

Guía práctica de cuidados enfermeros en el donante de hemocomponentes

**Grupo de cuidados
enfermeros de la SETS**



Guía práctica de
Cuidados enfermeros en el
Donante de hemocomponentes

(segunda edición. Abril 2012)

Edita: **Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular**
Segunda edición abril 2012

Imprime: Texto y Color 65, S.L.
Deposito Legal: B.26391-2012
ISBN: 84.96032-65-5

PRESENTACIÓN

Representa para mí una gran satisfacción presentaros la segunda edición de la “Guía práctica de cuidados enfermeros en el donante de hemocomponentes” elaborada por el Grupo de Cuidados Enfermeros de la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular. Estoy convencido que al igual que en la anterior edición continuará siendo una referencia obligada para todos los profesionales de los Centros de Transfusión y Bancos de Sangre especialmente aquellos cuya actividad profesional se centra en el cuidado a los donantes.

3

Elaborada por profesionales de enfermería como documento de consulta y formación, se enmarca dentro del compromiso permanente del grupo de actualizar los conocimientos para mejorar las prácticas profesionales del colectivo. En esta revisión, los autores han aportado no solo sus conocimientos sino también su dilatada experiencia para la selección de la mejor bibliografía disponible dentro del área de conocimiento.

Desde aquí quiero transmitir en nombre de la Junta Directiva de la SETS mi agradecimiento a todos los profesionales de enfermería, en especial a los autores de esta Guía por su dedicación y compromiso.

Ramon Pau Pla Illa

Presidente

Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular

PRÓLOGO

La edición de esta nueva Guía, por parte del Grupo de Cuidados Enfermeros de la SETS, actualiza los contenidos de la edición anterior, incorporando una nueva y actual revisión bibliográfica y adaptando los nuevos diagnósticos enfermeros recogidos en la última edición de la Nanda 2009-2011.

El espíritu y objetivos de este trabajo, pretenden seguir la misión de la primera edición, que significó el poder disponer de una nueva herramienta de trabajo, moderna e innovadora, para poder prestar cuidados enfermeros de calidad a nuestros donantes, enmarcando nuestras intervenciones con una metodología enfermera propia.

5

Aspectos como el *rigor*, al describir la metodología, los criterios y las recomendaciones; la *claridad* en la presentación de los diagnósticos y las intervenciones y su *aplicabilidad* por parte de los profesionales, deberían de contribuir a la disminución de la variabilidad en la práctica enfermera en la atención del donante de hemocomponentes.

El valor diferencial de esta Guía es que centra sus recomendaciones en la atención al donante, como destinatario de nuestros cuidados, y no exclusivamente sobre el producto obtenido de su donación.

Por otro lado, el uso y la adaptación de la Guía a la realidad de cada centro, permite la visualización y el registro de los cuidados prestados, así como la capacidad de medir los objetivos y resultados alcanzados en sus intervenciones y actividades. Además, mini-

miza la invisibilidad de la enfermería a la par que permite medir, cuantitativa y cualitativamente, la actividad asistencial, reorientándola a la calidad, la eficiencia y la excelencia.

No queremos finalizar sin expresar nuestro reconocimiento al equipo que ha actualizado y revisado la presente Guía por su estu-
pendo trabajo, y además manifestar un recuerdo entrañable para todos los autores de la primera edición, que pusieron los cimientos de una nueva forma de entender y plantear la atención al donante de hemocomponentes bajo una mirada enfermera.

En el prólogo de la anterior, ya se pronosticaban futuras revisiones. Aquí tenemos la primera. Es la señal de que esta Guía está viva.

Pilar de la Peña Zarzuelo y Alfred Mingo i Sánchez.

La presente Guía, ha sido actualizada y modificada, a partir de la **Guía Práctica de Cuidados Enfermeros en el Donante de Hemocomponentes (2005)**, y coordinada por María Gloria Rivero Arias, del C.R.T.S de Cádiz:

Autores	
Victorina Guzmán Sánchez	Enfermera del C. R. T. S de Cádiz.
Rita Robles Campos	Enfermera del C.T.S de Huelva.
Belén Pastor Robles	Enfermera del C.T.S de Castilla-León.
Almudena García Valle	Enfermera del C.T.S de Castilla-León.

Los autores de la primera edición son:

Grupo de cuidados enfermeros SETS	
Manuela Fernández Filgueiro	Centro Comunitario de Sangre y Tejidos de Asturias
Marina Gómez Arcas	Distrito Sanitario Málaga
Pilar Gregori Sanz	Hospital Clínico de Valencia
Alfred Mingo Sánchez	Centre de Transfusió i Banc de Teixits de Catalunya
Pilar de la Peña Zarzuelo	Centro de Transfusión de la Comunidad de Madrid
Dolores Perea Martínez	Hospital Clinic de Barcelona
Ana Román Rodríguez	Centro Regional de Transfusión de Sevilla
Enrique Terol Fernández	Hospital Comarcal de la Axarquía

7

Colaboración:

Enfermeras que han participado en los cursos organizados por la SETS:

- "I Curso de Aplicación del Proceso Enfermero en el Cuidado al Donante". Centro Regional de Transfusión Sanguínea de Málaga, 2003.
- "Gestión de Cuidados Enfermeros en el Donante de Sangre y Hemocomponentes; Habilidades de Liderazgo". Banco de Sangre de San Sebastián, Donostia, Diciembre 2003.

- “Reorientación de la Práctica Enfermera en el Cuidado al Donante desde el Proceso Enfermero”. Banco de Sangre de Extremadura. Mérida, Enero 2004.
- “II Curso Aplicación Clínica del Proceso Enfermero en el Cuidado al Donante”. Centro de Transfusión de la Comunidad de Madrid. Madrid, Marzo 2004.
- “III Curso Aplicación Clínica del Proceso Enfermero en el Cuidado al Donante y Paciente Transfundido”. Centre de Transfusió i Banc de Teixits. Lleida, Marzo 2005.

INDICE

Introducción	11
Proceso enfermero. El proceso del cuidado	15
Etapas del proceso enfermero.....	16
Los cuidados como herramienta de gestión. Sistema de estandarización del lenguaje enfermero	21
Diagnósticos enfermeros. Taxonomía NANDA.....	21
Formulación de un diagnóstico de cuidados.....	25
Tipos de diagnósticos de cuidados.....	27
Clasificación de intervenciones enfermeras (NIC).....	29
Definición de términos.....	29
Clasificación de resultados enfermeros (NOC).....	30
Estructura y utilización de la guía.....	33
Diagnósticos enfermeros con Taxonomía NANDA, NOC y NIC.....	36
Intervenciones enfermeras y actividades.....	63
Criterios de resultados e indicadores.....	91
Anexos	113
Referencias bibliográficas.....	128

INTRODUCCIÓN

A la hora de elaborar esta guía, la enfermería aporta su capacidad profesional para valorar al individuo holísticamente, es decir, en su conjunto bio-psico-social-espiritual.

Las acciones de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinario, pero también llenas de paradojas; se nos pide que desarrollemos el pensamiento crítico, la capacidad de análisis, que consideremos los elementos de la globalización que afectan los sistemas de salud. Se exige, además, competencias técnicas de muy alto nivel, el mantenimiento de una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad.

11

“La práctica enfermera se centra en el *cuidado a la persona* (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su *entorno*, vive experiencias de *salud*” Kérouac, 1996). Por lo tanto, “la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona” (Diers, 1986).

El cuidado comprende aspectos afectivos relativos a la actitud y al compromiso, así como elementos técnicos. También comprende la identificación del significado del propio “cuidado” para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que se

persigue (Morse, Solberg et al., 1990; Pepin, 1992; Benner, 1989; citados por Kérouac, et al., 1996).

