Genung V. Understanding the neurobiology, assessment, and treatment of substances of abuse and dependence: a guide for the critical care nurse. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2012; 24(1):117–130

Lemon SJ, Winstead PW, Weant KA. Alcohol withdrawal syndrome. *Advanced Emergency Nursing*. 2010; 32(1):20–27

McKeon A, Frye MA, Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2008; 79(8):854–862

Muncie HL, Jr, Yasinian Y, Oge' L. Outpatient management of alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician*. 2013; 88(9):589–595 Pitzele HZ, Tolia VM. Twenty per hour: altered mental state due to ethanol abuse and withdrawal. *Emerg Med Clin North Am*. 2010; 28(3):683–705 Sharp B, Schermer CR, Esposito TJ, Omi EC, Ton-That H, Santaniello JM. Alcohol withdrawal syndrome in trauma patients: A prospective cohort study. *J Trauma Treat*. 2012; 1(4):128

9.3.10 Síndrome de abstinência neonatal

American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics*. 1998; 101(6):1079–1088 Finnegan LP. Neonatal

abstinence syndrome: assessment and

pharmacotherapy. In: Neonatal therapy: An update. New York, NY: Excerpta Medica 1986;122–146 Finnegan LP. Neonatal

abstinence syndrome: assessment and pharmacotherapy. In: Nelson N, ed. Current therapy in neonatal-perinatal medicine. 2nd ed. Ontario: BC Decker; 1990

Galinkin J, Koh JL, Committee on Drugs, Section On Anesthesiology and Pain Medicine, American Academy of Pediatrics. Recognition and management of iatrogenically induced opioid dependence and withdrawal in children. Pediatrics. 2014; 133 (1):152–155

Hudak ML, Tan RC, COMMITTEE ON DRUGS, COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN, American Academy of Pediatrics. Neonatal drug withdrawal. Pediatrics. 2012; 129(2):e540–e560

Jansson LM, Velez ML. Infants of drug-dependent mothers. Pediatr Rev. 2011; 32(1): 5–12, quiz 12–13

Kirchner L, Graf-Rohrmeister K, Klebermass-Schrehof K, et al. Neonatal abstinence syndrome in European and North American neonates: differences in clinical characteristics derived from a prospective randomized trial. Klin Padiatr. 2014; 226(5): 274–280

Orlando S. An overview of clinical tools used to assess neonatal abstinence syndrome. J Perinat Neonatal Nurs. 2014; 28(3):212–219

Patel P, Abdel-Latif ME, Hazelton B, et al. Perinatal outcomes of Australian buprenorphine-exposed mothers and their newborn infants. J Paediatr Child Health. 2013; 49 (9):746–753

Serane VT, Kurian O. Neonatal abstinence syndrome. Indian J Pediatr. 2008; 75(9): 911–914

Welle-Strand GK, Skurtveit S, Jones HE, et al. Neonatal outcomes following in utero exposure to methadone or buprenorphine: a National Cohort Study of opioid-agonist treatment of Pregnant Women in Norway from 1996 to 2009. Drug Alcohol Depend. 2013; 127(1–3):200–206

Zimmermann-Baer U, Nötzli U, Rentsch K, Bucher HU. Finnegan neonatal abstinence scoring system: normal values for first 3 days and weeks 5–6 in

non-addicted infants. *Addiction*. 2010; 105(3):524–528

10 Domínio 10: Princípios da vida

10.1 Classe 1: Valores

Essa classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

10.2 Classe 2: Crenças

10.2.1 Disposição para bem-estar espiritual melhorado

Nenhuma referência no momento.

10.3 Classe 3: Coerência entre valores/crenças/atos

10.3.1 Religiosidade prejudicada

Bellingham R, Cohen B, Jones T, Spaniol R. Connectedness: some skills for spiritual health. *Am J Health Promot*. 1989; 4(1):18–31

Bergan A, McConatha JT. Religiosity and life satisfaction. *Act Adaptation Aging*. 2000; 24(3):23–34

Besthorn FH. Transpersonal psychology and deep ecological philosophy: Exploring linkages and applications for social work. *Soc Thought*. 2001; 20(1/2):23–44

Burkhardt MA. Spirituality: an analysis of the concept. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3): 69–77

Burkhardt MA. Environmental connections and reawakened spirit. In: Schuster EA, Brown CL, eds. *Exploring Our Environmental Connections*, New York, NY: National League for Nursing; 1994 Burkhardt L,

Solari-Twadell PA. Spirituality and Religiousness:
Differentiating the diagnosis through a review of the nursing literature.

Nursing Diagnosis. The International Journal of Nursing Language and Classification. 2001; 12(2):45–54

Carroll MM. Conceptual models of spirituality. Soc Thought. 2001; 20(1/2):5–21

Carson VB, Winkelstein M, Soeken K, Brunins M. The effect of didactic teaching on spiritual attitudes. Image J Nurs Sch. 1986; 18(4):161–164 Charnes LS, Moore PS. Meeting patients' spiritual needs: the Jewish perspective. Holist Nurs Pract. 1992; 6(3):64–72

Chatters LM, Taylor RJ, Lincoln KD. Advances in the measurement of religiosity among older african americans: Implications for health and mental health researchers. J Ment Health Aging. 2001; 7(1):181–200 Dudley JR, Smith C, Millison MB. Unfinished business: assessing the spiritual needs of hospice clients. Am J Hosp Palliat Care. 1995; 12(2):30–37

Durienz B, Luyten P, Snauwaert B, Hutsebaut D. The importance of religiosity and values in predicting political attitudes: Evidence for the continuing importance of religiosity in Flanders (Belgium). Ment Health Relig Cult. 2002; 5(1):35–54

Fahlberg LL, Wolfer J, Fahlberg LA. Personal crisis: growth or pathology?. Am J Health Promot. 1992; 7(1):45–52

Fehring RJ, Brennan PF, Keller ML. Psychological and spiritual well-being in college students. Res Nurs Health. 1987; 10(6):391–398 Freeman DR. The relationship between spiritual development and ethnicity in violent men. Soc Thought. 2001; 20(1/2):95–107

Fry PS. Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: existential predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders. Aging Ment Health. 2000; 4(4):375–387 Haase JEI, Britt T, Copward DD, Leidy NK, Penn PE. Simultaneous Concept Analysis of Spiritual Perspective, Hope, Acceptance, and Self-transcendence. Image (IN). 1992; 24(2):141–147

- Hover-Kramer D. Creating a context for self-healing: the transpersonal perspective. *Holist Nurs Pract.* 1989; 3(3):27–34
- Labun E. Spiritual care: an element in nursing care planning. *J Adv Nurs.* 1988; 13(3): 314–320
- Maltby J, Day L. Religious experience, religious orientation and schizotypy. *Ment Health Relig Cult.* 2002; 5(2):163–174
- Mansen TJ. The spiritual dimension of individuals: conceptual development. *Nurs Diagn.* 1993; 4(4):140–147
- Mayer J. Wholly responsible for a part, or partly responsible for a whole? The concept of spiritual care in nursing. *Second Opin.* 1992; 17(3):26–55
- Mickley JR, Soeken K, Belcher A. Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Image J Nurs Sch.* 1992; 24(4):267–272
- Moberg DO. Subjective Measures of Spiritual Well-being. *Rev Relig Res.* 1984; 25(4): 351–364
- Nagai-Jacobson MG, Burkhardt MA. Spirituality: cornerstone of holistic nursing practice. *Holist Nurs Pract.* 1989; 3(3):18–26
- Narayanasamy A. Spiritual care of chronically ill patients. *Br J Nurs.* 1996; 5(7):411–416
- Pullen L, Modrcin-Talbott MA, West WR, Muenchen R. Spiritual high vs high on spirits: is religiosity related to adolescent alcohol and drug abuse?. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 1999; 6(1):3–8
- Reed P. Spirituality and Well-being in terminally ill hospitalized adults. *Res Nurs Health.* 1987; 15(5):349–357
- Reed PG. Preferences for spiritually related nursing interventions among terminally ill and nonterminally ill hospitalized adults and well adults. *Appl Nurs Res.* 1991; 4(3): 122–128
- Reed PG. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Res Nurs Health.* 1992; 15(5):349–357

Siddle R, Haddock G, Tarrier, Faragher E. B. The validation of a religiosity measure for individuals with schizophrenia. *Ment Health Relig Cult*. 2002; 5(3):267–284

Stolley JM, Buckwalter KC, Koenig HG. Prayer and religious coping for caregivers of persons with Alzheimer's disease and related disorders. *Am J Alzheimer Dis*. 1999; 14(3):181–191

Thomas SA. Spirituality: an essential dimension in the treatment of hypertension. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3):47–55

Watson JA. Frog, a rock, a ritual: Myth, mystery, and metaphors for an ecocaring cosmology in a universe that is turning over. In: Schuster EA, Brown CL, eds. *Exploring Our Environmental Connections*, New York, NY: National League for Nursing; 1994

Whitfield W. Research in religion and mental health: naming of parts—some reflections. *Int J Psychiatr Nurs Res*. 2002; 8(1):891–896

10.3.2 Risco de religiosidade prejudicada

Bellingham R, Cohen B, Jones T, Spaniol R. Connectedness: some skills for spiritual health. *Am J Health Promot*. 1989; 4(1):18–31

Bergan A, McConatha JT. Religiosity and life satisfaction. *Act Adaptation Aging*. 2000; 24(3):23–34

Besthorn FH. Transpersonal psychology and deep ecological philosophy: Exploring linkages and applications for social work. *Soc Thought*. 2001; 20(1/2):23–44

Burkhardt MA. Spirituality: an analysis of the concept. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3): 69–77

Burkhardt MA. Environmental connections and reawakened spirit. In: Schuster EA, Brown CL, eds. *Exploring Our Environmental Connections*, New York, NY: National League for Nursing; 1994 Burkhardt L,

Solari-Twadell PA. Spirituality and Religiousness:
Differentiating the diagnosis through a review of the nursing literature.

Nursing Diagnosis. The International Journal of Nursing Language and Classification. 2001; 12(2):45–54

Carroll MM. Conceptual models of spirituality. Soc Thought. 2001; 20(1/2):5–21

Carson VB, Winkelstein M, Soeken K, Brunins M. The effect of didactic teaching on spiritual attitudes. Image J Nurs Sch. 1986; 18(4):161–164 Charnes LS, Moore PS. Meeting patients' spiritual needs: the Jewish perspective. Holist Nurs Pract. 1992; 6(3):64–72

Chatters LM, Taylor RJ, Lincoln KD. Advances in the measurement of religiosity among older african americans: Implications for health and mental health researchers. J Ment Health Aging. 2001; 7(1):181–200 Dudley JR, Smith C, Millison MB. Unfinished business: assessing the spiritual needs of hospice clients. Am J Hosp Palliat Care. 1995; 12(2):30–37

Durienz B, Luyten P, Snauwaert B, Hutsebaut D. The importance of religiosity and values in predicting political attitudes: Evidence for the continuing importance of religiosity in Flanders (Belgium). Ment Health Relig Cult. 2002; 5(1):35–54

Fahlberg LL, Wolfer J, Fahlberg LA. Personal crisis: growth or pathology?. Am J Health Promot. 1992; 7(1):45–52

Fehring RJ, Brennan PF, Keller ML. Psychological and spiritual well-being in college students. Res Nurs Health. 1987; 10(6):391–398 Freeman DR. The relationship between spiritual development and ethnicity in violent men. Soc Thought. 2001; 20(1/2):95–107

Fry PS. Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: existintial predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders. Aging Ment Health. 2000; 4(4):375–387 Haase JEI, Britt T, Copward DD, Leidy NK, Penn PE. Simultaneous Concept Analysis of Spiritual Perspective, Hope, Acceptance, and Self-

- transcendence. *Image (IN)*. 1992;
24(2):141–147
- Hover-Kramer D. Creating a context for self-healing: the transpersonal perspective. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3):27–34
- Labun E. Spiritual care: an element in nursing care planning. *J Adv Nurs*. 1988; 13(3):
314–320
- Maltby J, Day L. Religious experience, religious orientation and schizotypy. *Ment Health Relig Cult*. 2002; 5(2):163–174
- Mansen TJ. The spiritual dimension of individuals: conceptual development. *Nurs Diagn*. 1993;
4(4):140–147
- Mayer J. Wholly responsible for a part, or partly responsible for a whole? The concept of
spiritual care in nursing. *Second Opin*. 1992; 17(3):26–55
- Mickley JR, Soeken K, Belcher A. Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Image
J Nurs Sch*. 1992; 24(4):267–272
- Moberg DO. Subjective Measures of Spiritual Well-being. *Rev Relig Res*. 1984; 25(4):
351–364
- Nagai-Jacobson MG, Burkhardt MA. Spirituality: cornerstone of holistic nursing practice.
Holist Nurs Pract. 1989; 3(3):18–26
- Narayanasamy A. Spiritual care of chronically ill patients. *Br J Nurs*. 1996; 5(7):411– 416
- Pullen L, Modrcin-Talbott MA, West WR, Muenchen R. Spiritual high vs high on spirits: is
religiosity related to adolescent alcohol and drug abuse?. *J Psychiatr Ment Health Nurs*.
1999; 6(1):3–8
- Reed P. Spirituality and Well-being in terminally ill hospitalized adults. *Res Nurs Health*. 1987;
15(5):349–357
- Reed PG. Preferences for spiritually related nursing interventions among terminally ill and
nonterminally ill hospitalized adults and well adults. *Appl Nurs Res*. 1991; 4(3): 122–128

Reed PG. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Res Nurs Health*. 1992; 15(5):349–357

Siddle R, Haddock G, Tarrier, Faragher E. B. The validation of a religiosity measure for individuals with schizophrenia. *Ment Health Relig Cult*. 2002; 5(3):267–284

Stolley JM, Buckwalter KC, Koenig HG. Prayer and religious coping for caregivers of persons with Alzheimer's disease and related disorders. *Am J Alzheimer Dis*. 1999; 14(3):181–191

Thomas SA. Spirituality: an essential dimension in the treatment of hypertension. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3):47–55

Watson JA. Frog, a rock, a ritual: Myth, mystery, and metaphors for an ecocaring cosmology in a universe that is turning over. In: Schuster EA, Brown CL, eds. *Exploring Our Environmental Connections*, New York, NY: National League for Nursing; 1994

Whitfield W. Research in religion and mental health: naming of parts—some reflections. *Int J Psychiatr Nurs Res*. 2002; 8(1):891–896

10.3.3 Disposição para religiosidade melhorada

Bellingham R, Cohen B, Jones T, Spaniol R. Connectedness: some skills for spiritual health. *Am J Health Promot*. 1989; 4(1):18–31

Bergan A, McConatha JT. Religiosity and life satisfaction. *Act Adaptation Aging*. 2000; 24(3):23–34

Besthorn FH. Transpersonal psychology and deep ecological philosophy: Exploring linkages and applications for social work. *Soc Thought*. 2001; 20(1/2):23–44

Burkhardt MA. Spirituality: an analysis of the concept. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3): 69–77

Burkhardt MA. Environmental connections and reawakened spirit. In: Schuster EA, Brown CL, eds. *Exploring Our Environmental Connections*, New York, NY: National League for Nursing; 1994

Burkhart L, Solari-Twadell PA. Spirituality and Religiousness: Differentiating the diagnosis through a review of the nursing literature. *Nursing Diagnosis. The International Journal of Nursing Language and Classification*. 2001; 12(2):45–54

Carroll MM. Conceptual models of spirituality. *Soc Thought*. 2001; 20(1/2):5–21

Carson VB, Winkelstein M, Soeken K, Brunins M. The effect of didactic teaching on spiritual attitudes. *Image J Nurs Sch*. 1986; 18(4):161–164 Charnes LS, Moore PS. Meeting patients' spiritual needs: the Jewish perspective. *Holist Nurs Pract*. 1992; 6(3):64–72

Chatters LM, Taylor RJ, Lincoln KD. Advances in the measurement of religiosity among older african americans: Implications for health and mental health researchers. *J Ment Health Aging*. 2001; 7(1):181–200 Dudley JR, Smith C, Millison MB. Unfinished business: assessing the spiritual needs of hospice clients. *Am J Hosp Palliat Care*. 1995; 12(2):30–37

Durienz B, Luyten P, Snauwaert B, Hutsebaut D. The importance of religiosity and values in predicting political attitudes: Evidence for the continuing importance of religiosity in Flanders (Belgium). *Ment Health Relig Cult*. 2002; 5(1):35–54

Fahlberg LL, Wolfer J, Fahlberg LA. Personal crisis: growth or pathology?. *Am J Health Promot*. 1992; 7(1):45–52

Fehring RJ, Brennan PF, Keller ML. Psychological and spiritual well-being in college students. *Res Nurs Health*. 1987; 10(6):391–398 Freeman DR. The relationship between spiritual development and ethnicity in violent men. *Soc Thought*. 2001; 20(1/2):95–107

Fry PS. Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: existential predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders. *Aging Ment Health*. 2000; 4(4):375–387 Haase JEI, Britt T, Copward DD, Leidy NK, Penn PE. Simultaneous Concept

- Analysis of Spiritual Perspective, Hope, Acceptance, and Self- transcendence. *Image (IN)*. 1992; 24(2):141–147
- Hover-Kramer D. Creating a context for self-healing: the transpersonal perspective. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3):27–34
- Labun E. Spiritual care: an element in nursing care planning. *J Adv Nurs*. 1988; 13(3): 314–320
- Maltby J, Day L. Religious experience, religious orientation and schizotypy. *Ment Health Relig Cult*. 2002; 5(2):163–174
- Mansen TJ. The spiritual dimension of individuals: conceptual development. *Nurs Diagn*. 1993; 4(4):140–147
- Mayer J. Wholly responsible for a part, or partly responsible for a whole? The concept of spiritual care in nursing. *Second Opin*. 1992; 17(3):26–55
- Mickley JR, Soeken K, Belcher A. Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Image J Nurs Sch*. 1992; 24(4):267–272
- Moberg DO. Subjective Measures of Spiritual Well-being. *Rev Relig Res*. 1984; 25(4): 351–364
- Nagai-Jacobson MG, Burkhardt MA. Spirituality: cornerstone of holistic nursing practice. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3):18–26
- Narayanasamy A. Spiritual care of chronically ill patients. *Br J Nurs*. 1996; 5(7):411– 416
- Pullen L, Modrcin-Talbott MA, West WR, Muenchen R. Spiritual high vs high on spirits: is religiosity related to adolescent alcohol and drug abuse?. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 1999; 6(1):3–8
- Reed P. Spirituality and Well-being in terminally ill hospitalized adults. *Res Nurs Health*. 1987; 15(5):349–357
- Reed PG. Preferences for spiritually related nursing interventions among terminally ill and nonterminally ill hospitalized adults and well adults. *Appl Nurs Res*. 1991; 4(3): 122–128

Reed PG. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Res Nurs Health*. 1992; 15(5):349–357

Siddle R, Haddock G, Tarrier, Faragher E. B. The validation of a religiosity measure for individuals with schizophrenia. *Ment Health Relig Cult*. 2002; 5(3):267–284

Stolley JM, Buckwalter KC, Koenig HG. Prayer and religious coping for caregivers of persons with Alzheimer's disease and related disorders. *Am J Alzheimer Dis*. 1999; 14(3):181–191

Thomas SA. Spirituality: an essential dimension in the treatment of hypertension. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3):47–55

Watson JA. Frog, a rock, a ritual: Myth, mystery, and metaphors for an ecocaring cosmology in a universe that is turning over. In: Schuster EA, Brown CL, eds. *Exploring Our Environmental Connections*, New York, NY: National League for Nursing; 1994

Whitfield W. Research in religion and mental health: naming of parts—some reflections. *Int J Psychiatr Nurs Res*. 2002; 8(1):891–896

10.3.4 Sofrimento espiritual

Brown AE, Whitney SN, Duffy JD. The physician's role in the assessment and treatment of spiritual distress at the end of life. *Palliat Support Care*. 2006; 4(1):81–86

Burkhart L, Solari-Twadell A. Spirituality and religiousness: differentiating the diagnoses through a review of the nursing literature. *Nurs Diagn*. 2001; 12(2):45–54

Burnard P. Spiritual distress and the nursing response: theoretical considerations and counselling skills. *J Adv Nurs*. 1987; 12(3):377–382
Buxton F. Spiritual distress and integrity in palliative and non-palliative patients. *Br J Nurs*. 2007; 16(15):920–924

Chaturvedi S. Spiritual issues at the end of life. *Indian J Palliat Care*. 2007; 13(2):48–52

Chaves E., Carvalho E., Goyatá S., Galvão C. Spiritual distress: integrative review of literature. Online Brazilian Journal of Nursing 2008;7(2) Chaves E, Carvalho E, Hass V. Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual: análise por especialistas. Acta Paul Enferm. 2010; 23(2):264–270

Chaves E, Carvalho E, Terra F, Souza L. Validação clínica de espiritualidade prejudicada em pacientes com doença renal crônica. Rev Lat Am Enfermagem. 2010; 18(3): 11–19

Chow E, Nelson-Becker H. Spiritual distress to spiritual transformation: stroke survivors' narratives from Hong Kong. J Aging Stud. 2010; 24(4):313–324

Copel LC. The lived experience of women in abusive relationships who sought spiritual guidance. Issues Ment Health Nurs. 2008; 29(2):115–130 Cressey RW, Winbolt-Lewis M. The forgotten heart of care: a model of spiritual care in the National Health Service. Accid Emerg Nurs. 2000; 8(3):170–177

Di Meo E. Rx for spiritual distress. RN. 1991; 54(3):22–24 Duff V. Spiritual distress: deciding to care. J Christ Nurs. 1994; 11(1):29–31 Egan M, Brisson D. Outreach nurses' perceptions of the spiritual needs of their homebound older clients. J Relig Disabil Health. 2005; 9(4):71–85 Gallagher SM. Recognizing spiritual distress. Ostomy Wound Manage. 2002; 48(4): 16–18

Georges J, Dungan JM. Managing spiritual distress in patients with advanced cancer pain. Cancer Nurs. 1996; 19(5):376–383 Grant E, Murray SA, Kendall M, Boyd K, Tilley S, Ryan D. Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study. Palliat Support Care. 2004; 2(4):371–378

Heliker D. Reevaluation of a nursing diagnosis: spiritual distress. Nurs Forum. 1992; 27(4):15–20

Hensley L. Spiritual distress: a validation study In: Carrol-Johnson R, Paquete M, eds. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia, PA: Lippincott; 1994

Kennedy C, Cheston SE. Spiritual distress at life's end: finding meaning in the maelstrom. J Pastoral Care Counsel. 2003; 57(2):131–141 Kohler C. Le diagnostic infirmier de “detresse spirituelle” une reevaluation necessaire. Rech Soins Infirm. 1999; 56(56):12–72

Ku YL, Kuo SM, Yao CY. Establishing the validity of a spiritual distress scale for cancer patients hospitalized in southern Taiwan. Int J Palliat Nurs. 2010; 16(3):134–138

Loh KY. Spiritual distress in a terminally ill patient with breast cancer. Int J Palliat Nurs. 2004; 10(3):131–132

McHolm F. A nursing diagnosis validation study: defining characteristics of spiritual distress. In: Carroll-Johnson R, ed. Classification of Nursing Diagnoses: proceedings of the ninth conference of North American Nursing Diagnosis Association. St Louis, MO: Mosby; 1991 Monod SM, Rochat E, Büla CJ, Jobin G, Martin E, Spencer B. The spiritual distress assessment tool: an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons. BMC Geriatr. 2010; 10(1):88 Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. An exploratory factor analysis of existential

suffering in Japanese terminally ill cancer patients. Psychooncology. 2000; 9(2):164–168

Pehler SR. Children's spiritual response: validation of the nursing diagnosis spiritual distress. Nurs Diagn. 1997; 8(2):55–66

Pronk K. Role of the doctor in relieving spiritual distress at the end of life. Am J Hosp Palliat Care. 2005; 22(6):419–425

Smucker C. A phenomenological description of the experience of spiritual distress. Nurs Diagn. 1996; 7(2):81–91

Stranahan S. A spiritual screening tool for older adults. J Relig Health. 2008;

47(4): 491–503

Sumner CH. Recognizing and responding to spiritual distress. *Am J Nurs*. 1998; 98(1): 26–30, quiz 31

Tiffen C, Bentley A. Spirituality and end-of-life care within the context of nursing. *End of Life Care*. 2009; 3(1):28–34

Tiffen C, Bentley A. Recognizing and responding to spiritual distress. *Am J Nurs*. 2009; 98(1):26–30

Todres ID, Catlin EA, Thiel MM. The intensivist in a spiritual care training program adapted for clinicians. *Crit Care Med*. 2005; 33(12):2733–2736
Twibell RS, Wieseke AW, Marine M, Schoger J. Spiritual and coping needs of critically ill patients: validation of nursing diagnoses. *Dimens Crit Care Nurs*. 1996; 15(5): 245–253

Van Dover L, Bacon J. Spiritual care in nursing practice: a close-up view. *Nurs Forum*. 2001; 36(3):18–30

Villagomez LR. Spiritual distress in adult cancer patients: toward conceptual clarity. *Holist Nurs Pract*. 2005; 19(6):285–294

Weatherall J, Creason N. Validation of the nursing diagnosis, spiritual distress. In: McLane A, ed. *Classification of Nursing Diagnoses: proceedings of the seventh conference of North American Nursing Diagnosis Association*. St. Louis, MO: Mosby; 1987

10.3.5 Risco de sofrimento espiritual

Bellingham R, Cohen B, Jones T, Spaniol R. Connectedness: some skills for spiritual health. *Am J Health Promot*. 1989; 4(1):18–31

Besthorn FH. Transpersonal psychology and deep ecological philosophy: Exploring linkages and applications for social work. *Soc Thought*. 2001; 20(1/2):23–44

Burkhardt MA. Spirituality: an analysis of the concept. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3): 69–77

Burkhardt MA. Environmental connections and reawakened spirit. In: Schuster EA, Brown CL, eds. *Exploring Our Environmental Connections*, New York, NY: National League for Nursing; 1994 Burkhardt L,

Solari-Twadell PA. Spirituality and Religiousness: Differentiating the diag-nosis through a review of the nursing literature. *Nursing Diagnosis. The International Journal of Nursing Language and Classification*. 2001; 12(2):45–54

Carroll MM. Conceptual models of spirituality. *Soc Thought*. 2001; 20(1/2):5–21

Carson VB, Winkelstein M, Soeken K, Brunins M. The effect of didactic teaching on spiritual attitudes. *Image J Nurs Sch*. 1986; 18(4):161–164 Cavendish R, Luise B, Bauer M, et al. Recognizing opportunities for spiritual enhancement in young adults. *Nursing Diagnosis. The International Journal of Nursing Language and Classification*. 2001; 12(3):77–91 Dudley JR, Smith C, Millison MB. Unfinished business: assessing the spiritual needs of hospice clients. *Am J Hosp Palliat Care*. 1995; 12(2):30– 37

Fahlberg LL, Wolfer J, Fahlberg LA. Personal crisis: growth or pathology?. *Am J Health Promot*. 1992; 7(1):45–52

Fehring RJ, Brennan PF, Keller ML. Psychological and spiritual well-being in college students. *Res Nurs Health*. 1987; 10(6):391–398 Freeman DR. The relationship between spiritual development and ethnicity in violent men. *Soc Thought*. 2001; 20(1/2):95–107

Haase JEI, Britt T, Copward DD, Leidy NK, Penn PE. Simultaneous Concept Analysis of Spiritual Perspective, Hope, Acceptance, and Self- transcendence. *Image (IN)*. 1992; 24(2):141–147

Hover-Kramer D. Creating a context for self-healing: the transpersonal perspective. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3):27–34

Labun E. Spiritual care: an element in nursing care planning. *J Adv Nurs*. 1988; 13(3): 314–320

- Mansen TJ. The spiritual dimension of individuals: conceptual development. *Nurs Diagn.* 1993; 4(4):140–147
- Mayer J. Wholly responsible for a part, or partly responsible for a whole? The concept of spiritual care in nursing. *Second Opin.* 1992; 17(3):26–55
- Moberg DO. Subjective Measures of Spiritual Well-being. *Rev Relig Res.* 1984; 25(4): 351–364
- Nagai-Jacobson MG, Burkhardt MA. Spirituality: cornerstone of holistic nursing practice. *Holist Nurs Pract.* 1989; 3(3):18–26
- Narayanasamy A. Spiritual care of chronically ill patients. *Br J Nurs.* 1996; 5(7):411– 416
- Reed P. Spirituality and Well-being in terminally ill hospitalized adults. *Res Nurs Health.* 1987; 15(5):349–357
- Reed PG. Preferences for spiritually related nursing interventions among terminally ill and nonterminally ill hospitalized adults and well adults. *Appl Nurs Res.* 1991; 4(3): 122–128
- Reed PG. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Res Nurs Health.* 1992; 15(5):349–357
- Thomas SA. Spirituality: an essential dimension in the treatment of hypertension. *Holist Nurs Pract.* 1989; 3(3):47–55
- Watson JA. Frog, a rock, a ritual: Myth, mystery, and metaphors for an ecocaring cosmology in a universe that is turning over. In: Schuster EA, Brown CL, eds. *Exploring Our Environmental Connections*, New York, NY: National League for Nursing; 1994

10.3.6 Sofrimento moral

- Audi R. *The Cambridge dictionary of philosophy*. 2nd ed. New York, NY: Cambridge University Press; 1999
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2001

Berger MC, Seversen A, Chvatal R. Ethical issues in nursing. *West J Nurs Res*. 1991; 13(4):514–521

Burkhardt M.A, Nathaniel A.K. *Ethics & Issues in Contemporary Nursing*. Albany, NY: Delmar; 2002

Canadian Nurses' Association. Code of ethics for registered nurses. Ottawa, ON: Canadian Nurses' Association; 2002

Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs*. 2001; 33(2):250–256

Ferrell BR, Rivera LM. Ethical decision making in oncology: a case study approach. *Cancer Pract*. 1995; 3(2):94–99

Fry ST, Duffy ME. The development and psychometric evaluation of the Ethical Issues Scale. *J Nurs Scholarsh*. 2001; 33(3):273–277
Gwin RR, Richters JE. Selected ethical issues in cancer care. In: Itano J., Taoka K, eds. *Core curriculum for oncology nurses*. 3rd ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 1998

Jameton A. *Nursing Practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984

Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs*. 1993; 4(4):542–551

Kopala B, Burkhardt L. Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2005; 16(1):3–13
McGee G, Caplan AL, Spanogle JP, Asch DA. A national study of ethics committees. *Am J Bioeth*. 2001; 1(4):60–64

Moore ML. Ethical issues for nurses providing perinatal care in community settings. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2000; 14(2):25–35

Omery A, Henneman E, Billet B, Luna-Raines M, Brown-Saltzman K. Ethical issues in hospital-based nursing practice. *J Cardiovasc Nurs*. 1995; 9(3):43–53

Pinch WJ, Spielman ML. Parental perceptions of ethical issues post-NICU discharge. *West J Nurs Res*. 1993; 15(4):422–437, discussion 438–440 Redman BK, Fry ST. Ethical conflicts reported by certified registered rehabilitation nurses. *Rehabil Nurs*. 1998; 23(4):179–184

Redman BK, Fry ST. Ethical conflicts reported by registered nurse/certified diabetes educators: a replication. *J Adv Nurs*. 1998; 28(6):1320–1325 Rodney P, Starzomski R. Constraints on the moral agency of nurses. *Can Nurse*. 1993; 89(9):23–26

Scanlon C. Survey yields significant results. American Nurses Association Center for Ethics and Human Rights Communique. 1994; 3(3):1–3 Tiedje LB. Moral distress in perinatal nursing. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2000; 14(2): 36–43

Volbrecht RM. *Nursing ethics: Communities in dialogue*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2002

Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nurs Forum*. 1987–1988/88; 23(1):16–29

Webster GC, Baylis F. Moral residue. In: Rubin S.B, Zoloth L, eds. *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown, MD: University Publishing; 2000

10.3.7 Conflito de decisão

Audi R. *The Cambridge dictionary of philosophy*. 2nd ed. New York, NY: Cambridge University Press; 1999

Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2001

Canadian Nurses' Association. *Code of ethics for registered nurses*. Ottawa, ON: Canadian Nurses' Association; 2002

Fletcher JC, Lombardo PA, Marshall MF, Miller FG. *Introduction to Clinical Ethics*. 2nd ed. Hagerston, HD: University Publishing; 1995

Jameton A. Nursing Practice: The ethical issues. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984

Kopala B, Burkhart L. Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2005; 16(1):3–13 Redman BK, Fry ST. Ethical conflicts reported by certified registered rehabilitation nurses. *Rehabil Nurs*. 1998; 23(4):179–184

Webster GC, Baylis F. Moral residue. In: Rubin S.B, Zoloth L, eds. *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown, MD: University Publishing; 2000

10.3.8 Disposição para tomada de decisão melhorada

Evans R, Elwyn G, Edwards A. Making interactive decision support for patients a reality. *Inform Prim Care*. 2004; 12(2):109–113 Harkness J. Patient involvement: a vital principle for patient-centred health care. *World Hosp Health Serv*. 2005; 41(2):12–16, 40–43 O'Connor AM, Drake ER, Wells GA, Tugwell P, Laupacis A, Elmslie T. A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. *Health Expect*. 2003; 6(2):97–109

O'Connor AM, Tugwell P, Wells GA, et al. A decision aid for women considering hormone therapy after menopause: decision support framework and evaluation. *Patient Educ Couns*. 1998; 33(3):267–279 Paterson BL, Russell C, Thorne S. Critical analysis of everyday self-care decision making in chronic illness. *J Adv Nurs*. 2001; 35(3):335–341 Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing Practice*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall; 2006 Roelands M, Van Oost P, Stevens V, Depoorter A, Buysse A. Clinical practice guidelines to improve shared decision-making about assistive device use in home care: a pilot intervention study. *Patient Educ Couns*. 2004; 55(2):252–264

Ross MM, Carswell A, Hing M, Hollingworth G, Dalziel WB. Seniors' decision making about pain management. J Adv Nurs. 2001; 35(3):442– 451

Rothert ML, Holmes-Rovner M, Rovner D, et al. An educational intervention as decision support for menopausal women. Res Nurs Health. 1997; 20(5):377–387

Tunis SR. A clinical research strategy to support shared decision making. Health Aff (Millwood). 2005; 24(1):180–184

10.3.9 Tomada de decisão emancipada prejudicada

Stepanuk KM. Women's decision-making regarding medication use in pregnancy for anxiety and/or depression. Philadelphia, PA: Drexel University, College of Nursing Health Professions, Doctor of Nursing Practice Program.; 2011

Wittmann-Price RA, Fliszar R, Bhattacharya A. Elective Cesarean births: are women making emancipated decisions?. Appl Nurs Res. 2011; 24(3):147– 152

Wittmann-Price RA, Fisher KM. Patient decision aids: tools for patients and professionals. Am J Nurs. 2009; 109(12):60–63

Wittmann-Price RA, Bhattacharya A. Reexploring the subconcepts of the Wittmann-Price Theory Of Emancipated Decision Making in women's healthcare. ANS Adv Nurs Sci. 2008; 31(3):225–236

Wittmann-Price RA. Exploring the subconcepts of the Wittmann-Price theory of emancipated decision-making in women's health care. J Nurs Scholarsh. 2006; 38 (4):377–382

10.3.10 Risco de tomada de decisão emancipada prejudicada

Stepanuk KM. Women's decision-making regarding medication use in pregnancy for anxiety and/or depression. Philadelphia, PA: Drexel University, College of Nursing Health Professions, Doctor of Nursing Practice Program.; 2011

Wittmann-Price RA, Fliszar R, Bhattacharya A. Elective Cesarean births: are women making emancipated decisions?. *Appl Nurs Res.* 2011; 24(3):147– 152

Wittmann-Price RA, Fisher KM. Patient decision aids: tools for patients and professionals. *Am J Nurs.* 2009; 109(12):60–63

Wittmann-Price RA, Bhattacharya A. Reexploring the subconcepts of the Wittmann-Price Theory Of Emancipated Decision Making in women's healthcare. *ANS Adv Nurs Sci.* 2008; 31(3):225–236

Wittmann-Price RA. Exploring the subconcepts of the Wittmann-Price theory of emancipated decision-making in women's health care. *J Nurs Scholarsh.* 2006; 38 (4):377–382

10.3.11 Disposição para tomada de decisão emancipada melhorada

Stepanuk KM. Women's decision-making regarding medication use in pregnancy for anxiety and/or depression. Philadelphia, PA: Drexel University, College of Nursing Health Professions, Doctor of Nursing Practice Program.; 2011

Wittmann-Price RA, Fliszar R, Bhattacharya A. Elective Cesarean births: are women making emancipated decisions?. *Appl Nurs Res.* 2011; 24(3):147– 152

Wittmann-Price RA, Fisher KM. Patient decision aids: tools for patients and professionals. *Am J Nurs.* 2009; 109(12):60–63

Wittmann-Price RA, Bhattacharya A. Reexploring the subconcepts of the Wittmann-Price Theory Of Emancipated Decision Making in women's healthcare. *ANS Adv Nurs Sci.* 2008; 31(3):225–236

Wittmann-Price RA. Exploring the subconcepts of the Wittmann-Price theory of emancipated decision-making in women's health care. *J Nurs Scholarsh.* 2006; 38 (4):377–382

11 Domínio 11: Segurança/proteção

11.1 Classe 1: Infecção

11.1.1 Risco de infecção

Alexander M, Infusion Nurses Society. Infusion nursing standards of practice. [Special issue]. J Infus Nurs. 2006; 29(1) Suppl:S1–S92 Allen U, Green M. Prevention and treatment of infectious complications after solid organ transplantation in children. Pediatr Clin North Am. 2010; 57(2):459–479

Ata A, Lee J, Bestle SL, Desemone J, Stain SC. Postoperative hyperglycemia and surgical site infection in general surgery patients. Arch Surg. 2010; 145(9):858–864

Ata A, Valerian BT, Lee EC, Bestle SL, Elmendorf SL, Stain SC. The effect of diabetes mellitus on surgical site infections after colorectal and noncolorectal general surgical operations. Am Surg. 2010; 76(7):697–702 Balentine CJ, Wilks J, Robinson C, et al. Obesity increases wound complications in rectal cancer surgery. J Surg Res. 2010; 163(1):35–39 Bentsi-Enchill AD, Halperin SA, Scott J, MacIsaac K, Duclos P. Estimates of the effectiveness of a whole-cell pertussis vaccine from an outbreak in an immunized population. Vaccine. 1997; 15(3):301–306

Bleasdale SC, Trick WE, Gonzalez IM, Lyles RD, Hayden MK, Weinstein RA. Effectiveness of chlorhexidine bathing to reduce catheter-associated bloodstream infections in medical intensive care unit patients. Arch Intern Med. 2007; 167(19):2073–2079

Bochicchio GV, Bochicchio KM, Joshi M, Ilahi O, Scalea TM. Acute glucose elevation is highly predictive of infection and outcome in critically injured trauma patients. Ann Surg. 2010; 252(4):597–602 Bouza E, Muñoz P, López-Rodríguez J, et al. A needleless closed system device (CLAVE) protects from intravascular catheter tip and hub colonization: a prospective randomized study. J Hosp Infect. 2003; 54(4):279–287

Chee YH, Teoh KH, Sabnis BM, Ballantyne JA, Brenkel IJ. Total hip replacement in morbidly obese patients with osteoarthritis: results of a prospectively matched study. *J Bone Joint Surg Br.* 2010; 92(8):1066– 1071

Chen S, Anderson MV, Cheng WK, Wongworawat MD. Diabetes associated with increased surgical site infections in spinal arthrodesis. *Clin Orthop Relat Res.* 2009; 467(7):1670–1673

Claridge JA, Sawyer RG, Schulman AM, McLemore EC, Young JS. Blood transfusions correlate with infections in trauma patients in a dose- dependent manner. *Am Surg.* 2002; 68(7):566–572

Cousens S, Blencowe H, Gravett M, Lawn JE. Antibiotics for pre-term pre- labour rupture of membranes: prevention of neonatal deaths due to complications of pre-term birth and infection. *Int J Epidemiol.* 2010; 39 Suppl 1:i134–i143

Cuellar-Rodríguez J, Sierra-Madero JG. [Infections in solid organ transplant recipients]. *Rev Invest Clin.* 2005; 57(2):368–380

Cunningham-Rundles S, McNeeley DF, Moon A. Mechanisms of nutrient modulation of the immune response. *J Allergy Clin Immunol.* 2005; 115(6):1119–1128, quiz 1129

Dorner TE, Schwarz F, Kranz A, Freidl W, Rieder A, Gisinger C. Body mass index and the risk of infections in institutionalised geriatric patients. *Br J Nutr.* 2010; 103(12): 1830–1835

Dossett LA, Dageforde LA, Swenson BR, et al. Obesity and site-specific nosocomial infection risk in the intensive care unit. *Surg Infect (Larchmt).* 2009; 10(2):137–142

Falagas ME, Kompoti M. (2006). Obesity and infection. *Lancet Infectious Diseases*, 6, 438–446. Food and Drug Administration (2001). Important drug warning (Remicade). Retrieved from <http://wayback.archive-it.org/7993/20170112171524/http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm172751.htm>

Food and Drug Administration. (2006). FDA approves resumed marketing of

Tysabri under a special distribution program. Retrieved from <http://wayback.archive-it.org/7993/20161022205332/http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/2006/ucm108662.htm>

Dictionary F. (2009). Infection. Retrieved from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/infection>

Gea-Banacloche JC, Weinberg GA. Monoclonal antibody therapeutics and risk for infection. *Pediatr Infect Dis J*. 2007; 26(11):1049–1052 Giles KA, Hamdan AD, Pomposelli FB, Wyers MC, Siracuse JJ, Schermerhorn ML. Body mass index: surgical site infections and mortality after lower extremity bypass from the National Surgical Quality Improvement Program 2005–2007. *Ann Vasc Surg*. 2010; 24(1):48–56 Gomez R, Romero R, Nien JK, et al. Antibiotic administration to patients with preterm premature rupture of membranes does not eradicate intra- amniotic infection. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007; 20(2):167–173 Gravante G, Araco A, Sorge R, Araco F, Delogu D, Cervelli V. Wound infections

in post-bariatric patients undergoing body contouring abdominoplasty: the role of smoking. *Obes Surg*. 2007; 17(10):1325–1331 Gravante G, Araco A, Sorge R, Araco F, Delogu D, Cervelli V. Wound infections in body contouring mastopexy with breast reduction after laparoscopic adjustable gastric bandings: the role of smoking. *Obes Surg*. 2008; 18(6):721–727

Greco JA, III, Castaldo ET, Nanney LB, et al. Autologous breast reconstruction: the Vanderbilt experience (1998 to 2005) of independent predictors of displeasing outcomes. *J Am Coll Surg*. 2008; 207(1):49–56 Greenberg JD, Reed G, Kremer JM, et al. CORRONA Investigators. Association of methotrexate and tumour necrosis factor antagonists with risk of infectious outcomes including opportunistic infections in the CORRONA registry. *Ann Rheum Dis*. 2010; 69(2):380–386 Ho LC, Wang HH, Chiang CK, Hung KY, Wu KD. Malnutrition- inflammation score independently determined cardiovascular and infection risk in peritoneal dialysis patients. *Blood Purif*. 2010; 29(3):308–316

Itani KM, Jensen EH, Finn TS, Tomassini JE, Abramson MA. Effect of body mass index and ertapenem versus cefotetan prophylaxis on surgical site infection in elective colorectal surgery. *Surg Infect (Larchmt)*. 2008; 9(2):131–137

Jämsen E, Nevalainen P, Kalliovalkama J, Moilanen T. Preoperative hyperglycemia predicts infected total knee replacement. *Eur J Intern Med*. 2010; 21(3):196–201

Kamar N, Milioto O, Puissant-Lubrano B, et al. Incidence and predictive factors for infectious disease after rituximab therapy in kidney-transplant patients. *Am J Transplant*. 2010; 10(1):89–98

Kurpad AV. The requirements of protein & amino acid during acute & chronic infections. *Indian J Med Res*. 2006; 124(2):129–148
Kyaw MH, Holmes EM, Toolis F, et al. Evaluation of severe infection and survival after splenectomy. *Am J Med*. 2006; 119(3):276.e1–276.e7
Len O, Pahissa A. [Donor-transmitted infections]. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007; 25(3):204–212

Lynch RJ, Ranney DN, Shijie C, Lee DS, Samala N, Englesbe MJ. Obesity, surgical site infection, and outcome following renal transplantation. *Ann Surg*. 2009; 250(6): 1014–1020

McMillan M, Davis JS. Acute hospital admission for sepsis: an important but underutilised opportunity for smoking cessation interventions. *Aust N Z J Public Health*. 2010; 34(4):432–433

Malinzak RA, Ritter MA, Berend ME, Meding JB, Olberding EM, Davis KE. Morbidly obese, diabetic, younger, and unilateral joint arthroplasty patients have elevated total joint arthroplasty infection rates. *J Arthroplasty*. 2009; 24(6) Suppl:84–88

Martín-Peña A, Cordero E, Fijo J, et al. Prospective study of infectious complications in a cohort of pediatric renal transplant recipients. *Pediatr Transplant*. 2009; 13(4): 457–463

Mayr FB, Yende S, Linde-Zwirble WT, et al. Infection rate and acute organ dysfunction risk as explanations for racial differences in severe sepsis.