Al cuidar recurrimos a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.

Teniendo en cuenta que el objeto de nuestros cuidados es el donante de hemocomponentes, que es una persona sana, nuestro objetivo primordial es mantener su estado de salud antes, durante y después del proceso de la donación. Se trata de evitar, en el mismo, la aparición de reacciones o efectos adversos que pudieran derivarse de ese acto.¹

12

No obstante, debemos hacer extensivo también el ámbito de cuidados a la comunidad, puesto que cuidando la salud de ésta e informando y educando a sus miembros se fomenta la salud de los donantes reales y potenciales.

Así mismo, la nueva edición de esta guía es un intento de englobar, en un mismo manual, origen, y destino, principio y fin, asegurando la calidad en todo momento.

No debemos olvidar que la donación de hemocomponentes tiene como finalidad su transfusión al paciente (persona enferma), y que los hemoderivados (que se obtienen mediante un proceso farmacéutico-industrial) tienen como destino una persona sana o enferma, según el tipo.

Por ello es de suma importancia conocer el término de “*Hemovigilancia*”. Con él nos referimos al conjunto de medidas que, una vez implantadas, nos permiten detectar, registrar y analizar toda la información relativa a los efectos adversos o inesperados que puedan producirse en cualquier punto de la cadena transfusional, empezando en la selección de los donantes, la extracción de sangre, el procesamiento y análisis de los componentes sanguíneos, hasta la distribución y administración final a los pacientes.

El objetivo fundamental que persigue un sistema de hemovigilancia es generar una información veraz que contribuya a mejorar la seguridad transfusional y la donación sanguínea, implantando un control continuo, completo, riguroso y objetivo, que proporcione beneficios indiscutibles tanto a los receptores de los productos hemoterápicos como a los donantes de sangre.

PROCESO ENFERMERO. EL PROCESO DEL CUIDADO

Quisiera destacar algo que Florence Nightingale dijo en 1882 y que está de actualidad hoy día

“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar”

“El proceso enfermero es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes en el logro de resultados esperados”.²

15

El proceso enfermero se interpreta como la interacción de la enfermera/ o con el donante y el entorno donde se halla, y la identificación, por parte de la enfermera/ o, de determinados problemas que el donante manifiesta, mediante la observación de los síntomas o manifestaciones, con capacidad para emitir un juicio diagnóstico y planificar a continuación cuál es la mejor acción en beneficio del donante para la consecución de un fin esperado.³

Así mismo, se ha de aportar la “mirada enfermera” que va a permitir ver a la persona de forma integral, inserta en su entorno, con sus valores y motivaciones y unas necesidades que van a condicionar sus “respuestas”. Esa mirada proporciona los medios para poder inter-

² R. Alfaro.

³ Historia de la Enfermería. Evolución Histórica del Cuidado Enfermero. Catalina García Martín-Caro. HARCOURT.

venir ante esas respuestas humanas, y de esta manera ver, quiénes son realmente el objeto de los cuidados enfermeros en la donación:

- El donante: Entendiendo al donante como un ser integral, ante el cual se ha de tener claro los objetivos a conseguir, y utilizando para ello, una metodología propia y sistemática.
- La comunidad: No basta con realizar unos cuidados idóneos al donante. Se debe actuar sobre la comunidad favoreciendo conductas de salud hacia la donación, lo que va a repercutir en la salud de la sociedad. Se deben poner en marcha programas de salud que favorezcan la aparición de actitudes positivas hacia la donación.
- El enfermo: No se prestan cuidados directos al enfermo en la donación, pero se ha de tener en cuenta que también es objeto de nuestros cuidados de forma indirecta, a través de los productos que estamos obteniendo. La adecuada manipulación de los productos de la donación, permite aportar cuidados, aunque diferidos, al enfermo.

Etapas del proceso enfermero

En la actualidad, la enfermería que trabaja en los Centros de Transfusión y Bancos de Sangre, no ha tenido ningún marco conceptual donde basar su trabajo profesional, dada la escasa bibliografía existente así como los pocos trabajos de investigación que existen en estos campos. Con esta Guía se pretende abrir un campo de investigación a futuros trabajos que avalen la labor que las enfermeras de donantes llevan tanto tiempo ejerciendo.

Aunque pueden definirse múltiples características de éste método de atención a los cuidados, todas ellas se derivan de los vocablos que configuran el término: “Proceso”, “Atención” y “Enfermería”.

Siendo así, se consideran como características esenciales:

- Científicamente fundamentado: requiere un modelo conceptual que le de sentido.
- Orientado a unos problemas de cuidados (diagnósticos enfermeros) de salud claros y precisos.
- Organizado: pues proporciona un orden y secuenciación en las etapas que a su vez tienen una organización interna en fases, según A. Grifin.
- Sistematizado, donde cada una de sus fases dispone de unas reglas y normas para su correcto desarrollo.
- Dinámico al cambiar según la evolución de los acontecimientos.
- Interactivo, al tratarse de un servicio que como todos, parte de la interacción humana.
- Flexible, pues se adapta a las distintas circunstancias de cuidados.

17

Como simple recordatorio se muestran las bases sobre las cuales se estructura esta guía y sobre las cuales se debe basar el trabajo diario de enfermería.

Valoración: Es un proceso organizado, sistemático de recogida de datos procedentes de la entrevista, observación y exploración física, necesarios para el posterior diagnóstico y planificación de cuidados.

Diagnóstico: Es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad, en este caso el donante y la comunidad donante, a procesos vitales/ problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base para el logro de objetivos de los que enfermería es responsable. Existen diferentes formas de expresar los diagnósticos de enfermería, los sistemas de diagnósticos. El más utilizado internacionalmente, así como en el ámbito nacional

es la taxonomía NANDA. (North American Nursing Diagnosis Association).

Planificación: Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas humanas del donante, para evitar, reducir o corregir las respuestas alteradas identificadas en el diagnóstico enfermero. Durante la fase de planificación se elaboran los objetivos, y las intervenciones para la consecución de los mismos. Este proceso se materializa en un modelo teórico sobre el cual se proyecta un plan de cuidados para el donante.

Obviamente las actividades deben ser claras y capaces de poder realizarse en función de los recursos materiales y humanos de cuáles se disponen. No se deben confundir los planes de cuidados con los protocolos, que son normas rígidas de obligado cumplimiento, elaboradas en consenso sobre bases legales, estructurales y organizativas por cada centro sanitario.

18

Ejecución: Es la puesta en práctica del plan de cuidados, a través de las intervenciones y actividades de enfermería para la consecución de los objetivos. Esta etapa del proceso debe disponer de un sistema de soporte documental y registro, que facilite la continuidad asistencial y multidisciplinar.

Evaluación: La representación de las consecuencias que se producen en el donante tras las intervenciones enfermeras, conductuales, interpersonales y técnicas, y los cambios que se derivan de ellas, constituye el objeto de la evaluación. Si el donante no hubiera alcanzado los objetivos, se debe replantear el plan de cuidados desde la valoración.

Tanto en la planificación, como en la ejecución y evaluación, se precisan herramientas metodológicas que permitan la difusión de estos datos de manera eficiente. Para ello existen los sistemas estandarizados de lenguaje enfermero, como las taxonomías NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification), que proporcionan los mecanismos de evidencia científica y de universalización que permiten la investigación y la formulación de líneas de investigación para garantizar la calidad asistencial del donante y del producto/ bolsa.

LOS CUIDADOS COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN. SISTEMA DE ESTANDARIZACIÓN DEL LENGUAJE ENFERMERO

La necesidad de trabajar bajo normas de gestión de calidad, nos ha hecho replantear en más de una ocasión, la evidencia del cuidado en el donante. No es posible valorar si no disponemos de los mecanismos y herramientas para poder medir el trabajo real que la enfermera realiza a “pie de camilla”, la utilización de una taxonomía reconocida internacionalmente, facilita la gestión de cuidados al poder valorar de forma efectiva la intervención enfermera en el proceso de donación.

21

Diagnósticos enfermeros. Taxonomía NANDA.

Se puede definir el diagnóstico enfermero como la designación dada por las enfermeras a un fenómeno, que es foco de sus intervenciones.

En la actualidad contamos con la Taxonomía II, la cual permite clasificar los diagnósticos enfermeros sobre la base de patrones de salud del individuo o comunidad.

Esta nueva revisión, recopila los diagnósticos enfermeros más difundidos y aceptados a nivel mundial, y los que más han contribuido al desarrollo de la profesión, mediante la creación de un lenguaje enfermero común, primer paso para definir la actividad enfermera, posibilitar el pensamiento crítico y poder detallar un plan de cuidados, unos resultados esperados (NOC), y las intervenciones (NIC) necesarias para su consecución.

A continuación se revisan las principales características presentes en la revisión de diagnósticos de la Taxonomía NANDA II publicada en la edición *Diagnósticos enfermeros. NANDA (2009-2011)*.

En esta edición se mantiene el sistema de codificación de cinco dígitos de manera correlativa, manteniéndose la estructura taxonómica existente en la última edición (NANDA 2007-2008).

La clasificación de diagnósticos enfermeros de la Taxonomía NANDA II dispone de tres niveles de abstracción: dominios, clases y diagnósticos, siguiendo una estructura taxonómica basada en los patrones funcionales de Marjorie Gordon, aunque con algunas modificaciones.

La clasificación de diagnósticos enfermeros de la taxonomía NANDA II dispone de tres niveles de abstracción: dominios, clases y diagnósticos, siguiendo una estructura taxonómica basada en los patrones funcionales de Gordon, aunque con algunas modificaciones.

22

Los patrones pasan a denominarse “Dominios”, constituyendo el nivel más abstracto y general de la clasificación. Un “Dominio” es “una esfera de actividad, estudio o interés”. Existen 13 “Dominios”.

Dentro de cada “Dominio” existe un nivel más específico de reagrupamiento de los diagnósticos en “Clases”. Una “Clase” es “una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado”. Cada “Dominio” está dividido entre 3 y 6 “Clases” o Grupos diagnósticos relacionados, existiendo un total de 47 “Clases”.

Dentro de cada “Clase” se clasifican los 201 diagnósticos reales que componen la clasificación en la edición NANDA 2009-2011, y que componen el nivel más concreto y específico de la taxonomía. Hay que significar que en su edición la NANDA indica que existen 206 diagnósticos, pero en realidad existen 201.

Teniendo en cuenta lo anterior, se organizan los diagnósticos en trece dominios:

Dominio 1	Promoción de la salud	Dominio 2	Nutrición
Dominio 3	Eliminación e Intercambio	Dominio 4	Actividad/ Reposo
Dominio 5	Percepción / Cognición	Dominio 6	Autopercepción
Dominio 7	Rol/ Relaciones	Dominio 8	Sexualidad
Dominio 9	Afrontamiento/ Tolerancia al estrés	Dominio 10	Principios vitales
Dominio 11	Seguridad / protección	Dominio 12	Confort
Dominio 13	Crecimiento/ Desarrollo		

Cada uno de estos Dominios se dividen en Clases que se asocian a los diferentes diagnósticos sobre la base de los patrones de salud que estén o puedan estar afectados o alterados.

Los diagnósticos enfermeros en la Taxonomía NANDA constan de las siguientes partes:

- Nombre o etiqueta: es una denominación del fenómeno que observamos. Estas etiquetas pueden incluir descriptores del problema.
- Definición: da una definición clara y precisa del diagnóstico nombrado, delimitando su significado.

- Características definitorias: son manifestaciones objetivas o subjetivas que indican la presencia de esta etiqueta diagnóstica. Son concretas y se recogen durante la valoración.
- Factores relacionados: son factores que muestran alguna relación con el diagnóstico.
- Factores de riesgo: aquellas situaciones clínicas o personales que pueden modificar el estado de salud, provocando o influyendo en el desarrollo del problema. Estos factores aparecen en los diagnósticos de riesgo.
- Un código numérico de cinco dígitos. Único para cada diagnóstico.

Al definir un diagnóstico, debemos valorar al individuo o comunidad, definiendo los patrones de salud que se encuentran, o pudieran encontrarse alterados. En la nueva edición de la Taxonomía II NANDA de (2009-2011), se han realizado modificaciones en algunas nomenclaturas de alguna de las Clases existentes, en relación a la última edición.⁴

En la donación, los Dominios y Clases usados, son:

- Dominio 2: NUTRICIÓN
Clase 5: Hidratación.
- Dominio 4: ACTIVIDAD/ REPOSO
Clase 4: Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares.
- Dominio 5: PERCEPCIÓN/ COGNICIÓN
Clase 4: Cognición.
Clase 5: Comunicación.
- Dominio 6: AUTOPERCEPCIÓN
Clase 2: Autoestima.

⁴ ANEXO 2. Dominio y Clases. Taxonomía II NANDA (2009-2011).

- Dominio 9: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS
Clase 2: Respuestas de afrontamiento.
- Dominio 10: PRINCIPIOS VITALES
Clase 3: Valores/ Creencias/ Congruencia de las creencias.
- Dominio 11: SEGURIDAD/ PROTECCIÓN
Clase 2: Lesión física.
- Dominio 12: CONFORT
Clase 1: Confort físico.

Formulación de un diagnóstico de cuidados.

Cuanto mayor sea el conocimiento del problema o situación sobre la que enfermería va a actuar, mayores posibilidades de establecer una planificación adecuada de los cuidados y de conseguir la mayor efectividad posible en las intervenciones realizadas.

25

Esta relevancia de la fase diagnóstica, es la que motiva que en el enunciado de un diagnóstico enfermero, no se refleje exclusivamente el problema o la situación, sino que se incluya también el resto de información relevante para la toma de decisiones.

Toda esta información que compone el enunciado diagnóstico se estructura en el formato **P.E.S. (Problema – Etiología – Sintomatología)** de diagnósticos enfermeros.

El formato P.E.S. constituye una estructura aceptada internacionalmente para la formulación de un diagnóstico enfermero, donde la información se agrupa en tres apartados, aportando cada uno de ellos, un valor fundamental al mismo:

- **Problema (P):** es la parte central del enunciado donde se realiza una descripción específica y concreta del problema de cuidados,

o situación de riesgo. Este apartado constituye la “etiqueta diagnóstica” dentro del enunciado diagnóstico, e indica el tipo de respuesta de la persona o familia, ante la presencia de un problema, cambio o condicionante relevante.

- **Etiología (E):** en este apartado del enunciado se reflejan los agentes o factores causales del problema de cuidados instaurado, o de la situación de riesgo de instauración de un problema de cuidados.

A este apartado se le denomina de diferentes maneras, dependiendo fundamentalmente, del tipo de diagnóstico de cuidados al que hace referencia, empleándose el término de *factor relacionado*, cuando se refiera a un problema de cuidados ya instaurado (diagnóstico real), *factor de riesgo*, cuando su referencia es a la situación de alto riesgo de instauración del problema de cuidados (diagnóstico de riesgo), y *factor etiológico*, cuando hace referencia a un agente causal o raíz del problema de cuidados independiente, del tipo de diagnóstico.