JAMA. 2010; 303(24): 2495–2503

Medscape (2004). Nutritional support and the surgical patient: Plasma proteins. Retrieved from http://www.medscape.com/viewarticle/474066_6

Morelon E, Touraine JL. [Infectious complications due to immunosuppression in organ transplant patients]. Rev Prat. 2007; 57(15):1677–1686

Offner PJ, Moore EE, Biffi WL, Johnson JL, Silliman CC. Increased rate of infection associated with transfusion of old blood after severe injury. Arch Surg. 2002; 137(6): 711–716, discussion 716–717

Oguz Y, Bulucu F, Oktenli C, Doganci L, Vural A. Infectious complications in 135 Turkish renal transplant patients. Cent Eur J Public Health. 2002; 10(4):153–156

Olsen MA, Nepple JJ, Riew KD, et al. Risk factors for surgical site infection following orthopaedic spinal operations. J Bone Joint Surg Am. 2008; 90(1):62–69

Oltean M, Herlenius G, Gäbel M, Friman V, Olausson M. Infectious complications after multivisceral transplantation in adults. Transplant Proc. 2006; 38(8):2683– 2685

Phaneuf M. (2008). Clinical judgement – an essential tool in the nursing profession. Retrieved from http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument_anglais/Clinical_Judgement%E2%80%93An_Essential_Tool_in_the_Nursing_Profession.pdf

Prielipp RC, Sherertz RJ. Skin: the first battlefield. Anesth Analg. 2003; 97(4):933–935

Rupp ME, Jourdan MD, Tyner LK, Iwen PC, Anderson JR. Outbreak of bloodstream infections temporally associated with the use of an intravascular positive displacement needleless valve. Clin Infect Dis. 2007; 44:1408–1414

Schilling S, Doellman D, Hutchinson N, Jacobs BR. The impact of needleless connector device design on central venous catheter occlusion in children: a

prospective, controlled trial. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2006; 30(2):85–90

Serrano PE, Khuder SA, Fath JJ. Obesity as a risk factor for nosocomial infections in trauma patients. J Am Coll Surg. 2010; 211(1):61–67 Sharma M, Fakih MG, Berriel-Cass D, Meisner S, Saravolatz L, Khatib R. Harvest surgical site infection following coronary artery bypass grafting: risk factors, microbiology, and outcomes. Am J Infect Control. 2009; 37(8):653–657

Shepherd RW, Turmelle Y, Nadler M, et al. SPLIT Research Group. Risk factors for rejection and infection in pediatric liver transplantation. Am J Transplant. 2008; 8 (2):396–403

Smith RL, Chong TW, Hedrick TL, et al. Does body mass index affect infection-related outcomes in the intensive care unit?. Surg Infect (Larchmt). 2007; 8(6):581–588

Sommerer C, Konstandin M, Dengler T, et al. Pharmacodynamic monitoring of cyclosporine a in renal allograft recipients shows a quantitative relationship between immunosuppression and the occurrence of recurrent infections and malignancies. Transplantation. 2006; 82(10):1280–1285 Spindler-Vesel A, Bengmark S, Vovk I, Cerovic O, Kompan L. Synbiotics, prebiotics, glutamine, or peptide in early enteral nutrition: a randomized study in trauma patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2007; 31(2):119– 126

Towfigh S, Chen F, Katkhouda N, et al. Obesity should not influence the management of appendicitis. Surg Endosc. 2008; 22(12):2601–2605 Tuggle DW, Kuhn MA, Jones SK, Garza JJ, Skinner S. Hyperglycemia and infections in pediatric trauma patients. Am Surg. 2008; 74(3):195–198 Tyburski JG, Wilson RF, Warsow KM, McCreadie S. A trial of ciprofloxacin and metronidazole vs gentamicin and metronidazole for penetrating abdominal trauma. Arch Surg. 1998; 133(12):1289–1296

Tyburski JG, Dente CJ, Wilson RF, Shanti C, Steffes CP, Carlin A. Infectious complications following duodenal and/or pancreatic trauma.

Am Surg. 2001; 67(3):227–230, discussion 230–231

University of Illinois at Chicago. Lesson 1. Introduction to epidemiology. Retrieved from, [http://www.uic.edu/oln/755808885%3Adkx-7 m6ni=FORID%3A11=UTF-8=epidemiologic](http://www.uic.edu/oln/755808885%3Adkx-7%3Am6ni=FORID%3A11=UTF-8=epidemiologic)

+ triad=#1257 ; 2010

Veenema TG, Töke J. Early detection and surveillance for biopreparedness and emerging infectious diseases. Online J Issues Nurs. 2006; 11(1):3 Veroux M, Giuffrida G, Corona D, et al. Infective complications in renal allograft recipients: epidemiology and outcome. Transplant Proc. 2008; 40(6):1873–1876

Waisbren E, Rosen H, Bader AM, Lipsitz SR, Rogers SO, Jr, Eriksson E. Percent body fat and prediction of surgical site infection. J Am Coll Surg. 2010; 210(4):381–389

Wang Z, Tobler S, Roayaei J, Eick A. Live attenuated or inactivated influenza vaccines and medical encounters for respiratory illnesses among US military personnel. JAMA. 2009; 301(9):945–953

Weng J, Brown CV, Rhee P, et al. White blood cell and platelet counts can be used to differentiate between infection and the normal response after splenectomy for trauma: prospective validation. J Trauma. 2005; 59(5):1076–1080

Wukich DK, Lowery NJ, McMillen RL, Frykberg RG. Postoperative infection rates in foot and ankle surgery: a comparison of patients with and without diabetes mellitus. J Bone Joint Surg Am. 2010; 92(2):287–295

11.1.2 Risco de infecção no sítio cirúrgico

Barbosa HF, Reis FJC, Carrara HHA, Andrade JM. Fatores de risco para infecções de sítio cirúrgico em pacientes operadas por câncer de mama. RBGO. 2004; 26(3):227– 2–32

Bucher BT, Guth RM, Elward AM, et al. Risk factors and outcomes of surgical site infection in children. J Am Coll Surg. 2011; 212(6):1033–1038.e1

Bunn F, Cunningham ME, Handscomb K. Prophylactic antibiotics to prevent surgical site infection after breast cancer surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006

D'Ambrosia RD, Shoji H, Heater R. Secondarily infected total joint replacements by hematogenous spread. *J Bone Joint Surg Am*. 1976; 58(4):450–453

Dellinger EP, Hausmann SM, Bratzler DW, et al. Hospitals collaborate to decrease surgical site infections. *Am J Surg*. 2005; 190(1):9–15 Ercole FF, Chianca TCM. Surgical site infection in patients submitted to hip arthroplasty. *Rev latinoam enferm*. 2002; 10(2):157–165

Ercole FF. Aspectos epidemiológicos da infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a artroplastias de quadril em um hospital de grande porte de BH MG [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem -Universidade Federal de Minas Gerais; 2000 Ercole FF. Avaliação de aplicabilidade do índice de risco de infecção cirúrgica do sistema NNIS em pacientes submetidos a procedimentos ortopédicos: um estudo multicêntrico em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais [tese]. Belo Horizonte (MG): Instituto de Ciências Biológicas Universidade Federal de Minas Gerais; 2006

Geubbels ELPE, Mintjes-de Groot AJ, van den Berg JMJ, de Boer AS. An operating surveillance system of surgical-site infections in The Netherlands: results of the PREZIES national surveillance network. *Preventie van Ziekenhuisinfecties door surveillance*. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2000; 21(5):311–318

Gillespie WJ, Walenkamp GHIM. Antibiotic prophylaxis for surgery for proximal femoral and other closed long bone fractures. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(3): CD000244

Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR, Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1999; 20(4):250–278, quiz 279–280

- Melling AC, Ali B, Scott EM, Leaper DJ. Effects of preoperative warming on the incidence of wound infection after clean surgery: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2001; 358(9285):876–880
- Nobre LF, Galvão CM, Graziano K, Corniani F. Avaliação de indicadores do controle da contaminação ambiental da sala de operação: um estudo piloto. *Rev Med Ribeirão Preto*. 2001; 34:183–193
- de Oliveira AC, Ciosak SI, Ferraz EM, Grinbaum RS. Surgical site infection in patients submitted to digestive surgery: risk prediction and the NNIS risk index. *Am J Infect Control*. 2006; 34(4):201–207
- Polk HC, Jr, Christmas AB. Prophylactic antibiotics in surgery and surgical wound infections. *Am Surg*. 2000; 66(2):105–111
- Proveda VB, Galvão CM, Hayashida M. Análise dos fatores de risco relacionados à incidência de infecção do sítio cirúrgico em gastrocirurgias. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 37(1):81–89
- Sessler DI, Akça O. Nonpharmacological prevention of surgical wound infections. *Clin Infect Dis*. 2002; 35(11):1397–1404
- Tang R, Chen HH, Wang YL, et al. Risk factors for surgical site infection after elective resection of the colon and rectum: a single-center prospective study of 2,809 consecutive patients. *Ann Surg*. 2001; 234(2):181–189
- Tran TS, Jamulitrat S, Chongsuvivatwong V, Geater A. Risk factors for postcesarean surgical site infection. *Obstet Gynecol*. 2000; 95(3):367–371
- Webster J, Osborne S. Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(2):CD004985
- Lee YP, Feng MC, Wu LC, et al. Outcome and risk factors associated with surgical site infections after cardiac surgery in a Taiwan medical center. *J Microbiol Immunol Infect*. 2010; 43(5):378–385

11.2 Classe 2: Lesão física

11.2.1 Risco de aspiração

Nenhuma referência no momento.

11.2.2 Risco de boca seca

Al-Dwairi Z, Lynch E. Xerostomia in complete denture wearers: prevalence, clinical findings and impact on oral functions. *Gerodontology*. 2014; 31(1):49–55

Broccoletti R, Massolini G, Carbone M, et al. Potential benefit of nizatidine in female patients with idiopathic xerostomia: A pilot study. *Eur Geriatr Med*. 2013; 4(3):199– 201

Chuang S-F, Sung J-M, Kuo S-C, Huang J-J, Lee S-Y. Oral and dental manifestations in diabetic and nondiabetic uremic patients receiving hemodialysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005; 99(6):689–695

Dyasanoor S, Saddu SC. Association of Xerostomia and Assessment of salivary flow using modified Schirmer test among smokers and healthy individuals: A preliminary study. *J Clin Diagn Res*. 2014; 8(1):211– 213

Fan W-F, Zhang Q, Luo L-H, Niu J-Y, Gu Y. Study on the clinical significance and related factors of thirst and xerostomia in maintenance hemodialysis patients. *Kidney Blood Press Res*. 2013; 37(4–5):464–474 Fehder WP. Nursing care & management of pathological oral conditions among women and children. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2008; 33(1):38–44

Güneş Z, Denat Y, Müezzinoğlu M, Şen, S, Yılmaz S, Atlı E. The risk factors effecting the dry mouth in inpatients in Hospital in west Anatolia. *J Clin Nurs*. 2012; 21(3–4): 408–414

Han G, Park JW, Ko SJ, et al. Yukmijihwang-tang for the treatment of xerostomia in the elderly: study protocol for a randomized, double-blind, placebo-controlled, twocenter trial. *Trials*. 2013; 14:281

Kim JH, Ahn HJ, Choi JH, Jung DW, Kwon JS. Effect of 0.1% pilocarpine mouthwash on xerostomia: double-blind, randomised controlled trial. *J*

Oral Rehabil. 2014; 41 (3):226–235

Spiegelberg L, Braks JAM, Djasim UM, Farrell E, van der Wal KGH, Wolvius EB. Effects of hyperbaric oxygen therapy on the viability of irradiated soft head and neck tissues in mice. Oral Dis. 2014; 20(3):e111– e119

Zhuang L, Yang Z, Zeng X, et al. The preventive and therapeutic effect of acupuncture for radiation-induced xerostomia in patients with head and neck cancer: a systematic review. Integr Cancer Ther. 2013; 12(3):197– 205

Meurman JH, Tarkkila L, Tiitinen A. The menopause and oral health. Maturitas. 2009; 63(1):56–62

Ohara Y, Hirano H, Yoshida H, et al. Prevalence and factors associated with xerostomia and hyposalivation among community-dwelling older people in Japan. Gerodontology. 2016; 33(1):20–27

Taichman LS, Gomez G, Inglehart MR. Oral health-related complications of breast cancer treatment: assessing dental hygienists' knowledge and professional practice. J Dent Hyg. 2014; 88(2):100–113

11.2.3 Risco de choque

Bridges EJ, Dukes S. Cardiovascular aspects of septic shock: pathophysiology, monitoring, and treatment. Crit Care Nurse. 2005; 25(2):14–16, 18–20, 22–24 passim, quiz 41–42

Goodrich C. Continuous central venous oximetry monitoring. Crit Care Nurs Clin North Am. 2006; 18(2):203–209, x

O'Donnell JM, N'acul F, eds. Surgical intensive care medicine. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2001

Swearingen PL, Hicks Keen J, eds. Manual of critical care nursing: Nursing interventions and collaborative management. 4th ed. St Louis: Mosby; 2001

11.2.4 Dentição prejudicada

Nenhuma referência no momento.

11.2.5 Desobstrução ineficaz das vias aéreas

Nenhuma referência no momento.

11.2.6 Risco de disfunção neurovascular periférica

Nenhuma referência no momento.

11.2.7 Integridade da membrana mucosa oral prejudicada

Arvio P, Arvio M, Wolf J, Lukinmaa PL, Saxen L, Pirinen S. Impaired oral health in patients with aspartylglucosaminuria. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontology*. 1998; 86(5):562–568 Bastiani C, Soares Cota AL, Arias Provenzano MG, Calvo Fracasso ML, Marques Honório H, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontologia Clínico-Científica*, Recife. 2010; 9(2): 155–160

Buczynski AK, Castro GF, de Souza IP. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura. *Cien Saude Colet*. 2008; 13(6): 1797–1805

Carrard VC, Pires AS, Paiva RL, Chaves ACM, Sant’Ana Filho M. Álcool e câncer bucal: considerações sobre os mecanismos relacionados. *Rev Bras Cancerol*. 2008; 54 (1):49–56

Carvalho ACA, Campos PSF, Crusoé-Rebello I. Síndrome de Down: aspectos relacionados ao sistema estomatognático. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. 2010; 9 Supl.1:49–52

Côrte-Real IS, Figueiral MH, Campos JCR. As doenças orais no idoso – Considerações gerais. *Revista Portuguesa de Estomatologia Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2011; 52(3):175–180

Costa LJ, Soares MSM, Komatsu AA, Albuquerque ACL. Pacientes com Doenças Sistêmicas de Origem Autoimune/Dermatológicas: Incidência das Manifestações Bucais e Revisão de Literatura. *Rev Bras Ciênc Saúde*.

2009; 13(3):49–54

Cruz MCFN, Braga VAS, Garcia JGF, Lopes FF, Maia ECS. Condições bucais relacionadas com o estresse: uma revisão dos achados atuais. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*. 2008; 49(1):8–11

Ghezzi EM, Ship JA, Mich AA. Dentina and oral health. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2000; 89(1):2–5

Gonçalves LM, Júnior JRBS, Cruz MCFN. Avaliação clínica das lesões orais associadas a doenças Dermatológicas. *An Bras Dermatol*. 2009; 84(6):585–592

Goursand D, Borges CM, Alves KM, et al. Sequelas bucais em crianças submetidas à terapia antineoplásica: causas e definição do papel do cirurgião dentista. *Arq Odontol*. 2006; 42(3):161–256

Lopes FL, Tier CG, Filho WL, Santos SSC. Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). *Ciênc Cuid Saúde*. 2007; 6 (1):59–67

Pace MA, Watanabe E, Facetto MP, Andrade D. *Staphylococcus* spp. na saliva de pacientes com intubação orotraqueal. *Rev Panam Infectol*. 2008; 10(2):8–12

Paschoal CP, Azevedo MF. O cigarro como um fator de risco para alterações auditivas. *Braz J Otorrinolaringol (Engl Ed)*. 2009; 75(6):893–902 Pauloski BR, Rademaker AW, Logemann JA, et al. Relation of mucous membrane alterations to oral intake during the first year after treatment for head and neck cancer. *Head Neck*. 2011; 33(6):774–779

Rolim AEH, Costa LJ, Ramalho LMP. Repercussões da radioterapia na região orofacial e seu tratamento. *Radiol Bras*. 2011; 44(6):388–395 Santos RCS. Mucosite em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço submetidos a radioterapia e quimioterapia concomitantes. *Radiol Bras*. 2010; 43(2):136

Silveira JLGC, Stanke R. Condição e representações da saúde bucal entre os sem-teto do município de Blumenau – Santa Catarina. *Ciências &*

Cognição. 2008; 13(1):2–11

Stellingsma C, Dijkstra PU, Dijkstra J, Duipmans JC, Jonkman MF, Dekker R. Restrictions in oral functions caused by oral manifestations of epidermolysis bullosa. Eur J Dermatol. 2011; 21(3):405–409

11.2.8 Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada

Arvio P, Arvio M, Wolf J, Lukinmaa PL, Saxen L, Pirinen S. Impaired oral health in patients with aspartylglucosaminuria. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. Oral Radiology and Endodontology. 1998; 86(5):562–568

Bastiani C, Soares Cota AL, Arias Provenzano MG, Calvo Fracasso ML, Marques Honório H, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. Odontologia Clínica- Científica, Recife. 2010; 9(2): 155–160

Buczynski AK, Castro GF, de Souza IP. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura. Cien Saude Colet. 2008; 13(6): 1797–1805

Carrard VC, Pires AS, Paiva RL, Chaves ACM, Sant’Ana Filho M. Álcool e câncer bucal: considerações sobre os mecanismos relacionados. Rev Bras Cancerol. 2008; 54 (1):49–56

Carvalho ACA, Campos PSF, Crusoé-Rebello I. Síndrome de Down: aspectos relacionados ao sistema estomatognático. Revista de Ciências Médicas e Biológicas. 2010; 9 Supl.1:49–52

Côrte-Real IS, Figueiral MH, Campos JCR. As doenças orais no idoso – Considerações gerais. Revista Portuguesa de Estomatologia Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2011; 52(3):175–180

Costa LJ, Soares MSM, Komatsu AA, Albuquerque ACL. Pacientes com Doenças Sistêmicas de Origem Autoimune/Dermatológicas Incidência das Manifestações Bucais e Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2009; 13(3):49–54

Cruz MCFN, Braga VAS, Garcia JGF, Lopes FF, Maia ECS. Condições

- bucalis relacionadas com o estresse: uma revisão dos achados atuais. Rev Fac Odontol P Alegre. 2008; 49(1):8–11
- Ghezzi EM, Ship JA, Mich AA. Dentina and oral health. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2000; 89(1):2–5
- Gonçalves LM, Júnior JR SB, Cruz MCFN. Avaliação clínica das lesões orais associadas a doenças Dermatológicas. An Bras Dermatol. 2009; 84(6):585–592
- Goursand D, Borges CM, Alves KM, et al. Sequelas bucais em crianças submetidas à terapia antineoplásica: causas e definição do papel do cirurgião dentista. Arq Odontol. 2006; 42(3):161–256
- Lopes FL, Tier CG, Filho WL, Santos SSC. Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). Ciênc Cuid Saúde. 2007; 6 (1):59–67
- Pace MA, Watanabe E, Facetto MP, Andrade D. Staphylococcus spp. na saliva de pacientes com entubação orotraqueal. Rev Panam Infectol. 2008; 10(2):8–12
- Paschoal CP, Azevedo MF. O cigarro como um fator de risco para alterações auditivas. Braz Otorrinolaringol (Engl Ed). 2009; 75(6):893–902 Pauloski BR, Rademaker AW, Logemann JA, et al. Relation of mucous membrane alterations to oral intake during the first year after treatment for head and neck cancer. Head Neck. 2011; 33(6):774–779
- Rolim AEH, Costa LJ, Ramalho LMP. Repercussões da radioterapia na região orofacial e seu tratamento. Radiol Bras. 2011; 44(6):388–395 Santos RCS. Mucosite em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço submetidos a radioterapia e quimioterapia concomitantes. Radiol Bras. 2010; 43(2):136
- Silveira JLGC, Stanke R. Condição e representações da saúde bucal entre os sem-teto do município de Blumenau – Santa Catarina. Ciências & Cognição. 2008; 13(1):2–11
- Stellingsma C, Dijkstra PU, Dijkstra J, Duipmans JC, Jonkman MF, Dekker

R. Restrictions in oral functions caused by oral manifestations of epidermolysis bullosa. Eur J Dermatol. 2011; 21(3):405–409

11.2.9 Integridade da pele prejudicada

Nenhuma referência no momento.

11.2.10 Risco de integridade da pele prejudicada

Nenhuma referência no momento.

11.2.11 Integridade tissular prejudicada

Andrade FV. Diagnósticos de enfermagem identificados em puérperas no período imediato e tardio no contexto da comunidade (Dissertação). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiana; 2008 Barros KM. Revisão do diagnóstico de enfermagem integridade tissular prejudicada: uma análise de conceito (Dissertação). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; 2012

Bassoli SRB, Guimarães HCQCP, Virmond MCL. Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem mais freqüente em pacientes afetados pela hanseníase. Hansenol Int. 2007; 32(2):175–184

Batista LT. de O., Rodrigues F. de A., Vasconelos J. de M.B. Características clínicas e diagnósticos de enfermagem em crianças vítimas de queimadura. Rev Rene, Fortaleza. 2011; 12(1):158–165

Bryant RA. Acute and chronic wounds: Nursing Management. 2nd ed. St Louis: Mosby; 2000

Brito MAG. de M. Diagnósticos de enfermagem da NANDA identificados em pessoas com lesão medular mediante abordagem baseada na teoria do déficit de autocuidado

(Dissertação). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás,

Goiana; 2007

Cavalcante AMRZ, Moreira A, Azevedo KB, Lima LR, Coimbra WKAM. Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Eletr Enf.* 2010; 12(4):727–735

Costanzi AP. Validação clínica dos diagnósticos de enfermagem mobilidade física prejudicada, integridade tissular prejudicada e integridade da pele em pacientes submetidos a cateterismo cardíaco (Dissertação). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2011

Cyrillo RMZ, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2005; 11(4):811–819

Dalri CC, Rossi LA. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica (Dissertação). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2006
Fontes CMB, da Cruz DA. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(3):395–402
Goyatá SLT, Rossi LA. Nursing diagnoses of burned patients and relatives' perceptions of patients' needs. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2009; 20(1):16–24

Guimarães HCQCP, Barros ALBL, Bassoli SRB, Salotti SRA, Oda RM, Lunney M. Helping a man with leprosy: a case study. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2009; 20(3): 141–144

Hermann AP, Lacerda MR. Atendimento domiciliar à saúde: um relato de experiência. *Cogitare Enferm.* 2007; 12(4):513–518

Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Robbins e Contran: fundamentos de patologia. 7th ed. Tradução de Edda Palmeiro et al. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2005

de Lima LR, Pereira SV, Chianca TC. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco—contribuição de Orem. *Rev Bras*

Enferm. 2006; 59(3):285–290

Malaquias SG. Integridade da pele de área perilesional prejudicada e integridade tissular prejudicada relacionada à circulação alterada em pessoas com úlceras vasculogênicas (Dissertação). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiana; 2010
Napoleão AA, Caldato VG, Petrilli Filho JF. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. Rev Eletr Enf. 2009; 11(2):286–294

Oliveira AP. de F. Assistência de Enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia bariátrica baseada na North American Nursing Diagnosis Association (Tese). Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo; 2009

Paganin A, Menegat P, Klafke T, et al. Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. Rev Gaucha Enferm. 2010; 31 (2):307–313

Patine FS, Furlan M. de F.F.M. Diagnósticos de enfermagem no atendimento a puérperas e recém-nascidos internados em alojamento conjunto. Arq Ciênc Saúde. 2006; 13(4):202–208

PHTLS. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. Tradução de Renata Scavone et al. 7th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011
Ramos IC, Oliveira MAL, de, Baga VAB. Assistência de enfermagem no pós-operatório de transplante hepático: identificando diagnósticos de enfermagem. Ciênc Cuid Saúde. 2011; 10(1):116–126

Salviano MEMS. Transplante hepático: diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA em pacientes no pós-operatório na unidade de internação (Dissertação). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; 2007

Sampaio LMS, Carvalho LDP. Pseudoaneurisma de artéria femoral superficial: relato de caso. Rev Pesq Saúde. 2010; 11(1):55–59
Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: Fundamentos e atualizações em enfermagem. São Caetano do Sul: YENDIS; 2009

Silva PDO, Gorini MIPC. Diagnósticos de enfermagem do paciente com neoplasia colorretal em tratamento quimioterápico - Uma pesquisa qualitativa. Online Braz J Nurs. 2008; 7(2)

Silva FS, Viana MF, Volpato MP. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica. Revista Gaúcha De Enfermagem Eenfufrgs/Eenfufrgs. 2008; 29(4):565–572 Silva PA, Silva SR. Coriocarcinoma: um estudo de caso. Rev Bras Enferm. 2010; 63(1): 148–157

11.2.12 Risco de integridade tissular prejudicada

Andrade FV. Diagnósticos de enfermagem identificados em puérperas no período imediato e tardio no contexto da comunidade (Dissertação). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiana; 2008 Baldin SM. Necessidades humanas e diagnósticos de enfermagem na assistência a pessoas com HIV/AIDS em UTI (Dissertação). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2010

Bassoli SRB, Guimarães HCQCP, Virmond M. da C.L. Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem mais frequente em pacientes afetados pela hanseníase. Hansenol Int. 2007; 32(2):175–184

Batista LT. de O., Rodrigues F. de A., Vasconelos J. de M.B. Características clínicas e diagnósticos de enfermagem em crianças vítimas de queimadura. Rev Rene, Fortaleza. 2011; 12(1):158–165

Brito MAG. de M. Diagnósticos de enfermagem da NANDA identificados em pessoas com lesão medular mediante abordagem baseada na teoria do déficit de autocuidado (Dissertação). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiana; 2007

Cavalcante AMRZ, Moreira A, Azevedo KB, Lima LR, Coimbra WKAM. Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na Estratégia de Saúde da Família. Rev Eletr Enf. 2010; 12(4):727–735

Costanzi AP. Validação clínica dos diagnósticos de enfermagem mobilidade física prejudicada, integridade tissular prejudicada e integridade da pele em pacientes submetidos a cateterismo cardíaco (Dissertação). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2011

Cyrillo RMZ, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2005; 11(4):811–819

Dalri CC, Rossi LA. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica (Dissertação). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2006
Fontes CMB, da Cruz DA. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(3):395–402
Goyatá SLT, Rossi LA. Nursing diagnoses of burned patients and relatives' perceptions of patients' needs. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009; 20(1):16–24

Guimarães HCQCP, Barros ALBL, Bassoli SRB, Salotti SRA, Oda RM, Lunney M. Helping a man with leprosy: a case study. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009; 20(3): 141–144

Hermann AP, Lacerda MR. Atendimento domiciliar à saúde: um relato de experiência. *Cogitare Enfermagem*. 2007; 12(4):513–518

de Lima LR, Pereira SV, Chianca TC. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco–contribuição de Orem. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(3):285–290

Malaquias SG. Integridade da pele de área perilesional prejudicada e integridade tissular prejudicada relacionada à circulação alterada em pessoas com úlceras vasculogênicas (Dissertação). Goiana: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás; 2010

Napoleão AA, Caldato VG, Petrilli Filho JF. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. *Rev Eletr Enf*. 2009; 11(2):286–294

Oliveira AP. de F. Assistência de Enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia bariátrica baseada na North American Nursing Diagnosis Association (Tese). São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2009

Paganin A, Menegat P, Klafke T, et al. Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. Rev Gaucha Enferm. 2010; 31 (2):307–313

Patine FS, Furlan M. de F.F.M. Diagnósticos de enfermagem no atendimento a puérperas e recém-nascidos internados em alojamento conjunto. Arq Ciênc Saúde. 2006; 13(4):202–208

Ramos IC, Oliveira MAL de, Baga VAB. Assistência de enfermagem no pós- operatório de transplante hepático: identificando diagnósticos de enfermagem. Ciência Cuidado e Saúde. 2011; 10(1):116–126 Salviano MEMS. Transplante hepático: diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA em pacientes no pós-operatório na unidade de internação (Dissertação). Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2007

Sampaio LMS, Carvalho LDP. Pseudoaneurisma de artéria femoral superficial: relato de caso. Rev Pesq Saúde. 2010; 11(1):55–59 Silva PDO, Gorini MIPC. Diagnósticos de enfermagem do paciente com neoplasia colorretal em tratamento quimioterápico - Uma pesquisa qualitativa. Online Braz J Nurs. 2008; 7(2)

Silva FS, Viana MF, Volpato MP. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica. Revista Gaúcha De Enfermagem/Eenfufrgs. 2008; 29(4):565–572 Silva PA, Silva SR. Coriocarcinoma: um estudo de caso. Rev Bras Enferm. 2010; 63(1): 148–157

Viegas LdeS, Turrini RNT, da Silva Bastos Cerullo JA. An analysis of nursing diagnoses for patients undergoing procedures in a Brazilian interventional radiology suite. AORN J. 2010; 91(5):544–557

11.2.13 Risco de lesão

Nenhuma referência no momento.

11.2.14 Risco de lesão do trato urinário

Billington A, Crane C, Jownally S, Kirkwood L, Roodhouse A. Minimizing the complications associated with migrating catheters. *Br J Community Nurs.* 2008; 13(11): 502–506

Garbuio DC. (2012). Conceptual analysis and content validation of risk for urinary tract injury: proposal of nursing diagnosis (Dissertation). Post Graduate Nursing Program, Federal University of São Carlos, São Carlos, SP, Brazil

Geng V, Cobussen-Boekhorst H, Farrell J, Gea-Sánchez M, Pearce I, Schwennesen T,... Vandewinkel C. Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care. Catheterisation-Indwelling catheters in adults: Urethral and Suprapubic. European Association of Urology Nurses; 2012

Gray ML. Securing the indwelling catheter. *Am J Nurs.* 2008; 108(12):44–50, quiz 50

Head C. Insertion of a urinary catheter. *Nurs Older People.* 2006; 18(10):33–36, quiz 37

Herter R, Kazer MW. Best practices in urinary catheter care. *Home Healthc Nurse.* 2010; 28(6):342–349, quiz 349–351

Igawa Y, Wyndaele JJ, Nishizawa O. Catheterization: possible complications and their prevention and treatment. *Int J Urol.* 2008; 15(6):481–485 Kondo H, Yamada T, Kanematsu M, Kako N, Goshima S, Yamamoto N. Embolization for massive urethral hemorrhage. *Abdom Imaging.* 2007; 32(2):262–263

Lenz LL. Cateterismo vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas. *Arq Catarin Med.* 2006; 35(1):82–91

Madeo M, Roodhouse AJ. Reducing the risks associated with urinary

catheters. Nurs Stand. 2009; 23(29):47–55, quiz 56

Nazarko L. Bladder pain from indwelling urinary catheterization: case study. Br J Nurs. 2007; 16(9):511–512, 514

Ortega R, Ng L, Sekhar P, Song M. Videos in clinical medicine. Female urethral catheterization. N Engl J Med. 2008; 358(14):e15 Pomfret I, Nazarko L. Costs and benefits of using urinary catheters. Nursing & Residential Care. 2006; 8(4):158–162

Sarica S, Akkoc Y, Karapolat H, Aktug H. Comparison of the use of conventional, hydrophilic and gel-lubricated catheters with regard to urethral micro trauma, urinary system infection, and patient satisfaction in patients with spinal cord injury: a randomized controlled study. Eur J Phys Rehabil Med. 2010; 46(4):473–479

de Sèze M, Rufion A, Denys P, Joseph PA, Perrouin-Verbe B, GENULF. The neuro-genic bladder in multiple sclerosis: review of the literature and proposal of management guidelines. Mult Scler. 2007; 13(7):915–928 Stamm AMNF, Coutinho MSSA. Infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora: incidência e fatores de risco. Rev Assoc Med Bras (1992). 1999; 45 (1):27–33

Turner B, Dickens N. Long-term urethral catheterisation. Nurs Stand. 2011; 25(24): 49–56, quiz 58

11.2.15 Risco de lesão na córnea

Bron AJ. The doyne lecture: Reflections on the tears. Eye (Lond). 1997; 11(Pt 5):583– 602

Carpenito LJ. Handbook of nursing diagnosis. Philadelphia, PA: Lippincott; 2002

Cortese D, Capp L, McKinley S. Moisture chamber versus lubrication for the prevention of corneal epithelial breakdown. Am J Crit Care. 1995; 4(6):425–428

Cunningham C, Gould D. Eyecare for the sedated patient undergoing mechanical ventilation: the use of evidence-based care. *Int J Nurs Stud*. 1998; 35(1–2):32–40

Dawson D. Development of a new eye care guideline for critically ill patients. *Intensive Crit Care Nurs*. 2005; 21(2):119–122

Ezra DG, Healy M, Coombes A. Assessment of corneal epitheliopathy in the critically ill. *Intensive Care Med*. 2005; 31(2):313

Ezra DG, Lewis G, Healy M, Coombes A. Preventing exposure keratopathy in the critically ill: a prospective study comparing eye care regimes. *Br J Ophthalmol*. 2005; 89 (8):1068–1069

Ezra DG, Chan MPY, Solebo L, et al. Randomised trial comparing ocular lubricants and polyacrylamide hydrogel dressings in the prevention of exposure keratopathy in the critically ill. *Intensive Care Med*. 2009; 35(3):455–461

Germano EM, Mello MJ, Sena DF, Correia JB, Amorim MM. Incidence and risk factors of corneal epithelial defects in mechanically ventilated children. *Crit Care Med*. 2009; 37(3):1097–1100

Hernandez EV, Mannis MJ. Superficial keratopathy in intensive care unit patients. *Am J Ophthalmol*. 1997; 124(2):212–216

Imanaka H, Taenaka N, Nakamura J, Aoyama K, Hosotani H. Ocular surface disorders in the critically ill. *Anesth Analg*. 1997; 85(2):343–346
Joyce N. Eye care for the intensive care patient. Adelaide, SA, Australia: Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery; 2002:1–87

Kanski JJ. Clinical ophthalmology: A systematic approach. Edinburgh: ButterworthHeinemann/Elsevier; 2007

Koroloff N, Boots R, Lipman J, Thomas P, Rickard C, Coyer F. A randomised controlled study of the efficacy of hypromellose and Lacri- Lube combination versus polyethylene/Cling wrap to prevent corneal epithelial breakdown in the semiconscious intensive care patient. *Intensive Care Med*. 2004; 30(6):1122–1126

Latkany R. Dry eyes: etiology and management. *Curr Opin Ophthalmol*. 2008; 19(4): 287–291

Latkany RL, Lock B, Speaker M. Nocturnal lagophthalmos: an overview and classification. *Ocul Surf*. 2006; 4(1):44–53

Lenart SB, Garrity JA. Eye care for patients receiving neuromuscular blocking agents or propofol during mechanical ventilation. *Am J Crit Care*. 2000; 9(3):188–191

Mercieca F, Suresh P, Morton A, Tullo A. Ocular surface disease in intensive care unit patients. *Eye (Lond)*. 1999; 13(Pt 2):231–236

Moss SE, Klein R, Klein BE. Incidence of dry eye in an older population. *Arch Ophthalmol*. 2004; 122(3):369–373

Parkin B, Cook S. A clear view: the way forward for eye care on ICU. *Intensive care units. Intensive Care Med*. 2000; 26(2):155–156 Rao SN. Progression:

the new approach to dry eye. Review of
Ophthalmology. 2008; 15(10):55–58

Rosenberg JB, Eisen LA. Eye care in the intensive care unit: narrative review and metaanalysis. *Crit Care Med*. 2008; 36(12):3151–3155 Sahai A, Malik P. Dry eye: prevalence and attributable risk factors in a hospital-based population. *Indian J Ophthalmol*. 2005; 53(2):87–91 Schiffman RM, Walt JG, Jacobsen G, Doyle JJ, Lebovics G, Sumner W. Utility assessment among patients with dry eye disease. *Ophthalmology*. 2003; 110(7):1412–1419

Sivasankar S, Jasper S, Simon S, et al. Eye care in ICU. *Indian J Crit Care Med*. 2006; 10:11–14

So HM, Lee CC, Leung AK, Lim JM, Chan CS, Yan WW. Comparing the effectiveness of polyethylene covers with lanolin eye ointment to prevent corneal abrasions in critically ill patients: A randomized controlled study. *Int J Nurs Stud*. 2008; 45(11): 1565–1571

Suresh P, Mercieca F, Morton A, Tullo AB. Eye care for the critically ill.

Intensive Care Med. 2000; 26(2):162–166

Werli-Alvarenga A. (2010). Injuries in the cornea: incidence and risk factors in the Intensive Care Units for adults (Master Thesis Federal University of Minas Gerais). Retrieved from http://www.dominiopublico.gov.br/PesquisaObraForm.do?select_action=&co_autor=118560

11.2.16 Risco de lesão por posicionamento perioperatório

Ali AA, Breslin DS, Hardman HD, Martin G. Unusual presentation and complication of the prone position for spinal surgery. J Clin Anesth. 2003; 15(6):471–473

Blumenreich GA. Positioning, padding, documentation, and the CRNA. AANA J. 1998; 66(5):435–438

Fritzlen T, Kremer M, Biddle C. The AANA Foundation Closed Malpractice Claims Study on nerve injuries during anesthesia care. AANA J. 2003; 71(5):347–352

Li WW, Lee TW, Yim AP. Shoulder function after thoracic surgery. Thorac Surg Clin. 2004; 14(3):331–343

Litwiller JP, Wells RE, Jr, Halliwill JR, Carmichael SW, Warner MA. Effect of lithotomy positions on strain of the obturator and lateral femoral cutaneous nerves. Clin Anat. 2004; 17(1):45–49

McEwen DR. Intraoperative positioning of surgical patients. AORN J. 1996; 63(6): 1059–1063, 1066–1079, quiz 1080–1086

Murphy EK. Negligence cases concerning positioning injuries. AORN J. 2004; 80(2): 311–314, 314

11.2.17 Risco de lesão por pressão

Allman RM, Goode PS, Patrick MM, Burst N, Bartolucci AA. Pressure ulcer risk factors among hospitalized patients with activity limitation. JAMA. 1995; 273(11):865–870

Baumgarten M, Margolis D, Berlin JA, et al. Risk factors for pressure ulcers

among elderly hip fracture patients. *Wound Repair Regen.* 2003; 11(2):96– 103

Brito PA, de Vasconcelos Generoso S, Correia MI. Prevalence of pressure ulcers in hospitals in Brazil and association with nutritional status—a multicenter, cross-sectional study.

Nutrition. 2013; 29(4):646–649 Byrne DW, Salzberg CA. Major risk factors for pressure ulcers in the spinal cord disabled: a literature review. *Spinal Cord.* 1996; 34(5):255–263

Capon A, Pavoni N, Mastromattei A, Di Lallo D. Pressure ulcer risk in long- term units: prevalence and associated factors. *J Adv Nurs.* 2007; 58(3):263–272

Curley MAQ, Razmus IS, Roberts KE, Wypij D. Predicting pressure ulcer risk in pediatric

patients: the Braden Q Scale. *Nurs Res.* 2003; 52(1):22–33 Duncan KD. Preventing pressure ulcers: the goal is zero. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007; 33(10):605–610

Ek A-C, Unosson M, Larsson J, Von Schenck H, Bjurulf P. The development and healing of pressure sores related to the nutritional state. *Clin Nutr.* 1991; 10(5):245–250

Ek A-C. Prediction of pressure sore development. *Scand J Caring Sci.* 1987; 1(2):77–84

Galvin PA, Curley MAQ. The Braden Q + P: a pediatric perioperative pressure ulcer risk assessment and intervention tool. *AORN J.* 2012; 96(3):261–270

Gunningberg L, Lindholm C, Carlsson M, Sjöden P-O. The development of pressure ulcers in patients with hip fractures: inadequate nursing documentation is still a problem. *J Adv*

Nurs. 2000; 31(5):1155–1164 Lachenbruch C, Tzen YT, Brienza DM, Karg PE,

Lachenbruch PA. The relative contributions of interface pressure, shear stress, and temperature on tissue ischemia: a cross-sectional pilot study. *Ostomy Wound Manage.* 2013; 59(3):25–34

Lindgren M, Unosson M, Fredrikson M, Ek A-C. Immobility—a major risk

factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study. *Scand J Caring Sci.* 2004; 18(1):57–64 Lindgren M, Unosson M, Krantz AM, Ek A-C. A risk assessment scale for the prediction of pressure sore development: reliability and validity. *J Adv Nurs.* 2002; 38(2): 190–199

Lindgren M, Unosson M, Krantz AM, Ek A-C. Pressure ulcer risk factors in patients undergoing surgery. *J Adv Nurs.* 2005; 50(6):605–612 Lindgren M, Unosson M, Krantz AM, Ek AC. Pressure ulcer risk factors in patients undergoing surgery. *J Adv Nurs.* 2005; 50(6):605–612 Lyder CH, Ayello EA. Pressure ulcers: a patient safety issue. In: *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2008:1–33 Moraes GLA, Araújo TM, Caetano JA, Lopes MVO, Silva MJ. Evaluation of the risk for pressure ulcers in bedridden elderly at home. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(1)

Noonan C, Quigley S, Curley MA. Using the Braden Q Scale to predict pressure ulcer risk in pediatric patients. *J Pediatr Nurs.* 2011; 26(6):566– 575

Poss J, Murphy KM, Woodbury MG, et al. Development of the interRAI Pressure Ulcer Risk Scale (PURS) for use in long-term care and home care settings. *BMC Geriatr.* 2010; 10(1):67

Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. *JAMA.* 2006; 296(8):974–984

Reed RL, Hepburn K, Adelson R, Center B, McKnight P. Low serum albumin levels, confusion, and fecal incontinence: are these risk factors for pressure ulcers in mobility-impaired hospitalized adults?. *Gerontology.* 2003; 49(4):255–259

Sae-Sia W, Wipke-Tevis DD, Williams DA. Elevated sacral skin temperature (T(s)): a risk factor for pressure ulcer development in hospitalized neurologically impaired Thai patients. *Appl Nurs Res.* 2005; 18(1):29–35

de Souza DM, Santos VLCG, Iri HK, Sadasue Oguri MY. Predictive validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in elderly residents of long- term care facilities. *Geriatr Nurs*. 2010; 31(2):95–104

Stechmiller JK, Cowan L, Whitney JD, et al. Guidelines for the prevention of pressure ulcers. *Wound Repair Regen*. 2008; 16(2):151–168 Sullivan N. Preventing in-facility pressure ulcers. In: *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices* (Chapter 21). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2013

Unosson M, Ek A-C, Bjurulf P, VonSchenk H, Larsson J. Influence of macro-nutrient status on recovery after hip fracture. *J Nutr Environ Med*. 1995; 5(1):23–34

VandenBosch T, Montoye C, Satwicz M, Durkee-Leonard K, Boylan-Lewis B. Predictive validity of the Braden Scale and nurse perception in identifying pressure ulcer risk. *Appl Nurs Res*. 1996; 9(2):80–86 Yusuf S, Okuwa M, Shigeta Y, et al. Microclimate and development of pressure ulcers and superficial skin changes. *Int Wound J*. 2013; 10(5):579–584

11.2.18 Risco de lesão térmica

Centers for Disease Control. (2006). Injury fact book 2006. Retrieved from <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11438>

Christoffel T, Gallagher SS. *Injury prevention and public health*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2006

DiGuseppi C, Edwards P, Godward C, Roberts I, Wade A. Urban residential fire and flame injuries: a population based study. *Inj Prev*. 2000; 6(4):250– 254

Horan MA, Little RA, eds. *Injury in the aging*. Cambridge, U. K.: Cambridge University Press; 1998

Murray RB, Zentner JP, Yakimo R. Health promotion strategies through the

life span. 8th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2009

Pickett W, Streight S, Simpson K, Brison RJ. Injuries experienced by infant children: a population-based epidemiological analysis. *Pediatrics*. 2003; 111(4 Pt 1):e365–e370

Sommers MS. Injury as a global phenomenon of concern in nursing science. *J Nurs Scholarsh*. 2006; 38(4):314–320

11.2.19 Risco de morte súbita do lactente

Nenhuma referência no momento.

11.2.20 Risco de quedas

Nenhuma referência no momento.

11.2.21 Recuperação cirúrgica retardada

Barnes S. Not a social event: the follow-up phone call. *J Perianesth Nurs*. 2000; 15(4): 253–255

Blay N, Donoghue J. The effect of pre-admission education on domiciliary recovery following laparoscopic cholecystectomy. *Aust J Adv Nurs*. 2005; 22(4):14–19

Boaz MR, Bordignon S, Nesralla IA. The importance of preventive measures in the prophylaxis of infections in patients submitted to heart transplant during the first thirty postoperative days. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2006; 21(2):188–193

Brown D. A literature review exploring how healthcare professionals contribute to the assessment and control of postoperative pain in older people. *J Clin Nurs*. 2004; 13 6B:74–90

Camargo TC, Souza IEO. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003; 11(5):614–621
Devaney L, Rowell KS. Improving surgical wound classification—why it

matters. AORN J. 2004; 80(2):208–209, 212–223

Feijó EJ, Cruz ICF, Lima DVM. Wound infection—systematic literature review. Online Braz J Nurs (Online). 2008; 7(3)

Ferreira AM, Andrade D. Surgical site: assessment and nursing interventions postoperative.