- **Sintomatología (S):** describe en forma de signos y síntomas las manifestaciones de la persona como consecuencia del problema de cuidados, identificadas en la fase de valoración.

Constituye el elemento fundamental de confirmación del juicio clínico, permitiendo determinar tanto la intensidad del problema de cuidados, como el porcentaje de probabilidad de presencia del diagnóstico.

Estos tres apartados que componen el enunciado diagnóstico de los problemas de cuidados, se presentan habitualmente ordenados y enlazados en el formato PES con la siguiente estructura:



Para reflejar el enlace entre el “Problema” (etiqueta diagnóstica) y la “Etiología” (causa del problema, factor etiológico, factor etiológico, factor de riesgo o factor relacionado), se utiliza la fórmula “relacionado con”, que de manera abreviada, se significa como “r/c”:

Problema r/c Etiología

Para reflejar el enlace entre la “Etiología” (causa del problema, factor etiológico, factor de riesgo o factor relacionado), y la “Sintomatología” (signos y síntomas, manifestaciones del problema), se utiliza la fórmula “manifestado por,, que de manera abreviada se significa como “m/p”:

Problema r/c Etiología m/p Sintomatología

27

Tipos de diagnósticos de cuidados.

Existen diversos tipos de diagnósticos de enfermería con características diferentes en la composición de sus enunciados:

- Diagnósticos reales: Se trata de juicios clínicos que realiza enfermería, donde se describen problemas de cuidados existentes en el momento de la valoración, y que pueden ser abordados de manera independiente por este profesional.

En primer lugar, la etiqueta diagnóstica, seguida del factor relacionado mediante la fórmula vista anteriormente con (r/c), seguido de las características definitorias, mediante la fórmula (m/p).

Por ejemplo, en el entorno de la donación de sangre nos podemos encontrar el siguiente diagnóstico:

Temor relacionado con **falta de familiaridad con el proceso** manifestado por **miedo y aprensión**.

El formularlo en estos tres niveles nos permite conocer perfectamente el problema, y dónde centrar nuestras actuaciones.

- **Diagnósticos de riesgo o potenciales:** Se trata de juicios clínicos que realiza enfermería donde se describen problemas de cuidados que tienen una alta probabilidad de presentarse en un futuro próximo, en caso de no iniciarse medidas de prevención sobre los factores de riesgo.

En este caso se formularía anteponiendo la expresión “riesgo de” en la definición del problema, siendo seguido por el factor de riesgo mediante la fórmula (r/c). Nuestro ejemplo en relación a las donaciones de sangre podría ser:

28

Riesgo de disminución del gasto cardiaco relacionado con **estar en ayunas**.

El definir claramente los diagnósticos va a permitir centrar el ámbito de actuación, permitiendo definir con claridad los objetivos a alcanzar con los cuidados prestados a la persona o a la comunidad, así como poder orientar las intervenciones y actividades que son más efectivas para superar el problema.

Clasificación de intervenciones enfermeras (NIC).

La enfermería no cuida de forma innata, el cuidado que proporcionamos va encaminado a mejorar, conservar y promover la salud, y por tanto no se puede hacer sin un soporte científico y sustentado por un base metodológica.

El interés mundial por describir, evaluar y valorar la actuación de enfermería es una realidad que se cristaliza en movimientos que trabajan bajo planteamientos científicos, para hacer visible la actuación de enfermería y el impacto que las acciones enfermeras tienen en la salud de las personas y en la población en general, pero se necesitan instrumentos que ayuden a describir y evaluar las intervenciones enfermeras.

Definición de términos.

- **Acción de enfermería:** Proceso de interacción entre un sujeto, objeto del cuidado, y la enfermería. Este proceso de interacción se encuentra relacionado con las respuestas que una persona genera ante una alteración de la salud, o ante la enfermedad. La acción enfermera actúa sobre las causas y sobre las respuestas que alteran la salud, teniendo en cuenta que un de los factores que interactúan tanto en el paciente como en la enfermería, es el entorno.
- **Intervención de enfermería:** Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones incluyen tanto cuidados directos como indirectos, así como tratamientos puestos por médicos u otros sanitarios.
- **Intervención de enfermería indirecta:** Tratamiento realizado lejos del paciente, pero en beneficio del mismo, que incluye actuaciones ambientales y la colaboración interdisciplinar. Estas acciones apoyan la eficacia de las intervenciones directas.
- **Intervenciones enfermeras directas:** Todo tratamiento realizado por enfermería a través de la interacción con e paciente. Comprenden tanto acciones fisiológicas como psicosociales.

- Actividades enfermeras: Son acciones específicas que realiza enfermería para llevar a cabo una intervención, y que ayudan al paciente a avanzar hacia el resultado esperado.

La taxonomía de las intervenciones de enfermería va en función de las similitudes conceptuales. Se clasifican en tres niveles:

- Campo de actuación.
- Clases.
- Intervenciones (actividades).

Las intervenciones de enfermería N.I.C (NURSING INTERVENTIONS CLASIFICATION) incluyen tanto los niveles fisiológicos como psicosociales. Se utilizan para el tratamiento de enfermedades y para el fomento de la salud, pudiéndose usar tanto en cuidados individuales, como de la comunidad, así como en intervenciones de enfermería indirectas.

30

En la Clasificación taxonómica vigente, el número de intervenciones de enfermería con que contamos para la elaboración de actividades es de 542.

Clasificación de resultados enfermeros (NOC).

La N.O.C. (NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION), tiene como propósito el conceptualizar, etiquetar, validar y clasificar los resultados susceptibles de ser obtenidos mediante las intervenciones enfermeras.

La clasificación actual vigente cuenta con 385 resultados con definiciones, indicadores y escalas de medidas. En la clasificación, los resultados son para uso individual, familiar, poblacional o de

la comunidad. El término paciente se refiere al individuo que es destinatario de los cuidados de enfermería.

La clasificación contiene 17 escalas de medida. Dado que los resultados son conceptos variables que representan conductas, se seleccionó una escala LIKERT de 5 puntos. Esta escala proporciona suficiente variabilidad para garantizar la fiabilidad del resultado.

ESTRUCTURA Y UTILIZACIÓN DE LA GUÍA

La presente guía se encuentra estructurada en cuatro partes:

- Diagnósticos enfermeros con Taxonomía NANDA, NOC y NIC.
- Intervenciones enfermeras y actividades.
- Criterios de resultados y actividades.
- Anexos.

Diagnósticos enfermeros con Taxonomía NANDA, NOC y NIC.

En este apartado se presentan una serie de fichas con los diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración de mayor prevalencia en el cuidado a los donantes, interrelacionados con criterios de resultados e intervenciones. Cada ficha contiene los siguientes apartados:

- Etiqueta diagnóstica: Aparece el nombre del diagnóstico enfermero o problema de colaboración, junto con su codificación según la clasificación de Taxonomía II NANDA de (2009-2011); la fecha de alta de dicho diagnóstico, así como las fechas de las revisiones a las que se ha visto sujeto. Del mismo modo, se ofrece la información de a qué dominio y clase pertenece.

- **Definición:** Incluye la definición de la etiqueta diagnóstica en el ámbito de la donación.
- **Características definitorias:** Se describen signos y síntomas que pueden manifestar los donantes que presenten ese diagnóstico, siempre con la codificación numérica que aparece en la Taxonomía II NANDA.
- **Factores relacionados:** Define la etiología del problema identificado, es decir, la causa que lo origina. El factor relacionado va a condicionar la planificación de intervenciones. También aparecen codificados.
- **Factores de riesgo:** Aparecen en los diagnósticos de riesgo.
- **Criterios de resultados:** Son los resultados que esperamos obtener como consecuencia de las intervenciones enfermeras. Nos dan la medida del objetivo marcado.
- **Intervenciones enfermeras:** Son las intervenciones de elección para la consecución de los resultados esperados en el cuidado al donante.