Arquivos de Ciências da Saúde. 2006; 13(1):27–33 Flório MCS, Galvão CM. Cirurgia

ambulatorial: identificação dos

diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. Rev Lat Am Enfermagem. 2003; 11(5):630– 637

Galdeano LE, Rossi LA, Nobre LF, Ignácio DS. [Nursing diagnosis of patients in the intraoperative period of cardiac surgery]. Rev Lat Am Enfermagem. 2003; 11(2): 199–206

Galdeano LE, Rossi LA, dos Santos CB, Dantas RAS. [Nursing diagnosis in the perioperative period of cardiac surgery]. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(1):26–33

Gervaz P, Bandiera-Clerc C, Buchs NC, et al. Scoring system to predict the risk of surgical-site infection after colorectal resection. Br J Surg. 2012; 99(4):589–595

Golembiewski JA, O'Brien D. A systematic approach to the management of postoperative nausea and vomiting. J Perianesth Nurs. 2002; 17(6):364– 376

Hughes E. Principles of patient care in the postoperative. Nurs Stand. 2004; 19:21–24

Idvall E, Hamrin E, Rooke L, Sjöström B. A tentative model for developing strategic and clinical nursing quality indicators: postoperative pain management. Int J Nurs Pract. 1999; 5(4):216–226

Kasatpibal N, Thongpiyapoom S, Narong MN, Suwalak N, Jamulitrat S. Extra charge and extra length of postoperative stay attributable to surgical site infection in six selected operations. J Med Assoc Thai. 2005; 88(8):1083–1091

Lenardt MH, Neu DKM, Betiolli SE, Seima MD, Michel T. Geriatric nursing

care concepts related to postoperative complications in the elderly. *Cogitare Enfermagem*. 2010; 15(3):420–426

Manias E, Bucknall T, Botti M. Nurses' strategies for managing pain in the postoperative setting. *Pain Manag Nurs*. 2005; 6(1):18–29 McDonald DD, Thomas GJ, Livingston KE, Severson JS. Assisting older adults to communicate their postoperative pain. *Clin Nurs Res*. 2005; 14(2):109–126, discussion 127–130

Moreno Elola-Olaso A, Davenport DL, Hundley JC, Daily MF, Gedaly R. Predictors of surgical site infection after liver resection: a multicentre analysis using National Surgical Quality Improvement Program data. *HPB (Oxford)*. 2012; 14(2):136–141

Nonino EAPM, Anselmi ML, Dalmas JC. Quality assessment of the wound dressing procedure in patients at a university hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008; 16(1): 57–63

Pedrolo FT, Hannickel S, Zambon de Oliveira J, Fontão Zago MM. A experiência de cuidar do paciente cirúrgico: as percepções dos alunos de um curso de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(1):35–40

Pereira SG, Rosenhein DP, Lunardi VL. Experiences of care mastectomized woman: a literature review. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(6):791–795 Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, et al. Discharge information needs of patients after surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2006; 33(3):281–289, quiz 290–291

Pimenta CA, Santos EM, Chaves LD, Martins LM, Gutierrez BA. [Control of the postoperative pain]. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(2):180–183 Pivoto FL, Filho WDL, Santos SSC, Almeida MA, Silveira RS. Nursing diagnoses in patients in the postoperative period of cardiac surgery. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23 (5):665–670

Pompeo DA, Nicolussi AC, Galvão CM, Sawada NO. Intervenções de enfermagem para náusea e vômito no período pós-operatório imediato. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(2):191–198

Queiroz FC, Nascimento LC, Leite AM, Santos FM, Lima RAG, Scochi CGS. Management of postoperative pain in Pediatric Nursing: seeking grants to improve care. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(1):87–91
Riley MMS, Suda D, Tabsh K, Flood A, Pegues DA. Reduction of surgical site infections in low transverse cesarean section at a university hospital. *Am J Infect Control.* 2012; 40(9):820–825

Roche JJ, Wenn RT, Sahota O, Moran CG. Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. *BMJ.* 2005; 331(7529):1374

da Silva FS, Viana MF, Volpato MP. [Nursing diagnoses in patients admitted by the orthopedic clinic in a surgical unit]. *Rev Gaucha Enferm.* 2008; 29(4):565–572

Bôas PJ, Ruiz T. [Occurrence of hospital infection among interned elderly in a university hospital]. *Rev Saude Publica.* 2004; 38(3):372–378
Vuolo JC. Assessment and management of surgical wounds in clinical practice. *Nurs Stand.* 2006; 20(52):46–56, quiz 58

Whitby M, McLaws ML, Collopy B, et al. Post-discharge surveillance: can patients reliably diagnose surgical wound infections?. *J Hosp Infect.* 2002; 52(3):155–160

Whitby M, McLaws ML, Doidge S, Collopy B. Post-discharge surgical site surveillance: does patient education improve reliability of diagnosis?. *J Hosp Infect.* 2007; 66(3): 237–242

11.2.22 Risco de recuperação cirúrgica retardada

Abelha FJ, Castro MA, Landeiro NM, Neves AM, Santos CC. [Mortality and length of stay in a surgical intensive care unit.]. *Rev Bras Anesthesiol.* 2006; 56(1):34–45

Feijó EJ, Cruz ICF, Lima DVM. Wound infection—systematic literature review. *Online Brazilian Journal of Nursing.* 2008; 7(3)

Ferreira AM, Andrade D. Surgical site: assessment and nursing interventions postoperative. *Arquivos de Ciências da Saúde*. 2006; 13(1):27–33 Flório MCS, Galvão CM. Ambulatory surgery: identification of nursing diagnoses in perioperative. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003; 11(5):630– 637

Galdeano LE, Rossi LA, Nobre LF, Ignácio DS. [Nursing diagnosis of patients in the intraoperative period of cardiac surgery]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003; 11(2): 199–206

Keats AS. The ASA classification of physical status—a recapitulation. *Anesthesiology*. 1978; 49(4):233–236

Lenardt MH, Neu DKM, Betioli SE, Seima MD, Michel T. Geriatric nursing care concepts related to postoperative complications in the elderly. *Cogitare Enfermagem*. 2010; 15(3):420–426

Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Am J Infect Control*. 1999; 27(2):97–132, quiz 133–134, discussion 96

Martins MA, França E, Matos JC, Goulart EMA. [Post-discharge surveillance of children and adolescents treated for surgical site infections at a university hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(5):1033– 1041

Nonino EAPM, Anselmi ML, Dalmas JC. Quality assessment of the wound dressing procedure in patients at a university hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008; 16(1): 57–63

Oliveira AC, Martins MA, Martinho GH, Clemente WT, Lacerda RA. [Comparative study of surgical wound infection diagnosed in-hospital and post discharge]. *Rev Saude Publica*. 2002; 36(6):717–722 Pereira SG, Rosenhein DP, Lunardi VL. Experiences of care mastectomized woman: a literature review. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(6):791–795 Pivoto FL, Filho WDL, Santos SSC, Almeida MA, Silveira RS. Nursing

diagnoses in patients in the postoperative period of cardiac surgery. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23 (5):665–670

Procter LD, Davenport DL, Bernard AC, Zwischenberger JB. General surgical operative duration is associated with increased risk-adjusted infectious complication rates and length of hospital stay. *J Am Coll Surg.* 2010; 210(1):60–5.e1, 2

Queiroz FC, Nascimento LC, Leite AM, Santos FM, Lima RAG, Scochi CGS. Management of postoperative pain in Pediatric Nursing: seeking grants to improve care. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(1):87–91
Ribeiro MM, Oliveira ACD, Braz NDJ. Incidência da infecção do sítio cirúrgico em um hospital universitário. *Ciência Cuidado e Saúde.* 2007; 6(4):486–493

Roche JJ, Wenn RT, Sahota O, Moran CG. Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. *BMJ.* 2005; 331(7529):1374

Rothrock JC. *Alexander's care of the patient in surgery.* St. Louis, MO: Mosby/Elsevier; 2011

Schwartzman UP, Batista KT, Duarte LTD, Saraiva RÂ, Fernandes M. Preanesthetic evaluation: instrument for safety and prevention of Plastic Surgery anesthesia perioperative complications. *Rev Bras Cir Plást (Impr.).* 2011; 26(2):221–227

da Silva FS, Viana MF, Volpato MP. [Nursing diagnoses in patients admitted by the orthopedic clinic in a surgical unit]. *Rev Gaucha Enferm.* 2008; 29(4):565–572

Wolters U, Wolf T, Stützer H, Schröder T. ASA classification and perioperative variables as predictors of postoperative outcome. *Br J Anaesth.* 1996; 77(2):217–222

11.2.23 Risco de ressecamento ocular

Bron AJ. The Doyne lecture. Reflections on the tears. *Eye (Lond).* 1997;

11(Pt 5):583-602

Cortese D, Capp L, McKinley S. Moisture chamber versus lubrication for the prevention of corneal epithelial breakdown. *Am J Crit Care*. 1995; 4(6):425–428

Cuddihy PJ, Whittet H. Eye observation and corneal protection during endonasal surgery. *J Laryngol Otol*. 2005; 119(7):556–557
Cunningham C, Gould D. Eyecare for the sedated patient undergoing mechanical ventilation: the use of evidence-based care. *Int J Nurs Stud*. 1998; 35(1–2):32–40

Dawson D. Development of a new eye care guideline for critically ill patients. *Intensive Crit Care Nurs*. 2005; 21(2):119–122

Ezra DG, Healy M, Coombes A. Assessment of corneal epitheliopathy in the critically ill. *Intensive Care Med*. 2005; 31(2):313

Ezra DG, Lewis G, Healy M, Coombes A. Preventing exposure keratopathy in the critically ill: a prospective study comparing eye care regimes. *Br J Ophthalmol*. 2005; 89 (8):1068–1069

Ezra DG, Chan MP, Solebo L, et al. Randomised trial comparing ocular lubricants and polyacrylamide hydrogel dressings in the prevention of exposure keratopathy in the critically ill. *Intensive Care Med*. 2009; 35(3):455–461

Germano EM, Mello MJG, Sena DF, Correia JB, Amorim MM. Incidence and risk factors of corneal epithelial defects in mechanically ventilated children. *Crit Care Med*. 2009; 37(3):1097–1100

Hernandez EV, Mannis MJ. Superficial keratopathy in intensive care unit patients. *Am J Ophthalmol*. 1997; 124(2):212–216

Imanaka H, Taenaka N, Nakamura J, Aoyama K, Hosotani H. Ocular surface disorders in the critically ill. *Anesth Analg*. 1997; 85(2):343–346
Joyce N. Eye care for the intensive care patient: a systemic review. *Best Practice*. 2002; 6(1):1–6

Kanski JJ. *Clinical ophthalmology: a systemic approach*. London, UK:

Butterworth Heinemann; 2007

Kocacal E, Eşer İ. [A significant problem in intensive care patient: eye complications: medical education]. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*. 2008; 28(2):193–197

Kocacal EG, Eşer İ, Eğrilmez S. (2008). [Comparison of the effectiveness of polyethy-lene cover versus carbomer drop to prevent damage due to dry eye in critically ill]. 3rd EfCCNa Congress & 27th Aniarti Congress Book: Influencing Critical Care Nursing in Europe. Florence, Italy Koroloff N, Boots R, Lipman J, Thomas P, Rickard C, Coyer F. A randomised controlled study of the efficacy of hypromellose and Lacri-Lube combination versus polyethylene/Cling wrap to prevent corneal epithelial breakdown in the semiconscious intensive care patient. *Intensive Care Med*. 2004; 30(6):1122–1126

Latkany R. Dry eyes: etiology and management. *Curr Opin Ophthalmol*. 2008; 19(4): 287–291

Latkany RL, Lock B, Speaker M. Nocturnal lagophthalmos: an overview and classification. *Ocul Surf*. 2006; 4(1):44–53

Lenart SB, Garrity JA. Eye care for patients receiving neuromuscular blocking agents or propofol during mechanical ventilation. *Am J Crit Care*. 2000; 9(3):188–191

Lin PY, Cheng CY, Hsu WM, et al. Association between symptoms and signs of dry eye among an elderly Chinese population in Taiwan: the Shihpai Eye Study. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2005; 46(5):1593–1598 Mercieca F, Suresh P, Morton A, Tullo A. Ocular surface disease in intensive care unit patients. *Eye (Lond)*. 1999; 13(Pt 2):231–236

Moss SE, Klein R, Klein BEK. Prevalence of and risk factors for dry eye syndrome. *Arch Ophthalmol*. 2000; 118(9):1264–1268

Moss SE, Klein R, Klein BEK. Incidence of dry eye in an older population. *Arch Ophthalmol*. 2004; 122(3):369–373

Nelson JD, Helms H, Fiscella R, Southwell Y, Hirsch JD. A new look at dry

eye disease and its treatment. *Adv Ther.* 2000; 17(2):84–93 Parkin B, Cook S. A clear view: the way forward for eye care on ICU. *Intensive care units. Intensive Care Med.* 2000; 26(2):155–156 Rao SN. (2008). Progression: the new approach to dry eye. *Review of Ophthalmology*. Retrieved from <https://www.reviewofophthalmology.com/article/progression-the-new-approach-to-dry-eye>

Rosenberg JB, Eisen LA. Eye care in the intensive care unit: narrative review and metaanalysis. *Crit Care Med.* 2008; 36(12):3151–3155 Sahai A, Malik P. Dry eye: prevalence and attributable risk factors in a hospital-based population. *Indian J Ophthalmol.* 2005; 53(2):87–91 Schiffman RM, Walt JG, Jacobsen G, Doyle JJ, Lebovics G, Sumner W. Utility assessment among patients with dry eye disease. *Ophthalmology.* 2003; 110(7):1412–1419

Sendecka M, Baryluk A, Polz-Dacewicz M. [Prevalence and risk factors of dry eye syndrome]. *Przegl Epidemiol.* 2004; 58(1):227–233 Sivasankar S, Jasper S, Simon S, Jacob P, John G, Raju R. Eye care in ICU. *Indian J Crit Care Med.* 2006; 10(1):11–14

So HM, Lee CC, Leung AK, Lim JM, Chan CS, Yan WW. Comparing the effectiveness of polyethylene covers with lanolin eye ointment to prevent corneal abrasions in critically ill patients: A randomized controlled study. *Int J Nurs Stud.* 2008; 45(11): 1565–1571

Suresh P, Mercieca F, Morton A, Tullo AB. Eye care for the critically ill. *Intensive Care Med.* 2000; 26(2):162–166

Thomas E, Hay EM, Hajeer A, Silman AJ. Sjögren's syndrome: a community-based study of prevalence and impact. *Br J Rheumatol.* 1998; 37(10):1069–1076

11.2.24 Risco de sangramento

Brozenec SA. Hepatic Problems. In: Neighbors M, Marek JF, Green-Nigro CJ, Monahan FD, Sands JK, eds. *Phipp's medical-surgical nursing: health*

and illness perspectives. 8th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2007:1315– 1350

Deitch EA, Dayal SD. Intensive care unit management of the trauma patient. Crit Care Med. 2006; 34(9):2294–2301, 2309

Erickson J, Field R. Cancer. In: Neighbors M, Marek JF, Green-Nigro CJ, Monahan

FD, Sands JK, eds. Phipp's medical-surgical nursing: health and illness perspectives. 8th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2007:510–564 Garrigues AL. Hematologic problems. In: Neighbors M, Marek JF, Green- Nigro CJ, Monahan FD, Sands JK, eds. Phipp's medical-surgical nursing: health and illness perspectives. 8th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2007:908–942

Kleinpell R. Supporting independence in hospitalized elders in acute care. Crit Care Nurs Clin North Am. 2007; 19(3):247–252, v

Lowdermilk D, Perry S. Maternity Nursing. 7th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2006

Marek J, Boehnlein M. Postoperative Nursing. In: Neighbors M, Marek JF, Green-Nigro CJ, Monahan FD, Sands JK, eds. Phipp's medical-surgical nursing: health and illness perspectives. 8th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2007:302–332

Mattson S, Smith J, eds. Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing. 3rd ed. St Louis: Elsevier Saunders

Maxwell-Thompson C, Reid K. Vascular Problems. In: Neighbors M, Marek JF, GreenNigro CJ, Monahan FD, Sands JK, eds. Phipp's medical-surgical nursing: health and illness perspectives. 8th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2007:857–896

Sands JK. Stomach and duodenal problems. In: Neighbors M, Marek JF, Green-Nigro CJ, Monahan FD, Sands JK, eds. Phipp's medical-surgical nursing: health and illness perspectives. 8th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2007:1204–1237

Warshaw M. Male Reproductive Problems. In: Neighbors M, Marek JF, Green-Nigro CJ, Monahan FD, Sands JK, eds. Phipp's medical-surgical nursing: health and illness perspectives. 8th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2007:1721–1749

11.2.25 Risco de sufocação

Nenhuma referência no momento.

11.2.26 Risco de trauma vascular

Adami NP, de Gutiérrez MG, da Fonseca SM, de Almeida EPM. Risk management of extravasation of cytostatic drugs at the Adult Chemotherapy Outpatient Clinic of a university hospital. J Clin Nurs. 2005; 14(7):876–882

Arreguy-Sena C, de Carvalho EC. Punção venosa periférica: análise dos critérios adotados por uma equipe de enfermagem para avaliar e remover um dispositivo endovenoso. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro: EEAN-UFRJ 7; 2003

Arreguy-Sena C. A trajetória de construção e validação dos diagnósticos de enfermagem: Trauma Vascular e Risco para Trauma Vascular. [Tese] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 2002 Phillips L. Manual of IV Therapeutics. 4th ed. Philadelphia, PA: Davis; 2005 Polimeno N, Hara M, Appezzato L, Fernandes V, Cintra L, Hara C. Incidência e caracterização da tromboflebite superficial (TFS) pós- venóclise em Hospital Universitário. J Bras Med. 1995; 69:196–204

11.2.27 Risco de trauma físico

Nenhuma referência no momento.

11.2.28 Risco de tromboembolismo venoso

Ministry of Health. Nursing Management for prevention of deep vein thrombosis (DVT)/ Venous thrombo-embolism (VTE) in hospitalized

patients. Singapore: Author; 2008

National Collaborating Centre for Acute and Chronic Conditions. Venous thromboembolism: reducing the risk. Reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2010

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Prevention and management of venous thromboembolism. A national clinical guideline. Edinburgh, Scotland: Author; 2010

11.3 Classe 3: Violência

11.3.1 Automutilação

Nenhuma referência no momento.

11.3.2 Risco de automutilação

Nenhuma referência no momento.

11.3.3 Risco de mutilação genital feminina

Almansa Martínez P, Jiménez-Ruiz I, Alcón Belchí C, Pastor Bravo MM, Rodríguez Martínez EM. Protocolo para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Región de Murcia. Asociación DEMUSA. (Edición digital) 2016. Disponible en: <http://www.demusa.org/proyectos/o-prevenci%C3%B3n-mgf/>

Andersson SH, Rymer J, Joyce DW, Momoh C, Gayle CM. Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case- control study. BJOG. 2012; 119(13):1606–1611

Ballesteros Meseguer C, Almansa Martínez P, Pastor Bravo MdelM, Jiménez Ruiz I. [The voice of women subjected to female genital mutilation in the Region of Murcia (Spain)]. Gac Sanit. 2014; 28(4):287–291 Berg RC, Underland V. The obstetric consequences of female genital

mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol Int.* 2013; 2013:496564

Gobierno de Aragón. Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón. Zaragoza, Gobierno de Aragón; 2011

Instituto Navarro para la Familia e Igualdad. Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Navarra. Pamplona, Gobierno de Navarra; 2013

Jiménez Ruiz I, Pastor Bravo M, Almansa Martinez P, Ballesteros Meseguer C. Men facing the ablation/Female Genital Mutilation (A/FGM): Cultural factors that support this tradition. *Procedia Soc Behav Sci.* 2014; 132:631– 638

Jiménez I, Almansa M, Pastor M, Pina F. Aproximación desde la Enfermería Transcultural a las perspectivas masculinas sobre la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF). Revisión bibliográfica. *Enfermería Global*; 2012:396–410

Jiménez-Ruiz I. Enfermería y Cultural: las fronteras del androcentrismo en la Ablación/Mutilación Genital Femenina [Tesis Doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2015. Disponible en: <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/45704/1/Tesis%20Ismael%20Jim%C3%A9nez%20Ruiz.pdf>

Kaplan A, Hechavarría S, Martín M, Bonhoure I. Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reprod Health.* 2011; 8 (26):26

de Sanidad M, Sociales e Igualdad S. Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Edición digital) 2015. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf

Organización Mundial de la Salud. Mutilación genital Femenina. Nota descriptiva nº: 241. OMS; 2014

Pastor M, Jiménez I, Moya M, Almansa P. Vivencias de un grupo de mujeres de Yibuti con la Mutilación Genital Femenina. Enfermería Comunitaria; 2013

Sequi A, Touray I, Piniella Z. La erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Enfoques y perspectivas desde la cooperación internacional para el desarrollo. Oviedo: O'DAM ONGD; 2013

UNAF. Guía para Profesionales. La MGF en España. Prevención e Intervención. Madrid: Unión Nacional de Asociaciones Familiares; 2013 UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, et al. Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. Geneva, World Health Organization; 2010

UNICEF. Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. United Nations Children's Fund (edición digital) 2013. Disponible en: http://www.unicef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf

UNICEF. UNICEF's data work on FGM/C. (On line) 2016. Available at: https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf

Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M, WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. Lancet. 2006; 367(9525):1835–1841

11.3.4 Risco de suicídio

Nenhuma referência no momento.

11.3.5 Risco de violência direcionada a outros

Nenhuma referência no momento.

11.3.6 Risco de violência direcionada a si mesmo

Nenhuma referência no momento.

11.4 Classe 4: Riscos ambientais

11.4.1 Contaminação

Baker JEL. Primary, secondary, and tertiary prevention in reducing pesticide- related illness in farmers. J Community Health Nurs. 1992; 9(4):245–254 Berkowitz GS, Obel J, Deych E, et al. Exposure to indoor pesticides during pregnancy in a multiethnic, urban cohort. Environ Health Perspect. 2003; 111(1):79–84

Brender J, Suarez L, Hendricks K, Baetz RA, Larsen R. Parental occupation and neural tube defect-affected pregnancies among Mexican Americans. J Occup Environ Med. 2002; 44(7):650–656

Butterfield PG. Upstream reflections on environmental health: an abbreviated history and framework for action. ANS Adv Nurs Sci. 2002; 25(1):32–49 Center for Disease Control and Prevention. Third national report on human exposure to environmental chemicals: Executive summary. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention. NCEH Pub # 05–0725. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention; 2005 Center for Disease Control and Prevention. (2004). Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Retrieved from <http://www.atsdr.cdc.gov>

Chalupka SM. Essentials of environmental health. Enhancing your occupational health nursing practice (Part I). AAOHN J. 2001; 49(3):137–153, quiz 154–155

Chalupka SM. Essentials of environmental health. Enhancing your occupational health nursing practice. (Part II). American Association of Occupational Health Nurses or Nursing. 2001; 49(4):194–213 Children’s Environmental Health Network. (2004). Resource guide on children’s environmental health. Retrieved from <http://www.cehn.org>

Children’s Environmental Health Network. (2005). Training manual on

pediatric environmental health: Putting it into practice. Retrieved from <http://www.cehn.org>

Díaz JDM, López MA, Campbell P. Voluntary ingestion of organophosphate insecticide by a young farmer. *J Emerg Nurs*. 1999; 25(4):266–268 Dixon JK, Dixon JP. An integrative model for environmental health research. *ANS Adv Nurs Sci*. 2002; 24(3):43–57

Environmental Protection Agency. (2004). Understanding radiation health effects. EPA. Retrieved from <http://www.epa.gov>

Etzel R, Balk S. Handbook of pediatric environmental health. 1st ed. Elk Grove, IL: American Academy of Pediatrics; 1999

Gerrard CE. Farmers' occupational health: cause for concern, cause for action. *J Adv Nurs*. 1998; 28(1):155–163

Goldman LR, Shannon MW, American Academy of Pediatrics: Committee on Environmental Health. Technical report: mercury in the environment: implications for pediatricians. *Pediatrics*. 2001; 108(1):197–205 King C, Harber P. Community environmental health concerns and the nursing process. Four environmental health nursing care plans. *AAOHN J*. 1998; 46(1):20–27

Larsson LS, Butterfield P. Mapping the future of environmental health and nursing: strategies for integrating national competencies into nursing practice. *Public Health Nurs*. 2002; 19(4):301–308

Massey-Stokes M, Lanning B. Childhood cancer and environmental toxins: the debate continues. *Fam Community Health*. 2002; 24(4):27–38 McCauley LA, Michaels S, Rothlein J, Muniz J, Lasarev M, Ebbert C. Pesticide exposure and self reported home hygiene: practices in agricultural families. *AAOHN J*. 2003; 51(3):113–119

Meeker BJ, Carruth A, Holland CB. Health hazards and preventive measures of farm women. Emerging issues. *AAOHN J*. 2002; 50(7):307–314 Melum MF. Emergency. Organophosphate toxicity. *Am J Nurs*. 2001; 101(5):57–58

Rice R. Environmental threats in the home: home care nursing perspectives. *Geriatr Nurs.* 1999; 20(6):332–336

Schneider D, Freeman N. Children's environmental health risks: a state-of-the-art conference. *Arch Environ Health.* 2001; 56(2):103–110 Silbergeld EK, Flaws JA. Environmental exposures and women's health. *Clin Obstet Gynecol.* 2002; 45(4):1119–1128

Thornton JW, McCally M, Houlihan J. Biomonitoring of industrial pollutants: health and policy implications of the chemical body burden. *Public Health Rep.* 2002; 117(4):315–323

11.4.2 Risco de contaminação

Baker JEL. Primary, secondary, and tertiary prevention in reducing pesticide-related illness in farmers. *J Community Health Nurs.* 1992; 9(4):245–254 Berkowitz GS, Obel J, Deych E, et al. Exposure to indoor pesticides during pregnancy in a multiethnic, urban cohort. *Environ Health Perspect.* 2003; 111(1):79–84

Brender J, Suarez L, Hendricks K, Baetz RA, Larsen R. Parental occupation and neural tube defect-affected pregnancies among Mexican Americans. *J Occup Environ Med.* 2002; 44(7):650–656

Butterfield PG. Upstream reflections on environmental health: an abbreviated history and framework for action. *ANS Adv Nurs Sci.* 2002; 25(1):32–49 Center for Disease Control and Prevention. Third national report on human exposure to environmental chemicals: Executive summary. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention. NCEH Pub # 05–0725. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention; 2005 Center for Disease Control and Prevention. (2004). Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Retrieved from <http://www.atsdr.cdc.gov>

Chalupka SM. Essentials of environmental health. Enhancing your occupational health nursing practice (Part I). *AAOHN J.* 2001; 49(3):137–

153, quiz 154–155

Chalupka SM. Essentials of environmental health. Enhancing your occupational health nursing practice. (Part II). American Association of Occupational Health Nurses or Nursing. 2001; 49(4):194–213 Children's Environmental Health Network. (2004). Resource guide on children's environmental health. Retrieved from <http://www.cehn.org>

Children's Environmental Health Network. (2005). Training manual on pediatric environmental health: Putting it into practice. Retrieved from <http://www.cehn.org>

Díaz JDM, López MA, Campbell P. Voluntary ingestion of organophosphate insecticide by a young farmer. J Emerg Nurs. 1999; 25(4):266–268 Dixon JK, Dixon JP. An integrative model for environmental health research. ANS Adv Nurs Sci. 2002; 24(3):43–57

Environmental Protection Agency. (2004). Understanding radiation health effects. EPA. Retrieved from <http://www.epa.gov>

Etzel R, Balk S. Handbook of pediatric environmental health. 1st ed. Elk Grove, IL: American Academy of Pediatrics; 1999

Gerrard CE. Farmers' occupational health: cause for concern, cause for action. J Adv Nurs. 1998; 28(1):155–163

Goldman LR, Shannon MW, American Academy of Pediatrics: Committee on Environmental Health. Technical report: mercury in the environment: implications for pediatricians. Pediatrics. 2001; 108(1):197–205 King C, Harber P. Community environmental health concerns and the nursing process. Four environmental health nursing care plans. AAOHN J. 1998; 46(1):20–27

Larsson LS, Butterfield P. Mapping the future of environmental health and nursing: strategies for integrating national competencies into nursing practice. Public Health Nurs. 2002; 19(4):301–308

Massey-Stokes M, Lanning B. Childhood cancer and environmental toxins: the debate continues. Fam Community Health. 2002; 24(4):27–38

McCauley LA, Michaels S, Rothlein J, Muniz J, Lasarev M, Ebbert C. Pesticide exposure and self reported home hygiene: practices in agricultural families. AAOHN J. 2003; 51(3):113–119

Meeker BJ, Carruth A, Holland CB. Health hazards and preventive measures of farm women. Emerging issues. AAOHN J. 2002; 50(7):307–314 Melum MF. Emergency. Organophosphate toxicity. Am J Nurs. 2001; 101(5):57–58

Rice R. Environmental threats in the home: home care nursing perspectives. Geriatr Nurs. 1999; 20(6):332–336

Schneider D, Freeman N. Children's environmental health risks: a state-of- the-art conference. Arch Environ Health. 2001; 56(2):103–110 Silbergeld EK, Flaws JA. Environmental exposures and women's health. Clin Obstet Gynecol. 2002; 45(4):1119–1128

Thornton JW, McCally M, Houlihan J. Biomonitoring of industrial pollutants: health and policy implications of the chemical body burden. Public Health Rep. 2002; 117 (4):315–323

11.4.3 Risco de envenenamento

Center for Disease Control and Prevention. (2005). Third national report on human exposure to environmental chemicals: Executive summary. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention. NCEH Pub # 05–0725

11.4.4 Risco de lesão ocupacional

Abad Toribio L, Colorado Aranguren D, Martín Ruiz D, Retana Maqueda MJ. (2011). Ruido ambiental

Andel R, Crowe M, Hahn EA, et al. Work-related stress may increase the risk of vascular dementia. J Am Geriatr Soc. 2012; 60(1):60–67 Ardila AM, Muñoz AI. Bioseguridad con énfasis en contaminantes biológicos en trabajadores de la salud. Cien Saude Colet. 2009; 14(6):2135–2141

Argyropoulos CD, Sideris GM, Christolis MN, Nivolianitou Z, Markatos NC. Modelling pollutants dispersion and plume rise from large hydrocarbon tank fires in neutrally stratified atmosphere. *Atmos Environ*. 2010; 44(6):803–813

Argyropoulos CD, Sideris GM, Christolis MN, Nivolianitou Z, Markatos NC. Modelling pollutants dispersion and plume rise from large hydrocarbon tank fires in neutrally stratified atmosphere. *Atmos Environ*. 2010; 44(6):803–813

Arlinghaus A, Lombardi DA, Willetts JL, Folkard S, Christiani DC. A structural equation modeling approach to fatigue-related risk factors for occupational injury. *Am J Epidemiol*. 2012; 176(7):597–607
Bulacio L, Giuliani S, Panelo M. Equipos de Protección Individual. *Manual de horticultura periurbana*; 2012:97

Candia RC, Hennies WT, Azevedo RC, Almeida IG, Soto JF. Análisis de accidentes fatales en la industria minera peruana. *Bol Geol Min*. 2010; 121(1):57–68

Corrao CRN, Mazzotta A, La Torre G, De Giusti M. Biological risk and occupational health. *Ind Health*. 2012; 50(4):326–337

Cosgrove MP, Sargeant LA, Caleyachetty R, Griffin SJ. (2012). Work-related stress and type 2 diabetes

de Castro AB, Fujishiro K, Rue T, Tagalog EA, Samaco-Paquiz LPG, Gee GC. Associations between work schedule characteristics and occupational injury and illness. *Int Nurs Rev*. 2010; 57(2):188–194

Espluga Trenc JL. Actos inseguros en el trabajo: guía de intervención. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, NTP 415
Evangelinos KI, Nikolaou IE, Karagiannis A. Implementation of responsible care in the chemical industry: evidence from Greece. *J Hazard Mater*. 2010; 177(1–3):822–828

Gil-Monte PR. [Psychosocial risks at work and occupational health]. [Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012; 29(2):237–241

Gil-Monte PR. [Psychosocial risks at work and occupational health]. [Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012; 29 (2):237–241

Gómez J. El ruido: efectos psicológicos y su incidencia económica. Revista Ingeniería. 2011; 21(1). DOI: 10.15517/ring.v21i1.603

Gómez-Arroyo S, Martínez-Valenzuela C, Carbajal-López Y, Martínez- Arroyo A, Calderón-Segura ME, Villalobos-Pietrini R, Waliszewski SM. Riesgo genotóxico por la exposición ocupacional a plaguicidas en América Latina. Rev Int Contam Ambie. 2013; 29:159–180

Grau-Alberola E, Gil-Monte PR, García-Juesas JA, Figueiredo-Ferraz H. Incidence of burnout in Spanish nursing professionals: a longitudinal study. Int J Nurs Stud. 2010; 47(8):1013–1020

Grenny J, Maxfield D. Five crucial conversations that drive workplace safety. Prof Saf. 2011; 56(8):24–26

Honda M, Chompikul J, Rattanapan C, Wood G, Klungboonkrong S. Sharps injuries among nurses in a Thai regional hospital: prevalence and risk factors. Int J Occup Environ Med. 2011; 2(4):215–223

Hu X, Zhang Z, Li N, et al. China Critical Care Clinical Trial Group. Self- reported use of personal protective equipment among Chinese critical care clinicians during 2009

H1N1 influenza pandemic. PLoS One. 2012; 7(9):e44723

Kodama S, Kanda K. Nurse risk managers' criteria for dealing with near-miss events. Biosci Trends. 2010; 4(5):231–238

Manuele FA. Reviewing heinrich: Dislodging two myths from the practice of safety. Prof Saf. 2011; 56(10):52–61

Mustard CA, Chambers A, McLeod C, Bielecky A, Smith PM. Work injury risk by time of day in two population-based data sources. Occup Environ Med. 2013; 70(1):49–56

Neves HCC, Souza ACS, Medeiros M, Munari DB, Ribeiro LCM, Tipple AFV. Safety of nursing staff and determinants of adherence to personal

protective equipment. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011; 19(2):354–361 Ormiston B. Dealing with bad vibrations. *Occup Health (Lond)*. 2013; 65(2):27–29

Pastor F  rez Y. Evaluación a la exposición a campos magnéticos en la estación experimental agoralimentaria Tomás Ferro. El Autor; 2013 Pérez-Manriquez GB, Sánchez-Aguilar M, Díaz GG, López EO, Escalante IEP. Diagnóstico de factores de riesgo relacionados con la accidentabilidad de mano en trabajadores de una empresa refresquera. *Med Segur Trab (Madr)*. 2012; 58(226):13–26

Ramírez Mañas C. Estudio de prevalencia de las malformaciones congénitas cardíacas en la provincia de Almería y su relación con la exposición a fitosanitarios. Importancia de la actuación enfermera. 2013 Ramos OC. Observación de conductas inseguras en el trabajo: un análisis metodológico. *Universitas Psychologica*. 2010; 11(1):311–321 Reyes RM, Prado LR, Aguilera   , Soltero R. Descripción de los conocimientos sobre factores humanos que causan accidentes en una industria arnesera Mexicana. *e-Gnosis*. 2011; 9:1–17

Roelofs C, Sprague-Martinez L, Brunette M, Azaroff L. A qualitative investigation of Hispanic construction worker perspectives on factors impacting worksite safety and risk. *Environ Health*. 2011; 10(1):84 Sanati KA, Yadegarfar G, Naghavi H, Mansouri M, Sanati JGH. Temporal trend of occupational injuries; first versus second half of a working shift. *Int J Occup Saf Ergon*. 2010; 16(1):49–54– (JOSE)

Senjo SR. Dangerous fatigue conditions: A study of police work and law enforcement administration. *Police Pract Res*. 2011; 12(3):235–252 Shao MF, Chou YC, Yeh MY, Tzeng WC. Sleep quality and quality of life in female shift-working nurses. *J Adv Nurs*. 2010; 66(7):1565–1572 Sugiura S, Asano M, Kinoshita K, Tanimura M, Nabeshima T. Risks to health professionals from hazardous drugs in Japan: a pilot study of environmental and biological monitoring of occupational exposure to

cyclophosphamide. *J Oncol Pharm Pract.* 2011; 17(1):14–19 Taylor NAS, Lewis MC, Notley SR, Peoples GE. A fractionation of the physiological burden of the personal protective equipment worn by firefighters. *Eur J Appl Physiol.* 2012; 112(8):2913–2921 Taylor NAS, Lewis MC, Notley SR, Peoples GE. A fractionation of the physiological burden of the personal protective equipment worn by firefighters. *Eur J Appl Physiol.* 2012; 112(8):2913–2921

van Mark A, Spallek M, Groneberg DA, Kessel R, Weiler SW. Correlates shift work with increased risk of gastrointestinal complaints or frequency of gastritis or peptic ulcer in H. pylori-infected shift workers?. *Int Arch Occup Environ Health.* 2010; 83 (4):423–431

Viñeta Ruiz M, Gallego Yanez M, Villanueva GP. Manejo de citostáticos y salud reproductiva: revisión bibliográfica. *Med Segur Trab (Madr).* 2013; 59(233):426–443

Vrezas I, Elsner G, Bolm-Audorff U, Abolmaali N, Seidler A. Case-control study of knee osteoarthritis and lifestyle factors considering their interaction with physical workload. *Int Arch Occup Environ Health.* 2010; 83(3):291–300

Wells MY. Time management for preclinical safety professionals. *Toxicol Pathol.* 2010; 38(5):675–680

Wirtz A, Nachreiner F, Rolfes K. Working on Sundays—effects on safety, health, and work-life balance. *Chronobiol Int.* 2011; 28(4):361–370 Zhang YH, Han CM, Chen GX, et al. Factors associated with chemical burns in Zhejiang province, China: an epidemiological study. *BMC Public Health.* 2011; 11(1):746

11.5 Classe 5: Processos defensivos

11.5.1 Risco de reação adversa a meio de contraste iodado

American College of Radiology [ACR]. Manual on contrast media (version

6). Reston, VA: Author; 2008

Bellin MF, Jakobsen JA, Tomassin I, et al. Contrast Media Safety Committee Of The European Society Of Urogenital Radiology. Contrast medium extravasation injury: guidelines for prevention and management. *Eur Radiol.* 2002; 12(11):2807–2812

Bettmann MA. Frequently asked questions: iodinated contrast agents. *Radiographics.* 2004; 24(Special Issue) Suppl 1:S3–S10

Brockow K, Christiansen C, Kanny G, et al. ENDA, EAACI interest group on drug hypersensitivity. Management of hypersensitivity reactions to iodinated contrast media. *Allergy.* 2005; 60(2):150–158

Cohan RH, Ellis JH, Garner WL. Extravasation of radiographic contrast material: recognition, prevention, and treatment. *Radiology.* 1996; 200(3):593–604

Costa N. Understanding contrast media. *J Infus Nurs.* 2004; 27(5):302–312. European Society of Urogenital Radiology [ESUR]. ESUR Guidelines on contrast media (version 6). Heidelberg: SpringerVerlag; 2007 Hash RB. Intravascular radiographic contrast media: issues for family physicians. *J Am Board Fam Pract.* 1999; 12(1):32–42

Juchem BC, Dall'Agnol CM. Immediate adverse reactions to intravenous iodinated contrast media in computed tomography. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007; 15(1): 78–83

Juchem BC, Dall'Agnol CM, Magalhães AMM. Contraste iodado em tomografia computadorizada: prevenção de reações adversas. *Rev Bras Enferm.* 2004; 57(1):57–61

Katayama H, Yamaguchi K, Kozuka T, Takashima T, Seez P, Matsuura K. Adverse reactions to ionic and nonionic contrast media. A report from the Japanese Committee on the Safety of Contrast Media. *Radiology.* 1990; 175(3):621–628

Maddox TG. Adverse reactions to contrast material: recognition, prevention, and treatment. *Am Fam Physician.* 2002; 66(7):1229–1234

Namasivayam S, Kalra MK, Torres WE, Small WC. Adverse reactions to intravenous iodinated contrast media: a primer for radiologists. *Emerg Radiol.* 2006; 12(5):210– 215

Reddan D. Patients at high risk of adverse events from intravenous contrast media after computed tomography examination. *Eur J Radiol.* 2007; 62(Supplement):26–32

Riedl MA, Casillas AM. Adverse drug reactions: types and treatment options. *Am Fam Physician.* 2003; 68(9):1781–1790

Siddiqi NH. (2008). Contrast medium reactions, recognition and treatment. *Emedicine.*
Retrieved from [http://www.emedicine.com/Radio/topic864.h tm](http://www.emedicine.com/Radio/topic864.htm)

Schild HH, Kuhl CK, Hübner-Steiner U, Böhm I, Speck U. Adverse events after unenhanced and monomeric and dimeric contrast-enhanced CT: a prospective randomized controlled trial. *Radiology.* 2006; 240(1):56–64 Singh J, Daftary A. Iodinated contrast media and their adverse reactions. *J Nucl Med Technol.* 2008; 36(2):69–74, quiz 76–77

Stacul F. Managing the risk associated with use of contrast media for computed tomography. *Eur J Radiol.* 2007; 62(1):33–37

Thomsen HS, Morcos SK, Contrast Media Safety Committee of European Society of Urogenital Radiology. Management of acute adverse reactions to contrast media. *Eur Radiol.* 2004; 14(3):476–481

Valls C, Andía E, Sánchez A, Moreno V. Selective use of low-osmolality contrast media in computed tomography. *Eur Radiol.* 2003; 13(8):2000– 2005

Vervloet D, Durham S. Adverse reactions to drugs. *BMJ.* 1998; 316(7143):1511–1514

Webb JA, Stacul F, Thomsen HS, Morcos SK, Members Of The Contrast Media Safety Committee Of The European Society Of Urogenital Radiology. Late adverse reactions to intravascular iodinated contrast media. *Eur Radiol.* 2003; 13(1):181–184

Widmark JM. Imaging-related medications: a class overview. *Proc Bayl Univ Med Cent.* 2007; 20(4):408–417

11.5.2 Risco de reação alérgica

Alexiou C, Kau RJ, Luppia P, Arnold W. Allergic reactions after systemic administration of glucocorticosteroid therapy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998; 124(11):1260–1264

de Andrade ED, Ranali J, Volpato MC, de Oliveira MM. Allergic reaction after rubber dam placement. *J Endod.* 2000; 26(3):182–183
Diaz JH. Syndromic diagnosis and management of confirmed mushroom poisonings. *Crit Care Med.* 2005; 33(2):427–436

Ellis AK, Day JH. Clinical reactivity to insect stings. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2005; 5(4):349–354

Friedlaender MH. Objective measurement of allergic reactions in the eye. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2004; 4(5):447–453

Gomes ER, Demoly P. Epidemiology of hypersensitivity drug reactions. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2005; 5(4):309–316

Haberman ML. Malignant hyperthermia. An allergic reaction to thioridazine therapy. *Arch Intern Med.* 1978; 138(5):800–801

Hansen I, Klimek L, Mösges R, Hörmann K. Mediators of inflammation in the early and the late phase of allergic rhinitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2004; 4(3): 159–163

Hathaway LR. Anaphylaxis. *LPN.* 2005; 1(3):38–39

Huby RD, Dearman RJ, Kimber I. Why are some proteins allergens?. *Toxicol Sci.* 2000. 55(2):235–246

Leung DYM, Boguniewicz M, Howell MD, Nomura I, Hamid QA. New insights into atopic dermatitis. *J Clin Invest.* 2004; 113(5):651–657
McKevith B, Theobald H. Common food allergies. *Nurs Stand.* 2005; 19(29):39–42, 29, 39–42

Merrill DB, Dec GW, Goff DC. Adverse cardiac effects associated with clozapine. *J Clin Psychopharmacol*. 2005; 25(1):32–41

Nowak-Wegrzyn A, Conover-Walker MK, Wood RA. Food-allergic reactions in schools and preschools. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001; 155(7):790–795

Reisman RE. Unusual reactions to insect stings. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2005; 5(4):355–358

Shovlin JP, Corso MP. Ocular allergy: recognizing, treating, and avoiding. *Contemporary Optometry*. 2005; 3(3):1–7

Weir E. Sushi, nemotodes and allergies. *CMAJ*. 2005; 172(3):329

11.5.3 Reação alérgica ao látex

American Society of Anesthesiologists. (2005). Natural rubber latex allergy: Considerations for anesthesiologists. A practice guideline. Park Ridge, IL: American Society of Anesthesiologists

Association of Perioperative Registered Nurses. AORN latex guideline. In AORN standards, recommended practices and guidelines. Denver, CO: AORN; 2004:103–118

Kelly KJ. Latex allergy: Where do we go from here?. *Canadian Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2000; 5(8):337–340

Sussman GL. Latex allergy: An overview. *Canadian Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2000; 5(8):317–321

Swanson MC, Olson DQ. Latex allergen affinity for starch powders applied to natural rubber gloves and released as an aerosol. *Canadian Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2000; 5(8):328–336

11.5.4 Risco de reação alérgica ao látex

American Society of Anesthesiologists. Natural rubber latex allergy: Considerations for anesthesiologists. A practice guideline. Park Ridge, IL: American Society of Anesthesiologists; 2005

Association of Perioperative Registered Nurses. AORN latex guideline. In AORN standards, recommended practices and guidelines. Denver, CO: AORN; 2004:103– 118

Kelly KJ. Latex allergy: Where do we go from here?. Canadian Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2000; 5(8):337–340

Sussman GL. Latex allergy: An overview. Canadian Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2000; 5(8):317–321

Swanson MC, Olson DQ. Latex allergen affinity for starch powders applied to natural rubber gloves and released as an aerosol. Canadian Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2000; 5(8):328–336

11.6 Classe 6: Termorregulação

11.6.1 Hipertermia

Baumgart S. Iatrogenic hyperthermia and hypothermia in the neonate. Clin Perinatol. 2008; 35(1):183–197, ix–x

Chatson K, Fant M, Cloherty JP. Controle da temperatura. [Temperature control]. In: Cloherty JP, Stark AR, eds. Manual de neonatologia. 4th ed. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda.; 2000: 149–153 Fluhr JW, Darlenski R, Taieb A, et al. Functional skin adaptation in infancy almost complete but not fully competent. Exp Dermatol. 2010; 19(6):483– 492

Foster KG, Hey EN, Katz G. The response of the sweat glands of the newborn baby to thermal stimuli and to intradermal acetylcholine. J Physiol. 1969; 203(1):13–29

Harpin VA, Chellappah G, Rutter N. Responses of the newborn infant to overheating. Biol Neonate. 1983; 44(2):65–75

Kattwinkel J, d. Textbook of neonatal resuscitation. 5th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2006

Laptook AR, Watkinson M. Temperature management in the delivery room.