Intervenciones enfermeras y actividades.

En este apartado de la guía se describe un listado de actividades para cada intervención enfermera descrita en las fichas diagnósticas.

Criterios de resultados e indicadores.

En este apartado, se presentan los indicadores a seleccionar para cada criterio de resultado que marquemos en el plan de cuidados del donante. Cada uno de estos indicadores se medirán mediante escalas de LIKERT que van de 1 a 5, siendo siempre 1 el peor

resultado, y 5 el mejor resultado posible. Estos indicadores nos darán la medida de la efectividad de las intervenciones realizadas.

Tanto las intervenciones NIC, como los criterios de resultados NOC, que aparecen en las fichas diagnósticas, vienen desarrolladas con sus respectivas actividades e indicadores de resultados. Éstas se han seleccionado y adaptado al cuidado de los donantes.

Diagnósticos enfermeros

Conocimientos deficientes (especificar) (00126)

Alta 1980

Dominio 5: Percepción / Cognición

Clase 4: Cognición

Definición

Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, en este caso, con el procedimiento de la donación.

Características definitorias

00590 Comportamientos exagerados.

00591 Comportamientos inapropiados (p. Ej., histeria, hostilidad, agitación,..)

03072 Realización inadecuada de las pruebas, indicaciones,...

03219 Seguimiento inexacto de las instrucciones.

03530 Verbalización del problema.

Factores relacionados

01725 Falta de exposición.

02521 Mala interpretación de la información (adquirida o condicionada por creencias, o debida a interpretación de experiencias anteriores negativas).

02929 Poca familiaridad con el proceso (donación).

(00126) Conocimientos deficientes (especificar)

CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA. NIC
<p>01701 Creencias sobre la salud: Capacidad percibida para actuar Convicciones personales que una persona (donante) puede cambiar en una determinada conducta de salud.</p> <p><i>Indicadores:</i> 170106 Confianza en la experiencia pasada con conductas de salud similares 170107 Confianza relacionada con experiencias observadas o anecdóticas de los demás</p> <p>01704 Creencias sobre la salud: Percepción de amenaza Convicción personal de que un problema de salud es grave y puede tener consecuencias negativas para el estilo de vida. (En este caso, el proceso de la donación y sus efectos adversos).</p> <p><i>Indicadores:</i> 170407 Gravedad percibida de las complicaciones</p>	<p>05240 Asesoramiento Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas del paciente (donante), para fomentar la capacidad de resolver problemas.</p> <p>05580 Información preparatoria: Sensorial Descripción en términos concretos y objetivos de las sensaciones y hechos normales asociados con un procedimiento / tratamiento (donación), de cuidados de salud estresante.</p> <p>05606 Enseñanza: Individual Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratarlas necesidades particulares del paciente (donante).</p>
<p>01814 Conocimiento: Procedimiento terapéutico (proceso de la donación) Grado de comprensión transmitido sobre un procedimiento (donación), requerido dentro de un régimen terapéutico.</p> <p><i>Indicadores:</i> 181401 Procedimiento terapéutico 181402 Propósito del procedimiento 181403 Pasos del procedimiento</p>	

Afrontamiento defensivo (00071)

Alta 1988

Revisiones 2006, 2009

Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición

Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen.

Características definitorias

00040 Actitud de superioridad ante otros

01050 Dificultad para percibir la realidad

01803 Falta de seguimiento en el tratamiento

01902 Grandiosidad

01957 Hipersensibilidad a las críticas

01959 Hipersensibilidad a los desaires

02683 Negación de debilidades evidentes

02686 Negación de problemas obvios

38

Factores relacionados

03979 Conflicto entre la autopercepción y el sistema de valores

03981 Miedo a fallar

04098 Bajo nivel de confianza en sí mismo

(00071) Afrontamiento defensivo**CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC**

01300 Aceptación: Estado de salud.
 Reconciliación con cambios significativos en las circunstancias de salud.

Indicadores:

130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.

01405 Autocontrol de los impulsos.

Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo.

Indicadores:

140512 Mantiene el autocontrol sin supervisión.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA. NIC

04920 Escucha activa.

Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del donante.

04380 Establecer límites.

Establecer los parámetros de una conducta deseable y aceptable del donante.

06654 Vigilancia: Seguridad.

Reunión objetiva, continuada y análisis de la información acerca del donante, y del ambiente para utilizarla en la promoción y mantenimiento de la seguridad.

Riesgo de traumatismo vascular. Hematoma (00213)

Alta 2008, NDE 2.1⁵

Dominio 11: Seguridad / Protección

Clase 2: Lesión física

Nota: En la versión anterior de la Guía Práctica de Cuidados Enfermeros en el Donante de Hemocomponentes, figuraba el diagnóstico RIESGO DEL DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA, para hacer referencia a uno de los efectos adversos de la donación de sangre o de alguno de sus componentes, como es el HEMATOMA.

Es sin embargo en la actualización del año 2008, donde aparece este nuevo diagnóstico de enfermería, que por su definición, sí puede servirnos para afrontar esta situación, y poder de esta manera enumerar unos resultados e intervenciones de enfermería a la hora de atender a los donantes en nuestra práctica diaria.

Definición

Riesgo de lesión de una vena y tejidos circundantes relacionado con la presencia de un catéter y / o con la perfusión de soluciones.

En las donaciones de aféresis (Plasmaféresis y Citaféresis), al donante se le infunde una perfusión de anticoagulante durante el procedimiento.

40

Factores de riesgo

03964 Tipo de catéter.

03965 Calibre del catéter.

03967 Fijación inadecuada del catéter.

03968 Ritmo de infusión.

03969 Zona de inserción.

03970 Duración de la inserción.

03971 Composición de la solución (p. Ej., concentración, temperatura,...)

Factores de riesgo fisiológicos:

- Mal acceso venoso.

- Presiones negativas / positivas de los sistemas de aféresis.

- Fragilidad capilar.

- Vena varicosa.

Factores de riesgo físicos:

- Diseño, estructura y disposición los equipos.

- Dificultad de accesibilidad de la vía.

Factores de riesgo conductuales:

- Agitación.

- Ansiedad.

⁵ ANEXO 3. Niveles de Evidencia Científica.

(002.13) Riesgo de traumatismo vascular. Hematoma**CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC****01814 Conocimiento: Procedimiento terapéutico.**

Grado de comprensión transmitido sobre un procedimiento requerido dentro de un régimen terapéutico (proceso de donación de hemocomponentes).

Indicadores:

- 181403 Pasos del procedimiento.
- 181404 Uso correcto del equipo.
- 181409 Acciones apropiadas durante las complicaciones.

01902 Control del riesgo.

Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud.

Indicadores:

- 190201 Reconoce factores de riesgo.
- 190203 Supervisa los factores de riesgo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA. NIC**04190 Punción intravenosa (i.v.)**

Inserción de una aguja / catéter en una vena periférica al efecto de administrar líquidos, sangre o fármacos.

04234 Flebotomía: Obtención de una unidad de sangre.

Obtención de sangre y productos sanguíneos de donantes altruistas.