Semin Fetal Neonatal Med. 2008; 13(6):383–391

Lunze K, Hamer DH. Thermal protection of the newborn in resource-limited environments. J Perinatol. 2012; 32(5):317–324

Mechem CC, Danzl DF, Grayzel J. (2011). Severe hyperthermia (heat stroke) in adults. <http://ultramedica.net/Uptodate21.6/contents/UTD.htm?15/40/16007/contributordisclosure#H2140224>

Silverman WA, Fertig JW, Berger AP. The influence of the thermal environment upon the survival of newly born premature infants. Pediatrics. 1958; 22(5):876–886

Stanton AN, Scott DJ, Downham MA. Is overheating a factor in some unexpected infant deaths?. Lancet. 1980; 1(8177):1054–1057 World Health Organization. Thermal protection of the newborn: A practical guide. Geneva: World Health Organization; 1997

11.6.2 Hipotermia

American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support for Doctors. Students Course Manual. 7th ed. Chicago, IL: American College of Surgeons Committee on Trauma; 2004 Annibale DJ, Bissinger RL. The golden hour. Adv Neonatal Care. 2010; 10(5):221–223

Araújo BF, Zatti H, Madi JM, Coelho MB, Olmi FB, Canabarro CT. Analysis of neonatal morbidity and mortality in late-preterm newborn infants. J Pediatr (Rio J). 2012; 88(3):259–266

Bang AT, Reddy HM, Bang RA, Deshmukh MD. Why do neonates die in rural Gadchiroli, India? (Part II): estimating population attributable risks and contribution of multiple morbidities for identifying a strategy to prevent deaths. J Perinatol. 2005; 25 Suppl 1:S35–S43

Baumgart S. Iatrogenic hyperthermia and hypothermia in the neonate. Clin Perinatol. 2008; 35(1):183–197, ix–x

Bhatt DR, White R, Martin G, et al. Transitional hypothermia in preterm

newborns. *J Perinatol*. 2007; 27 Suppl 2:S45–S47

Costeloe K, Hennessy E, Gibson AT, Marlow N, Wilkinson AR. The EPICure study: outcomes to discharge from hospital for infants born at the threshold of viability. *Pediatrics*. 2000; 106(4):659–671

Cramer K, Wiebe N, Hartling L, Crumley E, Vohra S. Heat loss prevention: a systematic review of occlusive skin wrap for premature neonates. *J Perinatol*. 2005; 25(12): 763–769

Hofer N, Müller W, Resch B. Neonates presenting with temperature symptoms: role in the diagnosis of early onset sepsis. *Pediatr Int*. 2012; 54(4):486–490

Jones P, Alberti C, Julé L, et al. Mortality in out-of-hospital premature births. *Acta Paediatr*. 2011; 100(2):181–187

Knobel R, Holditch-Davis D. Thermoregulation and heat loss prevention after birth and during neonatal intensive-care unit stabilization of extremely low-birthweight infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007; 36(3):280–287

Knobel RB, Holditch-Davis D, Schwartz TA. Optimal body temperature in transitional extremely low birth weight infants using heart rate and temperature as indicators. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2010; 39(1):3– 14

Knobel RB, Holditch-Davis D, Schwartz TA, Wimmer JE, Jr. Extremely low birth weight preterm infants lack vasomotor response in relationship to cold body temperatures at birth. *J Perinatol*. 2009; 29(12):814–821 Kumar V, Shearer JC, Kumar A, Darmstadt GL. Neonatal hypothermia in low resource settings: a review. *J Perinatol*. 2009; 29(6):401–412 Lunze K, Hamer DH. Thermal protection of the newborn in resource-limited environments. *J Perinatol*. 2012; 32(5):317–324

Lunze K, Bloom DE, Jamison DT, Hamer DH. The global burden of neonatal hypothermia: systematic review of a major challenge for newborn survival. *BMC Med*. 2013; 11:24

- Mance MJ. Keeping infants warm: challenges of hypothermia. *Adv Neonatal Care* 2008; 8(1):6–12
- Merklin RJ. Growth and distribution of human fetal brown fat. *Anat Rec.* 1974; 178 (3):637–645
- Mullany LC. Neonatal hypothermia in low-resource settings. *Semin Perinatol.* 2010; 34(6):426–433
- Mullany LC, Katz J, Khatry SK, LeClerq SC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Risk of mortality associated with neonatal hypothermia in southern Nepal. *Semin Perinatol.* 2010; 34(6):426–433
- Mullany LC, Katz J, Khatry SK, Leclerq SC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Incidence and seasonality of hypothermia among newborns in southern Nepal. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010; 164(1):71–77
- Muralidhara DV, Muralidhara KD, Zubaidi A. Brown Fat and Its Thermoregulatory Role in the Human Neonate. *Journal of Physiological and Biomedical Sciences.* 2010; 23(2):5–10
- Nayeri F, Nili F. Hypothermia at Birth and its Associated Complications in Newborns: A Follow up Study. *Iran J Public Health.* 2006; 35(1):48–52
- Rossaint R, Bouillon B, Cerny V, et al. Task Force for Advanced Bleeding Care in Trauma. Management of bleeding following major trauma: an updated European guideline. *Crit Care.* 2010; 14(2):R52
- Søreide E, Smith CE. Hypothermia in trauma. In: Smith CE, ed. *Trauma Anesthesia.* Cambridge: Cambridge University Press; 2008:445–464
- Thorsen K, Ringdal KG, Strand K, Søreide E, Hagemo J, Søreide K. Clinical and cellular effects of hypothermia, acidosis and coagulopathy in major injury. *Br J Surg.* 2011; 98(7):894–907
- Vento M, Cheung P-Y, Aguar M. The first golden minutes of the extremely-low-gestational-age neonate: a gentle approach. *Neonatology.* 2009; 95(4):286–298
- Verklan MT. So, he's a little premature..what's the big deal?. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2009; 21(2):149–161

Waldron S, Mackinnon R. Neonatal thermoregulation. *Infant*. 2007; 3(3):101–104

World Health Organization. Thermal protection of the newborn: A practical guide. Geneva: World Health Organization; 1997

Zayeri F, Kazemnejad A, Ganjali M, Babaei G, Khanafshar N, Nayeri F. Hypothermia in Iranian newborns. Incidence, risk factors and related complications. *Saudi Med J*. 2005; 26(9):1367–1371

11.6.3 Risco de hipotermia

American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support for Doctors. Students Course Manual. 7th ed. Chicago, IL: American College of Surgeons Committee on Trauma; 2004 Annibale DJ, Bissinger RL. The golden hour. *Adv Neonatal Care*. 2010; 10(5):221–223

Araújo BF, Zatti H, Madi JM, Coelho MB, Olmi FB, Canabarro CT. Analysis of neonatal morbidity and mortality in late-preterm newborn infants. *J Pediatr (Rio J)*. 2012; 88(3):259–266

Bang AT, Reddy HM, Bang RA, Deshmukh MD. Why do neonates die in rural Gadchiroli, India? (Part II): estimating population attributable risks and contribution of multiple morbidities for identifying a strategy to prevent deaths. *J Perinatol*. 2005; 25 Suppl 1:S35–S43

Baumgart S. Iatrogenic hyperthermia and hypothermia in the neonate. *Clin Perinatol*. 2008; 35(1):183–197, ix–x

Bhatt DR, White R, Martin G, et al. Transitional hypothermia in preterm newborns. *J Perinatol*. 2007; 27 Suppl 2:S45–S47

Costeloe K, Hennessy E, Gibson AT, Marlow N, Wilkinson AR. The EPICure study: outcomes to discharge from hospital for infants born at the threshold of viability. *Pediatrics*. 2000; 106(4):659–671

Cramer K, Wiebe N, Hartling L, Crumley E, Vohra S. Heat loss prevention: a systematic review of occlusive skin wrap for premature neonates. *J*

Perinatol. 2005; 25(12): 763–769

Hofer N, Müller W, Resch B. Neonates presenting with temperature symptoms: role in the diagnosis of early onset sepsis. *Pediatr Int.* 2012; 54(4):486–490

Jones P, Alberti C, Julé L, et al. Mortality in out-of-hospital premature births. *Acta Paediatr.* 2011; 100(2):181–187

Knobel R, Holditch-Davis D. Thermoregulation and heat loss prevention after birth and during neonatal intensive-care unit stabilization of extremely low-birthweight infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007; 36(3):280–287

Knobel RB, Holditch-Davis D, Schwartz TA. Optimal body temperature in transitional extremely low birth weight infants using heart rate and temperature as indicators. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2010; 39(1):3– 14

Knobel RB, Holditch-Davis D, Schwartz TA, Wimmer JE, Jr. Extremely low birth weight preterm infants lack vasomotor response in relationship to cold body temperatures at birth. *J Perinatol.* 2009; 29(12):814–821 Kumar V, Shearer JC, Kumar A, Darmstadt GL. Neonatal hypothermia in low resource settings: a review. *J Perinatol.* 2009; 29(6):401–412 Lunze K, Hamer DH. Thermal protection of the newborn in resource-limited environments. *J Perinatol.* 2012; 32(5):317–324

Lunze K, Bloom DE, Jamison DT, Hamer DH. The global burden of neonatal hypothermia: systematic review of a major challenge for newborn survival. *BMC Med.* 2013; 11:24

Mance MJ. Keeping infants warm: challenges of hypothermia. *Adv Neonatal Care.* 2008; 8(1):6–12

Merklin RJ. Growth and distribution of human fetal brown fat. *Anat Rec.* 1974; 178 (3):637–645

Mullany LC. Neonatal hypothermia in low-resource settings. *Semin Perinatol.* 2010; 34(6):426–433

- Mullany LC, Katz J, Khatry SK, LeClerq SC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Risk of mortality associated with neonatal hypothermia in southern Nepal. *Semin Perinatol*. 2010; 34(6):426–433
- Mullany LC, Katz J, Khatry SK, Leclerq SC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Incidence and seasonality of hypothermia among newborns in southern Nepal. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010; 164(1):71–77
- Muralidhara DV, Muralidhara KD, Zubaidi A. Brown Fat and Its Thermoregulatory Role in the Human Neonate. *Journal of Physiological and Biomedical Sciences*. 2010; 23(2):5–10
- Nayeri F, Nili F. Hypothermia at Birth and its Associated Complications in Newborns: A Follow up Study. *Iran J Public Health*. 2006; 35(1):48–52
- Rossaint R, Bouillon B, Cerny V, et al. Task Force for Advanced Bleeding Care in Trauma. Management of bleeding following major trauma: an updated European guideline. *Crit Care*. 2010; 14(2):R52
- Søreide E, Smith CE. Hypothermia in trauma. In: Smith CE, ed. *Trauma Anesthesia*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008:445–464
- Thorsen K, Ringdal KG, Strand K, Søreide E, Hagemo J, Søreide K. Clinical and cellular effects of hypothermia, acidosis and coagulopathy in major injury. *Br J Surg*. 2011; 98(7):894–907
- Vento M, Cheung P-Y, Aguar M. The first golden minutes of the extremely-low-gestational-age neonate: a gentle approach. *Neonatology*. 2009; 95(4):286–298
- Verklan MT. So, he's a little premature..what's the big deal?. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2009; 21(2):149–161
- Waldren S, , Mackinnon R. Neonatal thermoregulation. *Infant*. 2007; 3(3):101–104
- World Health Organization. *Thermal protection of the newborn: A practical guide*. Geneva: World Health Organization; 1997
- Zayeri F, Kazemnejad A, Ganjali M, Babaei G, Khanafshar N, Nayeri F. Hypothermia in Iranian newborns. Incidence, risk factors and related

complications. Saudi Med J. 2005; 26(9):1367–1371

11.6.4 Risco de hipotermia perioperatória

Abelha FJ, Castro MA, Neves AM, Landeiro NM, Santos CC. Hypothermia in a surgical intensive care unit. BMC Anesthesiol. 2005; 5(7):7 Jeran L, ASPAN. Patient temperature: an introduction to the clinical guideline for the prevention of unplanned perioperative hypothermia. J Perianesth Nurs. 2001; 16(5): 303–304

Benson EE, McMillan DE, Ong B. The effects of active warming on patient temperature and pain after total knee arthroplasty. Am J Nurs. 2012; 112(5):26–33, quiz 34, 42

Bitner J, Hilde L, Hall K, Duvendack T. A team approach to the prevention of unplanned postoperative hypothermia. AORN J. 2007; 85(5):921–923, 925–929

Bräuer A, Perl T, Quintel M. Perioperatives Wärmemanagement. Anaesthesist. 2006; 55(12):1321–1339, quiz 1340

Brown Mahoney C, Odom J. Maintaining intraoperative normothermia: A meta-analysis of outcomes with costs. AANA J. 1999; 67(2):155–163 Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Nursing Interventions Classification (NIC). 5th ed. St. Louis, MO: Mosby Elsevier; 2008 Burns SM, Wojnakowski M, Piotrowski K, Caraffa G. Unintentional hypothermia: implications for perianesthesia nurses. J Perianesth Nurs. 2009; 24(3):167–173, quiz 174–176

Cooper S. The effect of preoperative warming on patients' postoperative temperatures. AORN J. 2006; 83(5):1073–1076, 1079–1084, quiz 1085– 1088

Flores-Maldonado A, Guzmán-Llenez Y, Castañeda-Zarate S, et al. Risk factors for mild intraoperative hypothermia. Arch Med Res. 1997; 28(4):587–590

Good KK, Verble JA, Secrest J, Norwood BR. Postoperative hypothermia–

the chilling consequences. AORN J. 2006; 83(5):1054–1066, quiz 1067– 1070

Hegarty J, Walsh E, Burton A, Murphy S, O’gorman F, McPolin G. Nurses’ knowledge of inadvertent hypothermia. AORN J. 2009; 89(4):701–704, 707–713

Hooper VD. Adoption of the ASPAN clinical guideline for the prevention of unplanned perioperative hypothermia: a data collection tool. J Perianesth Nurs. 2006; 21(3):177–185

Hooper VD, Chard R, Clifford T, et al. ASPAN’s evidence-based clinical practice guideline for the promotion of perioperative normothermia. J Perianesth Nurs. 2009; 24(5):271–287

Johnson M, Bulechek G, Butcher H, et al. NANDA, NOC and NIC Linkages. Nursing Diagnoses, Outcomes and Interventions. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Elsevier; 2006

Kitamura A, Hoshino T, Kon T, Ogawa R. Patients with diabetic neuropathy are at risk of a greater intraoperative reduction in core temperature. Anesthesiology. 2000; 92(5):1311–1318

Kongsayreepong S, Chaibundit C, Chadpaibool J, et al. Predictor of core hypothermia and the surgical intensive care unit. Anesth Analg. 2003; 96(3):826–833

Lau LL, Hung CT, Chan CK, et al. Anaesthetic clinical indicators in public hospitals providing anaesthetic care in Hong Kong: prospective study. Hong Kong Med J. 2001; 7(3):251–260

Ma M, Chiu A. (2005). An audit of Perioperative Hypothermia in Elderly Patients. Hong Kong College of Anaesthesiology Bulletin, 14(2), 90–94. Retrived from http://www.hkca.edu.hk/ANS/news_bulletin/news0508.pdf#page=31

Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson S. Nursing Outcomes Classification (NOC). 4th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2008 Morris RH. Operating room temperature and the anesthetized, paralyzed patient. Arch Surg. 1971; 102(2):95–97

- Paulikas CA. Prevention of unplanned perioperative hypothermia. AORN J. 2008; 88 (3):358–365, quiz 365–368
- Pikus E, Hooper VD. Postoperative rewarming: are there alternatives to warm hospital blankets. J Perianesth Nurs. 2010; 25(1):11–23
- Ratan A, Andrzejowski J, Bovey J, Bullock I, Davis S, Dziwulski P. ... Weir, E. (2008). Clinical practice guideline: The management of inadvertent perioperative hypothermia in adults. England: National Institute for Health and Clinical Excellence/National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG65Guidance.pdf>
- Sessler DI. Complications and treatment of mild hypothermia. Anesthesiology. 2001; 95(2):531–543
- Sessler DI. Current Concepts: Milde Perioperative Hypothermia. N Engl J Med. 1997; 336(24):1730–1737
- Summers S. Hypothermia: one nursing diagnosis or three?. Nurs Diagn. 1992; 3(1):2– 11
- Summers S. Inadvertent hypothermia: clinical validation in postanesthesia patients. Nurs Diagn. 1992; 3(2):54–64
- Summers S. Validation of concepts: the next step in instrument development for postanesthesia studies. J Post Anesth Nurs. 1992; 7(5):346–351
- Vorrakitpokatorn P, Permtongchuchai K, Raksamani EO, Phettongkam A. Perioperative complications and risk factors of percutaneous nephrolithotomy. J Med Assoc Thai. 2006; 89(6):826–833
- Yamakage M, Kamada Y, Honma Y, Tsujiguchi N, Namiki A. Predictive variables of hypothermia in the early phase of general anesthesia. Anesth Analg. 2000; 90(2): 456–459

11.6.5 Termorregulação ineficaz

Nenhuma referência no momento.

11.6.6 Risco de termorregulação ineficaz

Nenhuma referência no momento.

12 Domínio 12: Conforto

12.1 Classe 1: Conforto físico

12.1.1 Conforto prejudicado

Cameron BL. The nature of comfort to hospitalized medical surgical patients. J Adv Nurs. 1993; 18(3):424–436

Honkus VL. Sleep deprivation in critical care units. Crit Care Nurs Q. 2003; 26(3): 179–189, quiz 190–191

Jenny J, Logan J. Caring and comfort metaphors used by patients in critical care. Image J Nurs Sch. 1996; 28(4):349–352

Kolcaba K, Schirm V, Steiner R. Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. Geriatr Nurs. 2006; 27(2):85–91

Kolcaba K. Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Co.; 2003

Kolcaba K, Fox C. The effects of guided imagery on comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy. Oncol Nurs Forum. 1999; 26(1):67–72

Kolcaba KY. Gerontological nursing. The concept of comfort in an environmental framework. J Gerontol Nurs. 1992; 18(6):33–40
Minden P. The importance of words: suggesting comfort rather than pain. Holist Nurs Pract. 2005; 19(6):267–271

Schoener CJ, Krysa LW. The comfort and discomfort of infertility. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1996; 25(2):167–172

Taylor BJ. Relieving pain through ordinariness in nursing: a phenomenologic

account of a comforting nurse–patient encounter. *ANS Adv Nurs Sci.* 1992; 15(1):33–43

Wilson, L. (2002). An investigation of the relationships of perceived nurse caring, social support and emotion-focused coping to comfort in hospitalized medical patients. Dissertation Abstracts International, (UMI No. AA13043623)

Walker AC. Safety and comfort work of nurses glimpsed through patient narratives. *Int J Nurs Pract.* 2002; 8(1):42–48

12.1.2 Disposição para conforto melhorado

Neves Arruda EN, Larson PJ, Meleis AI. Comfort. Immigrant Hispanic cancer patients' views. *Cancer Nurs.* 1992; 15(6):387–394
Cameron BL. The nature of comfort to hospitalized medical surgical patients. *J Adv Nurs.* 1993; 18(3):424–436

Duggleby W, Berry P. Transitions and shifting goals of care for palliative patients and their families. *Clin J Oncol Nurs.* 2005; 9(4):425–428
Gropper EI. Promoting health by promoting comfort. *Nurs Forum.* 1992; 27(2):5–8

Jenny J, Logan J. Caring and comfort metaphors used by patients in critical care. *Image J Nurs Sch.* 1996; 28(4):349–352

Kolcaba KY. A taxonomic structure for the concept comfort. *Image J Nurs Sch.* 1991; 23(4):237–240

Kolcaba KY. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse- sensitive outcome. *ANS Adv Nurs Sci.* 1992; 15(1):1–10

Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs.* 1994; 19(6):1178– 1184

Kolcaba KY, Kolcaba RJ. An analysis of the concept of comfort. *J Adv Nurs.* 1991; 16 (11):1301–1310

Malinowski A, Stamler LL. Comfort: exploration of the concept in nursing. *J*

Adv Nurs. 2002; 39(6):599–606

Morse JM. On comfort and comforting. Am J Nurs. 2000; 100(9):34–37, quiz 38

Morse JM, Bottorff JL, Hutchinson S. The phenomenology of comfort. J Adv Nurs. 1994; 20(1):189–195

Mitchell GJ, Pilkington FB. Comfort-discomfort with ambiguity: flight and freedom in nursing practice. Nurs Sci Q. 2000; 13(1):31–36

12.1.3 Dor aguda

American Society for Pain Management Nursing. (n.d.). Retrieved from: <http://www.aspmn.org>

Arbour C, Gélinas C. Are vital signs valid indicators for the assessment of pain in postoperative cardiac surgery ICU adults?. Intensive Crit Care Nurs. 2010; 26(2):83–90

Bell L, Duffy A. Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review. Br J Nurs. 2009; 18(3):153–156

Briggs E. Assessment and expression of pain. Nurs Stand (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987). 2010; 25(2):35–38

Corrêa CG, da Cruz DdeA. Pain: clinical validation with postoperative heart surgery patients. Nurs Diagn. 2000; 11(1):5–14

El-Metwally A, Salminen JJ, Auvinen A, Kautiainen H, Mikkelsen M. Risk factors for traumatic and non-traumatic lower limb pain among preadolescents: a populationbased study of Finnish schoolchildren. BMC Musculoskelet Disord. 2006; 7(3):3

Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. Validity of four pain intensity rating scales. Pain. 2011; 152(10):2399–2404

Herr K. Pain assessment strategies in older patients. J Pain. 2011; 12(3) Suppl 1:S3–S13

Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R, Merkel S. Pain assessment

- in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs*. 2011; 12(4):230–250
- Juarez P, Bach A, Baker M, et al. Comparison of two pain scales for the assessment of pain in the ventilated adult patient. *Dimens Crit Care Nurs*. 2010; 29(6):307–315
- Marshall D, Evans-Harrop S, Beacham P, et al. A Comparison of Behavioral Pain Scales to the Numeric Rating Scale in a Post Anesthesia Care Setting. *J Perianesth Nurs*. 2013; 28(3):e48–e49
- Miller K, Chang A. Acute inhalation injury. *Emerg Med Clin North Am*. 2003; 21(2): 533–557
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2013). Pain: hope through research. Bethesda, Md. Retrieved from <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Hope-Through-Research/Pain-Hope-Through-Research>
- Pudas-Tähkä SM, Axelin A, Aantaa R, Lund V, Salanterä S. Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2009; 65(5):946–956
- Smith L, Louw Q, Crous L, Grimmer-Somers K. Prevalence of neck pain and headaches: impact of computer use and other associative factors. *Cephalalgia*. 2009; 29 (2):250–257
- Swann J. Pain: causes, effects and assessment. *Nursing & Residential Care*. 2010; 12(5): 212–215
- Tomlinson D, von Baeyer CL, Stinson JN, Sung L. A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children. *Pediatrics*. 2010; 126(5):e1168– e1198
- Turk DC, Melzack R. *Handbook of pain assessment*. New York, NY: Guilford Press; 2011

12.1.4 Dor crônica

Albert HB, Godskesen M, Korsholm L, Westergaard JG. Risk factors in

developing pregnancy-related pelvic girdle pain. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006; 85(5):539– 544

American Society for Pain Management Nursing. (n.d.). Retrieved from: <http://www.aspmn.org>

Anandacoomarasamy A, Caterson I, Sambrook P, Fransen M, March L. The impact of obesity on the musculoskeletal system. *Int J Obes*. 2008; 32(2):211–222

Blomqvist K, Edberg AK. Living with persistent pain: experiences of older people receiving home care. *J Adv Nurs*. 2002; 40(3):297–306
Briggs E. Assessment and expression of pain. *Nurs Stand (Royal College of Nursing (Great Britain))*. 1987). 2010; 25(2):35–38

Clarke K, Iphofen R. Issues in phenomenological nursing research: the combined use of pain diaries and interviewing. *Nurse Res*. 2006; 13(3):62– 74

Clarke KA, Iphofen R. A phenomenological hermeneutic study into unseen chronic pain. *Br J Nurs*. 2008; 17(10):658–663

Closs SJ, Staples V, Reid I, Bennett MI, Briggs M. The impact of neuropathic pain on relationships. *J Adv Nurs*. 2009; 65(2):402–411
Cornally N, McCarthy G. Help-seeking behaviour for the treatment of chronic pain. *Br J Community Nurs*. 2011; 16(2):90–98

El-Metwally A, Salminen JJ, Auvinen A, Kautiainen H, Mikkelsen M. Risk factors for traumatic and non-traumatic lower limb pain among preadolescents: a populationbased study of Finnish schoolchildren. *BMC Musculoskelet Disord*. 2006; 7(3):3

Fear C. Neuropathic pain: clinical features, assessment and treatment. *Nurs Stand*. 2010; 25(6):35–40

Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*. 2011; 152(10):2399–2404

Gatchel RJ. Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychosocial perspective. *Am Psychol*. 2004; 59(8):795–805

Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull.* 2007; 133(4): 581–624

Geere JA, Hunter PR, Jagals P. Domestic water carrying and its implications for health: a review and mixed methods pilot study in Limpopo Province, South Africa. *Environ Health.* 2010; 9(52):52

Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA. Item selection and content validity of the Critical-Care Pain Observation Tool for non-verbal adults. *J Adv Nurs.* 2009; 65(1):203–216

Ghai B, Dureja GP. Complex regional pain syndrome: a review. *J Postgrad Med.* 2004; 50(4):300–307

Gudmannsdottir GD, Halldorsdottir S. Primacy of existential pain and suffering in res-idents in chronic pain in nursing homes: a phenomenological study. *Scand J Caring Sci.* 2009; 23(2):317–327 Hager K, Brockopp D. The use of a chronic pain diary in older people. *Br J Nurs.* 2009; 18(8):490–, 492–494

Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain?. *Pain Clin Update.* 2003; XI(2): 1–4

Herr K. Pain assessment strategies in older patients. *J Pain.* 2011; 12(3) Suppl 1:S3–S13

Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R, Merkel S. Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs.* 2011; 12(4):230–250 Higgins I, Madjar I, Walton JA. Chronic pain in elderly nursing home residents: the need for nursing leadership. *J Nurs Manag.* 2004; 12(3):167– 173

Irving DB, Cook JL, Young MA, Menz HB. Obesity and pronated foot type may increase the risk of chronic plantar heel pain: a matched case-control study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007; 8(1):41

Jinks C, Jordan K, Croft P. Disabling knee pain—another consequence of

obesity: results from a prospective cohort study. BMC Public Health. 2006; 6(1):258

Juarez P, Bach A, Baker M, et al. Comparison of two pain scales for the assessment of pain in the ventilated adult patient. Dimens Crit Care Nurs. 2010; 29(6):307–315

Kirkengen AL. Scientific contribution. Inscription of violence: societal and medical neglect of child abuse – impact on life and health. Med Health Care Philos. 2007; 11 (1):99–110

Kreling MCGD, da Cruz DA, Pimenta CAM. Prevalência de dor crônica em adultos. Rev Bras Enferm. 2006; 59(4):509–513

Lewandowski W, Morris R, Draucker CB, Risko J. Chronic pain and the family: theory-driven treatment approaches. Issues Ment Health Nurs. 2007; 28(9):1019– 1044

Marshall D, Evans-Harrop S, Beacham P, et al. A Comparison of Behavioral Pain Scales to the Numeric Rating Scale in a Post Anesthesia Care Setting. J Perianesth Nurs. 2013; 28(3):e48–e49

McBeth J, Chiu YH, Silman AJ, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal stress axis function and the relationship with chronic widespread pain and its antecedents. Arthritis Res Ther. 2005; 7(5):R992–R1000

Molony SL, Kobayashi M, Holleran EA, Mezey M. Assessing pain as a fifth vital sign in long-term care facilities: Recommendations from the field. J Gerontol Nurs. 2005; 31(3):16–24

Monteiro Cruz DA, Mattos Pimenta CA. Chronic pain: nursing diagnosis or syndrome?. Nurs Diagn. 2001; 12(4):117–127

Moore MJ, White GL, Moore DL. Association of relative backpack weight with reported pain, pain sites, medical utilization, and lost school time in children and adolescents. J Sch Health. 2007; 77(5):232–239 Ochsman EB, Rueger H, Letzel S, Drexler H, Muenster E. Over- indebtedness and its association with the prevalence of back pain. BMC Public Health. 2009; 9:451

Olsen DR, Montgomery E, Bøjholm S, Foldspang A. Prevalent musculoskeletal pain as a correlate of previous exposure to torture. *Scand J Public Health*. 2006; 34(5):496– 503

Pal P, Milosavljevic S, Gregory DE, Carman AB, Callaghan JP. The influence of skill and low back pain on trunk postures and low back loads of shearers. *Ergonomics*. 2010; 53(1):65–73

Pudas-Tähkä SM, Axelin A, Aantaa R, Lund V, Salanterä S. Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2009; 65(5):946–956

Rogers MW, Wilder FV. The association of BMI and knee pain among persons with radiographic knee osteoarthritis: a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2008; 9(1):163

Smith L, Louw Q, Crous L, Grimmer-Somers K. Prevalence of neck pain and headaches: impact of computer use and other associative factors. *Cephalalgia*. 2009; 29 (2):250–257

Sofaer-Bennett B, Walker J, Moore A, Lamberty J, Thorp T, O'Dwyer J. The social consequences for older people of neuropathic pain: a qualitative study. *Pain Med*. 2007; 8(3):263–270

Swann J. Pain: causes, effects and assessment. *Nurs Residential Care*. 2010; 12(5):212– 215

Tomlinson D, von Baeyer CL, Stinson JN, Sung L. A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children. *Pediatrics*. 2010; 126(5):e1168– e1198

Tunks ER, Crook J, Weir R. Epidemiology of chronic pain with psychological comorbidity: prevalence, risk, course, and prognosis. *Can J Psychiatry*. 2008; 53(4):224– 234

Turk DC, Melzack R. *Handbook of pain assessment*. New York, NY: Guilford Press; 2011

van Lankveld JJDM, Granot M, Weijmar Schultz WCM, et al. Women's sexual pain disorders. *J Sex Med*. 2010; 7(1 Pt 2):615–631

Waters T, Genaidy A, Barriera Viruet H, Makola M. The impact of operating heavy equipment vehicles on lower back disorders. *Ergonomics*. 2008; 51(5):602–636

White S, Siebold C. Walk a mile in my shoes: an auto-ethnographic study. *Contemp Nurse*. 2008; 30(1):57–68

12.1.5 Síndrome da dor crônica

Apkarian AV, Baliki MN, Geha PY. Towards a theory of chronic pain. *Prog Neurobiol*. 2009; 87(2):81–97

Asmundson GJ, Katz J. Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depress Anxiety*. 2009; 26(10):888–901
Blackburn-Munro G, Blackburn-Munro RE. Chronic pain, chronic stress and depression: coincidence or consequence?. *J Neuroendocrinol*. 2001; 13(12):1009–1023

Boyle M, Murgo M, Adamson H, Gill J, Elliott D, Crawford M. The effect of chronic pain on health related quality of life amongst intensive care survivors. *Aust Crit Care*. 2004; 17(3):104–106, 108–113
Cruz DALM, Pimenta CAM. Chronic Pain: Nursing diagnosis or syndrome?. *Nurs Diagn*. 2001; 12(4):117–127

Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain- associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain*. 1997; 13(2): 116–137

Forgeron PA, King S, Stinson JN, McGrath PJ, MacDonald AJ, Chambers CT. Social functioning and peer relationships in children and adolescents with chronic pain: A systematic review. *Pain Research & Management. The Journal of the Canadian Pain Society*. 2010; 15(1):27–41
Freynhagen R, Baron R, Gockel U, Tölle TR. painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin*. 2006; 22(10):1911–1920

Jensen MP, Hoffman AJ, Cardenas DD. Chronic pain in individuals with

spinal cord injury: a survey and longitudinal study. *Spinal Cord*. 2005; 43(12):704–712

King S, Chambers CT, Huguet A, et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain*. 2011; 152(12):2729–2738

Kirkova J, Aktas A, Walsh D, Rybicki L, Davis MP. Consistency of symptom clusters in advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 2010; 27(5):342–346

Ohayon MM, Schatzberg AF. Chronic pain and major depressive disorder in the general population. *J Psychiatr Res*. 2010; 44(7):454–461
Palermo TM, Law E, Churchill SS, Walker A. Longitudinal course and impact of insomnia symptoms in adolescents with and without chronic pain. *J Pain*. 2012; 13 (11):1099–1106

Ray L, Lipton RB, Zimmerman ME, Katz MJ, Derby CA. Mechanisms of association between obesity and chronic pain in the elderly. *Pain*. 2011; 152(1):53–59

Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Di Franco M, et al. Dysfunctional syndromes and fibromyalgia: a 2012 critical digest. *Clin Exp Rheumatol*. 2012; 30(6) Suppl 74:143–151

Schofield P, Clarke A, Faulkner M, Ryan T, Dunham M, Howarth A. Assessment of pain in adults with cognitive impairment: A review of the tools. *Int J Disabil Hum Dev*. 2005; 4(2):59–66

Silva FCM, Sampaio RF, Mancini MC, Luz MT, Alcântara MA. A qualitative study of workers with chronic pain in Brazil and its social consequences. *Occup Ther Int*. 2011; 18(2):85–95

Teh CF, Zaslavsky AM, Reynolds CF, III, Cleary PD. Effect of depression treatment on chronic pain outcomes. *Psychosom Med*. 2010; 72(1):61–67
Turk DC, Wilson HD. Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Curr Pain Headache Rep*. 2010; 14 (2):88–95

12.1.6 Dor no trabalho de parto

Almeida NAM, de Sousa JT, Bachion MM, Silveira NdeA. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005; 13(1):52–58 Almeida NA, Silveira NA, Bachion MM, Sousa JT. Concentração plasmática do hormônio adrenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não farmacológico de alívio da ansiedade e dor do parto. *Rev Latino-am de Enfermagem*. 2005; 13(2): 223–228

Baker A, Ferguson SA, Roach GD, Dawson D. Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives. *J Adv Nurs*. 2001; 35(2):171–179 Bass M. Anatomy and physiology of pain and the management of breakthrough pain in palliative care. *Int J Palliat Nurs*. 2010; 16(10):486– 492

Biblioteca Virtual em Saúde. (2013). DeCS [base de dados na internet]: Labor pain; número do registro: 38636. Retrieved from <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

Bickley L. Bates: propedêutica medica. 3rd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005

Briggs E. Understanding the experience and physiology of pain. *Nurs Stand*. 2010; 25 (3):35–39

Brownridge P. The nature and consequences of childbirth pain. *Eur J Obstet Gynecol*

Reprod Biol. 1995; 59 Suppl:S9–S15

Bussone G, Grazzi L, Panerai AE. Pain, emotion, headache. *Headache*. 2012; 52 Suppl 2:98–101

Corrêa CG. Dor: validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Thesis (Masters), Ribeirão Preto, Brasil; Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo; 1997

Costa R, Figueiredo B, Pacheco A, Pais A. Parto: expectativa, experiências,

- dor e satisfação. *Psicologia. Saúde & Doenças*. 2003; 4(1):47–67 Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Representação de parturientes acerca da dor de parto. *Rev Eletr Enf*. 2008; 10(1):100–109
- Davim RMB, Torres GV, Melo ES. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007; 15(6):1150–1156
- Dias MD, Coler MS, Garcia TR. (1997). Labor pain: a proposed nursing diagnosis. North American Nursing Diagnosis Association, Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Twelfth Conference. Glendale, CA: Cinahl Information Systems
- Fernandes ML, Andrade FCJ. Analgesia de parto: bases anatômicas e fisiológicas. *Ver Méd Minas Gerais*. 2009; 19(3) Suppl. 1:S3–S6 Ferreira ABH. Novo Aurélio: dicionário da língua portuguesa século XXI. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999
- Fridh G, Gaston-Johansson F. Do primiparas and multiparas have realistic expectations of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1990; 69(2):103–109 Greenhill JP, Friedman EA. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Interamericana; 1976 Guyton AC, Hall JE. (2002). Tratado de fisiologia médica. 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Haines, D. Princípios de neurociência. Madri: Elsevier; 2003
- Houaiss A. Dicionário Houaiss de sinônimos e antônimos. Rio de Janeiro: Objetiva; 2003
- Johson JY. Enfermagem materna e do recém-nascido desmistificada: um guia de aprendizado. Porto Alegre: Artmed; 2012
- Kojić Z, Arsenijević L, Sćepanović L, Popović N. [Labor pain–physiologal basis and regulatory mechanisms]. *Srp Arh Celok Lek*. 2007; 135(3–4):235–239
- Loeser JD, Treede RD. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *Pain*. 2008; 137(3):473–477

Lowe NK. The pain and discomfort of labor and birth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1996; 25(1):82–92

Lowe NK. The pain and discomfort of labor and birth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1996; 25(1):82–92

Lowe NK. The nature of labor pain. Am J Obstet Gynecol. 2002; 186(5) Suppl Nature: S16–S24

Lundgren I, Dahlberg K. Women's experience of pain during childbirth. Midwifery. 1998; 14(2):105–110

Macedo PO. Significando a dor no parto: expressão feminina da vivência do parto vaginal. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, Brasil: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007 MacEvilly M, Buggy D. Back pain and pregnancy: a review. Pain. 1996; 64(3):405–414

Maul A. An evolutionary interpretation of the significance of physical pain experienced by human females: defloration and childbirth pains. Med Hypotheses. 2007; 69(2): 403–409

Mazoni SR, Carvalho EC. Dor de parto: considerações históricas e conceituais. Rev Dor. 2008; 9(1):1176–1182

McCaffery M, Pasero C. Pain: clinical manual. 2nd ed. St Louis, MO: Mosby; 1999

McCallum C, dos Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saude Publica. 2006; 22(7):1483–1491

McCool WF, Smith T, Aberg C. Pain in women's health: a multi-faceted approach to-ward understanding. J Midwifery Womens Health. 2004; 49(6):473–481

Medical Subject Headings. (2013). Labor pain. Retrieved from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/Db=mesh&Term=%22Labor,%20Obstetric%20%22\[MESH\]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/Db=mesh&Term=%22Labor,%20Obstetric%20%22[MESH])

Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975; 1(3):277–299

Melzack R. The short-form McGill pain questionnaire. *Pain*. 1987; 30(2):191–197

Melzack R. Pain and the neuromatrix in the brain. *J Dent Educ*. 2001; 65(12):1378– 1382

MeSH. Medical Subject Headings (2013). MeSH [base de dados na internet]: Labor pain.

Retrieved from < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?Db=mesh&Term=%22Labor,%20Obstetric%20%22>

Montenegro CAB, Rezende Filho J. O parto: estudo clínico e assistência. In: Montenegro CAB, Rezende Filho J. eds. *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011

NANDA International. Dor aguda. In: Herdman TH, ed. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2012–2014*. Porto Alegre: Artmed; 2013

Neme B. *Obstetrícia Básica*. 3 ed. São Paulo: Sarvier; 2005

Ohel I, Walfisch A, Shitenberg D, Sheiner E, Hallak M. A rise in pain threshold during labor: a prospective clinical trial. *Pain*. 2007; 132 Suppl 1:S104–S108

Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua Portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 1996; 30(3):473–483

Rowlands S, Permezel M. Physiology of pain in labour. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*. 1998; 12(3):347–362

Trout KK. The neuromatrix theory of pain: implications for selected nonpharmacologic methods of pain relief for labor. *J Midwifery Womens Health*. 2004; 49(6): 482–488

Tzeng YL, Su TJ. Low back pain during labor and related factors. *J Nurs Res*. 2008; 16(3):231–241

Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. 4th ed.

Norwalk, CT: Appleton & Lange; 2005

Weber SE. Cultural aspects of pain in childbearing women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1996; 25(1):67–72

12.1.7 Náusea

Fessele KS. Managing the multiple causes of nausea and vomiting in the patient with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1996; 23(9):1409–1415, quiz 1416–1417

Finley JP. Management of cancer cachexia. *AACN Clin Issues*. 2000; 11(4):590–603

Grant M. Symptom distress. Nausea, vomiting, and anorexia. *Semin Oncol Nurs*. 1987; 3(4):277–286

Hogan CM. Advances in the management of nausea and vomiting. *Nurs Clin North Am*. 1990; 25(2):475–497

Hogan CM, Grant M. Physiologic mechanisms of nausea and vomiting in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1997; 24(7) Suppl:8–12
Larson P, Halliburton P, Di Julio J. Nausea, vomiting, and retching. In: Carrier-Kohlman V, Lindsey AM, West CM, ed. *Pathophysiological Phenomena in Nursing Human Responses to Illness*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company; 1993

Lichter I. Which antiemetic?. *J Palliat Care*. 1993; 9(1):42–50
Metz A, Hebbard G. Nausea and vomiting in adults—a diagnostic approach. *Aust Fam Physician*. 2007; 36(9):688–692

Nachman JA. Postoperative nausea and vomiting. *Current Reviews for Post- Anesthesia Care Nurses*. 1993; 15(5):39–44

Rousseau P. Antiemetic therapy in adults with terminal disease: a brief review. *Am J Hosp Palliat Care*. 1995; 12(1):13–18

Tang JHC. (1998). Management of chemotherapy-induced nausea: relaxation therapy. Unpublished research report, The University of Iowa, Iowa City,

Iowa

Taylor JP. Validation of altered comfort: Nausea as experienced by patients receiving chemotherapy. In Carroll-Johnson & Paquette eds. Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Tenth Conference. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott Company; 1994:206–207

12.2 Classe 2: Conforto ambiental

12.2.1 Conforto prejudicado

Ver Classe 1.

12.2.2 Disposição para conforto melhorado

Ver Classe 1.

12.3 Classe 3: Conforto social

12.3.1 Conforto prejudicado

Ver Classe 1.

12.3.2 Disposição para conforto melhorado

Ver Classe 1.

12.3.3 Isolamento social

Nenhuma referência no momento.

12.3.4 Risco de solidão

Leiderman PH. Loneliness: A psychodynamic interpretation. In: Scheidman ES, Ortega MJ, eds. Aspects of depression: International psychiatry clinics, Vol. 6. Boston: Little, Brown; 1969

Lien-Gieschen T. Validation of social isolation related to maturational age:

elderly. Nurs Diagn. 1993; 4(1):37–44

Warren BJ. Explaining social isolation through concept analysis. Arch Psychiatr Nurs. 1993; 7(5):270–276

13 Domínio 13: Crescimento / desenvolvimento

13.1 Classe 1: Crescimento

Essa classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

13.2 Classe 2: Desenvolvimento

13.2.1 Risco de desenvolvimento atrasado

Nenhuma referência no momento.

Sobre o Grupo A

O Grupo A está preparado para ajudar pessoas e instituições a encontrarem respostas para os desafios da educação. Estudantes, professores, médicos, engenheiros, psicólogos. Profissionais das carreiras que ainda não têm nome. Universidades, escolas, hospitais e empresas das mais diferentes áreas. O Grupo A está ao lado de cada um. E também está nas suas mãos. Nos seus

conteúdos virtuais. E no lugar mais importante: nas suas mentes.

Acesse

0800 703 3444 sac@grupoa.com.br
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 Santana

CEP: 90040-340 • Porto Alegre / RS



Conheça também

ALFARO-LEFEVRE, R. ▶ Aplicação do Processo de Enfermagem: Fundamento para o Raciocínio Clínico – 8. Ed.

BARROS, A. L. L. (ORG.) ▶ Anamnese Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto – 3. Ed.

CARPENITO-MOYET, L.J. ▶ Manual de Diagnósticos de Enfermagem – 15. Ed.

CARPENITO-MOYET, L.J. ▶ Planos de Cuidados de Enfermagem e Documentação: Diagnósticos de Enfermagem e Problemas Colaborativos – 5. Ed.

GARCIA, T.R. (ORG.) ▶ Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: Aplicação à Realidade Brasileira, versão 2017.

JOINT COMMISSION RESOURCES (JCR) ▶ Temas e Estratégias para Liderança em Enfermagem: Enfrentando os Desafios Hospitalares Atuais

KNODEL, L.J. ▶ Administração em Enfermagem – Coleção Nurse to Nurse

LARRABEE, J.H. ▶ Prática Baseada em Evidências – Coleção Nurse to Nurse

LUNNEY, M. ▶ Pensamento Crítico para o Alcance de Resultados Positivos em Saúde: Análises e Estudos de Caso em Enfermagem

LYNN, P. ▶ Habilidades de Enfermagem Clínica de Taylor: Uma Abordagem ao Processo de Enfermagem – 2. Ed.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. ▶ Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e Prática – 8. Ed.

MCEWEN, M.; WILLS, E. ▶ Bases Teóricas de Enfermagem – 4. Ed.

TIMBY, B.K. ▶ Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem – 10. Ed.