Temor (00148)

Alta: 1980

Revisiones: 1996, 2000

Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Definición

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

Características definitorias

Fisiológicas:

00313 Aumento de la frecuencia respiratoria.

00318 Aumento de la presión arterial sistólica.

00346 Aumento del pulso.

01849 Fatiga.

02674 Náuseas.

02797 Palidez.

03258 Sequedad bucal.

Conductuales:

00340 Aumento de la alerta.

03997 Focalización limitada a la fuente de temor.

Cognitivas:

01109 Disminución de la capacidad de aprendizaje.

01116 Disminución de la productividad.

01182 Disminución de la capacidad para solucionar problemas.

02032 Identifica el objeto del miedo.

02496 Los estímulos se consideran una amenaza.

Factores relacionados

01727 Falta de familiaridad con la experiencia (proceso de donación, autotransfusión, aféresis o donación de células progenitoras).

02789 Origen innato o natural.

Dada la idiosincrasia de cada donante, éste no referirá tener miedo a nada en concreto. Es más frecuente en el donante habitual, que refiere miedo sin haber tenido experiencias previas negativas.

03149 Respuesta aprendida por condicionamiento (relacionada con reacciones adversas en donaciones anteriores, o por transmisión oral de familiares o conocidos).

(00148) Temor**CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC****01404 Control del miedo.**

Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de alarma, secundarios a una fuente identificable.

Indicadores:

- 140415 Mantiene el sentido del propósito a pesar del miedo.
- 140417 Supervisa / Verbaliza la intensidad del miedo.

01701 Creencias sobre la salud: Capacidad percibida para actuar.

Convicciones personales de un donante que puede cumplir una determinada conducta.

Indicadores:

- 170106 Experiencia pasada con la conducta sobre la salud similares.
- 170107 Confianza relacionada con experiencias observadas o anecdóticas de los demás.

01814 Conocimiento: Procedimiento terapéutico (proceso de la donación).

Grado de comprensión transmitido sobre los procedimientos requeridos en el proceso de la donación.

Indicadores:

- 181401 Procedimiento terapéutico.
- 181403 Busca información para reducir el miedo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA. NIC**05340 Presencia.**

Permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad.

05580 Información preparatoria: Sensorial.

Descripción de las sensaciones subjetivas y objetivas asociadas con el proceso de la donación.

05606 Enseñanza: Individual.

Planificación, puesta en marcha y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del donante.

Deterioro de la comunicación verbal (00051)

Alta: 1983

Revisiones: 1996, 1998

Dominio 5: Percepción / Cognición

Clase 5: Comunicación

Definición

Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, transmitir y / o usar un sistema de símbolos.

Características definitorias

00812 Déficit visual parcial.

00813 Déficit visual total.

02094 Incapacidad para hablar el idioma.

02733 No poder hablar.

03547 Verbalizar con dificultad.

44

Factores relacionados

00382 Barreras ambientales.

Dificultades para la comunicación por la ubicación y disposición de la zona de donación; el derecho a la intimidad, la confidencialidad de la entrevista o del acto de la donación.

00778 Defectos anatómicos.

La donación de sangre no está contraindicada en la ceguera ni en la sordera, y debemos tener actuaciones de integración en este aspecto.

01013 Diferencias culturales.

Hoy en día son cada vez más los inmigrantes que se acercan a donar, bien por primera vez, o para continuar con el hábito ya adquirido en sus países de origen.

01741 Falta de información.

Adaptada a las necesidades o al déficit que presente el donante.

01782 Falta de personas significativas.

Importante a la hora de facilitar la interacción necesaria para la confidencialidad, importante tanto en la entrevista como en el acto de la donación en sí. (Rotación del personal sanitario en las colectas de sangre).

(0005 I) Deterioro de la comunicación verbal**CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC**

00904 Comunicación: Receptiva.
Capacidad para recibir o interpretar los mensajes verbales y no verbales.

Indicadores:
090406 Reconocimiento de mensajes recibidos.

00907 Elaboración de la información.
Capacidad para adquirir, organizar y utilizar la información.

Indicadores:
090701 Identifica correctamente objetos comunes.

01700 Creencias sobre la salud.
Convicciones personales que influyen en la conducta.

Indicadores:
170010 Ausencia de barreras percibidas a la acción.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA. NIC

04974 Mejorar la comunicación: Déficit del habla.
Ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con trastornos del habla.

05340 Presencia.
Permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad.

05606 Enseñanza: Individual.
Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del donante.

07330 Intermediación cultural.
Establecer un puente, franquear o vincular el sistema sanitario convencional con un donante, familia o comunidad de una cultura diferente.

Afrontamiento familiar comprometido (00074)

Alta: 1980

Revisiones: 1996

Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas al afrontamiento

Definición

Una persona primaria (miembro de la familia o amigo) que da soporte habitualmente, está proporcionando apoyo, bienestar, ayuda o estímulo insuficiente, inefectivo, a lo que puede necesitar el paciente para favorecer las tareas adaptativas respecto a sus cambios de salud.

Es un estado de ánimo o desasosiego que sufre el donante (familiar o amigo) del enfermo al sentir que puede ofrecer una ayuda ineficaz en la curación de su familiar o conocido. Este diagnóstico se manifiesta sobre todo, en donantes familiares.

Características definitorias

02395 La persona de referencia describe o confirma una comprensión o conocimiento inadecuado que interfiere con las conductas de ayuda y soporte.

02399 La persona de referencia (donante) intenta poner en práctica comportamientos de ayuda o soportes con resultados poco satisfactorios, en el proceso de la donación, que puede ser destinado o no a su familiar.

02402 La reacción de la persona de referencia demuestra preocupación (p. Ej., temor, duelo anticipado, culpa, ansiedad) ante la enfermedad o incapacidad, o cualquier otra crisis situacional o e desarrollo del cliente.

03988 La persona de referencia muestra una conducta desproporcionada (por exceso o defecto) en relación con las capacidades o necesidad de autonomía el enfermo.

Factores relacionados

00903 Desorganización familiar y cambio temporal de roles.

02405 La persona de referencia está temporalmente sufriendo una crisis emocional, por lo que es incapaz de actuar de forma efectiva con respecto a las necesidades del paciente.

03021 Prolongación de la enfermedad que provoca una sensación de incapacidad de búsqueda de apoyo y ayuda por parte de los cuidadores principales.

04087 La persona de referencia tiene información o comprensión inadecuada.

(00074) Afrontamiento familiar comprometido**CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC****01700 Creencias sobre la salud.**

Convicciones personales que influyen en la conducta.

Indicadores:

170002. Amenaza percibida por la inactividad.

02604 Normalización de la familia.

Capacidad del sistema familiar para desarrollar y mantener estrategias para el funcionamiento óptimo cuando uno de sus miembros tiene una enfermedad o incapacidad crónica.

Indicadores:

260405 Adapta el programa para satisfacer las necesidades de los individuos afectados.

260419 Mantiene actividades y rutinas si procede.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA. NIC**05240 Asesoramiento.**

Utilización de una ayuda interactiva para apoyar la capacidad de resolver problemas y relaciones interpersonales.

05440 Aumentar los sistemas de apoyo.

Facilitar el apoyo del donante por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

07400 Guías del sistema sanitario.

Facilitar la utilización de los servicios sanitarios correspondientes.

Disminución del gasto cardiaco (00029)

Alta: 1975

Revisiones: 1996, 2000

Dominio 4: Actividad / Reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular / pulmonar

Definición

La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.

La Taxonomía NANDA II, presenta este diagnóstico en su nomenclatura en un estadio real, sin dejar la opción de diagnóstico posible.

No obstante, este diagnóstico enfermero se asemeja, por las características definitorias, a una reacción adversa que se recoge en un 80% de los registros de enfermería de los donantes, en expresiones como “mareo”, “lipotimia” o “reacciones vasovagales”. En todas estas circunstancias la enfermería trabaja con el equipo multidisciplinar para restablecer los signos vitales del donante a través de las intervenciones dependientes, incluidas en muchas ocasiones en protocolos establecidos.

Son en las intervenciones de prevención de este diagnóstico, donde enfermería actúa de forma independiente, y a las que se les debe dar el valor añadido que le corresponde. El personal de enfermería deberá actuar a través de intervenciones de prevención.

Por tanto es interesante empezar a trabajar desde la visión de la enfermería de donantes, en el diagnóstico de riesgo de disminución del gasto cardiaco secundario a:

Características definitorias:

00288 Arritmias.

00404 Bradicardias.

00477 Cambios de color de la piel.

01143 Disminución de los pulsos periféricos.

01849 Fatiga.

02804 Palpitaciones.

02917 Piel fría, sudorosa.

03521 Variaciones en la lectura de la presión arterial.

(00029) Disminución del gasto cardíaco**CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC****00802 Signos vitales.**

Grado en el que temperatura, pulso, respiración y presión sanguínea están dentro del rango normal.

Indicadores:

- 080203 Frecuencia del pulso radial.
- 080204 Frecuencia respiratoria.
- 080205 Presión arterial sistólica.
- 080206 Presión arterial diastólica.

00900 Cognición.

Capacidad para ejecutar los procesos mentales complejos.

Indicadores:

- 090005 Está orientado.
- 090007 Manifiesta memoria reciente.

01404 Autocontrol del miedo.

Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de alarma, secundarios a una fuente identificable.

Indicadores:

- 140417 Controla la respuesta del miedo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA. NIC**02300 Administración de medicación.**

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

04250 Manejo del shock.

Facilitar el aporte de oxígeno y nutrientes al tejido sistémico.

04260 Prevención del shock.

Detección y tratamiento de un donante con riesgo de shock.

05820 Disminución de la ansiedad.

Minimizar la aprensión, y/ o temor de la situación.

06200 Cuidados en la emergencia.

Puesta en práctica de las medidas de socorro en aquellas situaciones que resulten amenazadoras para la vida.

06654 Vigilancia: Seguridad.

Reunión objetiva, continuada y análisis de la información acerca del donante y del ambiente para la estimulación y mantenimiento de la seguridad.

06680 Monitorización de los signos vitales.

Recogida y análisis de los datos sobre el estado cardiovascular y respiratorio, para determinar y prevenir complicaciones.

Negación ineficaz (00072)

Alta. 1998

Revisiones: 2006, NDE 2.1

Dominio 9: Afrontamiento /Tolerancia al estrés

Clase 2. Respuestas al afrontamiento

Definición

Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento para reducir la ansiedad o temor en detrimento de la salud.

Características definitorias

02634 Minimiza los síntomas.

02657 Muestra emociones inapropiadas.

02731 No percibe la relevancia personal de los síntomas.

03169 Retraso en la búsqueda o rechazo de la atención en detrimento de la salud.

03480 Uso de autotratamientos.

Factores relacionados

00231 Ansiedad.

01661 Falta de apoyo de los demás.

01704 Falta de control sobre la situación (donación de sangre u otros hemocomponentes).

(00072) Negación ineficaz**CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC****01600 Conducta de adhesión.**

Acciones autolimitadas para fomentar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimas.

Indicadores:

160003 Busca información, relacionada con el proceso, de diversas fuentes para desarrollar estrategias sanitarias.

160007 Proporciona razones para adoptar la pauta.

160010 Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente con las necesidades.

01902 Control del riesgo.

Acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud.

Indicadores:

190201 Reconoce el riesgo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA. NIC**05240 Asesoramiento.**

Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del donante para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas.

05820 Disminución de la ansiedad.

Minimizar la aprensión, temor, relacionados con una fuente identificada o no, que el donante relaciona como un peligro por adelantado.

Incumplimiento (00079)

Alta: 1973

Revisiones: 1996, 1998

Dominio 10: Principios vitales

Clase 3: Valores / Creencias/ Congruencia de la acción

Definición

Conducta de una persona que no coincide con un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre éste y un profesional del cuidado de la salud. Cuando se ha acordado un plan, ya sea terapéutico o de promoción de la salud, la persona puede respetarlo total o parcialmente, o no cumplirlo en absoluto, lo que puede conducir a resultados clínicos efectivos, parcialmente efectivos o inefectivos.

En el proceso de la donación, es importante para garantizar la seguridad del donante, que éste cumpla las recomendaciones de autocuidados que se prescriben tras la donación.

En las autotransfusiones, donde se le proporciona un tratamiento adicional de aporte de hierro, así como recomendaciones nutricionales, el cumplimiento del régimen terapéutico, es importante para garantizar la consecución de las unidades en previsión.

En las entrevistas de los donantes, se puede detectar este diagnóstico en enfermedades crónicas (elevación de las cifras tensionales, no resolución de la anemia,...).

En estos casos se debería valorar la posibilidad de derivar a su entorno de Salud.

52

Características definitorias

00629 Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento, por observación directa o de personas significativas.

01459 Evidencia de desarrollo de complicaciones.

01461 Evidencia de exacerbación de los síntomas.

Factores relacionados

00025 Acceso a los cuidados.

01918 Habilidades personales.

00677 Conocimientos relevantes para la conducta prescrita.

02232 Influencias culturales.

03286 Sistema de valores individual.

00699 Conveniencia de los cuidados.

03515 Valoración social del plan.

01887 Fuerzas motivacionales.

03516 Valores espirituales.

(00079) Incumplimiento**CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC****01600 Conducta de adhesión.**

Acción autoiniciada para favorecer el bienestar, la recuperación y la rehabilitación.

Indicadores:

160004 Contrapesa los riesgos y los beneficios de la conducta terapéutica.

01700 Creencias sobre salud.

Convicciones personales que influyen en la conducta.

Indicadores:

170002 Amenaza percibida de inactividad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA. NIC**05240 Asesoramiento.**

Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del donante, para fomentar o para apoyar la capacidad de resolver problemas.

05606 Enseñanza: Individual.

Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del donante.

RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL (00153)

Alta: 2000

Dominio 6: Autopercepción

Clase 2. Autoestima

Definición

Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

En el caso de la donación de sangre u otros hemocomponentes, este diagnóstico lo podemos encontrar en aquellos donantes habituales en los que les es imposible continuar donando por superar la edad, presentar problemas patológicos, diabetes, anemias,...

Factores de riesgo

54

00482 Cambios del rol social.

Donantes con mucha antigüedad que no pueden seguir donando.

00987 Deterioro funcional relacionado con el envejecimiento.

Mayor edad requerida para poder donar.

01341 Enfermedad física (anemias, arritmias, procesos infecciosos,...)

01791 Falta de reconocimiento o recompensas.

(00153) Riesgo de baja autoestima situacional**CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC****01205 Autoestima.**

Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

Indicadores:

I 20502. Aceptación de las propias limitaciones.

01305 Modificación psicosocial: Cambio de vida.

Adaptación psicosocial de un individuo a un cambio de vida.

Indicadores:

I 30511. Expresiones de satisfacción y comprensión con su nueva situación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA. NIC**05390 Potenciación de la conciencia de sí mismo.**

Ayudar a un donante a que explore y comprenda pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.

05400 Potenciación de la autoestima.

Ayudar al donante a que aumente el juicio personal sobre su propia valía.

Dolor agudo (00132)

Alta: 1996

Dominio 12: Confort

Clase I: Confort físico

Definición

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain). De inicio súbito o lento de cualquier intensidad, de leve a grave con un final anticipado o previsible, y una duración inferior por definición a seis meses.

El identificar que el donante está padeciendo dolor como consecuencia del acto de la donación, es importante no solo para actuar sobre este problema, sino para prevenir posibles complicaciones.

El dolor puede ser signo de la aparición de un hematoma, y factor desencadenante de otro problema, como la disminución del gasto cardiaco.

56

Características definitorias

00624 Conducta expresiva (p. Ej., agitación, irritabilidad, suspiros, etc).

01896 Gestos de protección.

02295 Informe verbal de dolor.

03723 Máscara facial (p. Ej., ojos apagados, expresión abatida, movimientos fijos o escasos, gemidos,...).

Factores relacionados

00074 Agentes lesivos (venopunción).

(00132) Dolor agudo**CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC****01605 Control del dolor:**

Acciones personales para controlar el dolor:

Indicadores:

160502 Reconoce el comienzo del dolor.

160503 Utiliza medidas preventivas.

160511 Refiere dolor controlado.

160513 Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA. NIC**01400 Manejo del dolor.**

Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el donante.

06654 Vigilancia: Seguridad.

Reunión objetiva, continuada y análisis de la información acerca del donante y del ambiente para utilizarlo en la promoción y mantenimiento de la seguridad.

Riesgo de caídas (00155)

Alta: 2000

Dominio I I: Seguridad / Protección

Clase 2: Lesión física

Definición

Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

En las donaciones de sangre, tanto en las colectas, como en los Puntos Fijos, es posible que un donante se caiga tras realizar la donación, bien por levantarse demasiado rápido de la camilla y sufrir una reacción vasovagal, como tras un tropiezo con algún elemento físico en el suelo, caída por escaleras, etc.

También debemos estar atentos a los donantes con movilidad reducida, o aquellos más mayores, o a los que puedan presentar algún déficit visual.

58

Es por ello, que creemos importante desarrollar este diagnóstico en esta Guía.

Factores de riesgo

00973 Deterioro de la movilidad física.

01026 Dificultades visuales.

01363 Entorno desordenado.

01920 Habitación débilmente iluminada.

01973 Hipotensión ortostática.

(00155) Riesgo de caídas**CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC****01828 Conocimiento: Prevención de caídas.**

Grado de la comprensión transmitida sobre la prevención de caídas.

Indicadores:

182808 Cuándo pedir ayuda personal.

182815 Cambios en la presión sanguínea que aumentan el riesgo de caídas.

182818 Importancia de mantener el camino libre.

01909 Conducta de prevención de caídas.

Acciones personales o del acompañante del donante, para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno.

Indicadores:

190902 Provisión de ayuda personal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA. NIC**06490 Prevención de caídas.**

Establecer precauciones especiales en donantes con alto riesgo de lesiones por caídas. (p. Ej., donantes que realizan la donación por primera vez, y se muestran aprensivos; donantes con movilidad reducida, y / o donantes con dificultad en la visión).

06654 Vigilancia: Seguridad.

Reunión objetiva, continuada y análisis de la información acerca del donante, y del ambiente para utilizarla en la promoción y mantenimiento de la seguridad.

05606 Enseñanza: Individual.

Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del donante.

RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS (00025)

Alta: 1998

Revisión: 2008, NDE 2.1

Dominio 2: Nutrición

Clase 5: Nutrición

Definición

Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro de los líquidos intravasculares, intersticiales y / o intracelulares. Se refiere a la pérdida o aumento de líquidos corporales, o ambos.

Se incluye este diagnóstico en la Guía, dada la importancia de las donaciones de aféresis de plasma y plaquetas que se realizan en los Centros de Transfusiones.

60

En dichas donaciones, se administra durante el proceso de la donación, una solución de anticoagulante ACDA, siendo mayor el volumen administrado en el caso de las Citaféresis, por ser procedimientos más largos. El anticoagulante en cuestión, tiene como propiedad, el ser un quelante de los iones Calcio, o lo que es lo mismo, capturar el Calcio en la circulación periférica, pudiendo provocar en el donante una hipocalcemia de gravedad variable, dependiendo de los niveles de Calcio que tuviera el donante previos a la donación.

También hay que resaltar, el desequilibrio en los líquidos corporales, sobre todo en aquellos donantes que realizan aféresis de plasma con regularidad.

Factores de riesgo

03663 Sufrir una aféresis.

(00025) Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos**CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC****00600 Equilibrio electrolítico y ácido-base.**

Equilibrio de electrolitos y no electrolitos en los compartimentos intracelular y extracelular.

Indicadores:

- 060001 Frecuencia cardiaca.
- 060003 Frecuencia respiratoria.
- 060023 Sensibilidad en las extremidades.
- 060036 Calambres musculares.
- 060041 Parestesias.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA. NIC**02006 Manejo de electrolitos: Hipocalcemia.**

Favorecer el equilibrio del calcio sérico y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de aquél inferiores a los deseados.

02300 Administración de medicación.

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

04200 Terapia intravenosa (i.v.)

Administración y control de líquidos y fármacos por vía intravenosa.

06680 Monitorización de los signos vitales.

Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

Intervenciones de enfermería. NIC

Listado de intervenciones de enfermería más frecuentes en el cuidado al donante.

Código	Intervención
01400	Manejo del dolor
02006	Manejo de electrolitos: hipocalcemia
02300	Administración de medicación
02860	Autotransfusión
04190	Punción intravenosa (I.V)
04200	Terapia intravenosa (I.V)
04234	Flebotomía: obtención de una unidad de sangre
04250	Manejo del shock
04260	Prevención del shock
04380	Establecer límites
04920	Escucha activa
04974	Mejorar la comunicación: déficit del habla, auditivo y/ o visual
05240	Asesoramiento
05340	Presencia
05390	Potenciación de la conciencia de sí mismo
05400	Potenciación de la autoestima
05440	Aumentar los sistemas de apoyo
05580	Información preparatoria: sensorial
05606	Enseñanza: individual
05820	Disminución de la ansiedad
06200	Cuidados en la emergencia
06490	Prevención de caídas
06654	Vigilancia: seguridad
06680	Monitorización de los signos vitales
07330	Intermediación cultural
07400	Guías del sistema sanitario

Intervenciones NIC.

01400 Manejo del dolor

Alivio o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el donante.

Diagnóstico:

Dolor

Actividades

08177 Observar claves no verbales de molestia, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.

11209 Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer las respuestas del donante al dolor.

02709 Considerar las influencias culturales sobre las experiencias con el dolor.

11359 Utilizar un método de valoración adecuado que permita un seguimiento de los cambios en el dolor.

09638 Proporcionar información del dolor, tiempo que durará, causas del dolor e incomodidades debidas al procedimiento.

03055 Controlar los factores ambientales que pueden influir en las respuestas del donante a las molestias.

04202 Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten las experiencias del dolor (miedo, falta de conocimiento,...).

07999 Monitorizar el grado de satisfacción del donante con el control del dolor a intervalos especificados.

10865 Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor.

05131 Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (distracción, relajación, ...) antes de que se produzca el dolor o que aumente.

05586 Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor.

Intervenciones NIC.

02006 Manejo de electrolitos: hipocalcemia

Favorecer el equilibrio del Calcio sérico y prevenir complicaciones derivadas de los niveles de aquél, inferiores a los deseados.

Diagnóstico:

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

Actividades

11729	Vigilar si hay manifestaciones clínicas de hipocalcemia (p. Ej., tetania, hormigueo en las extremidades, parestesias bucales, espasmos en los músculos de la cara o extremidades, convulsiones,...).
08689	Observar si se producen manifestaciones cardiovasculares, como resultado de la hipocalcemia (disminución del gasto cardiaco, hipotensión).
08720	Observar si se producen manifestaciones gastrointestinales derivadas de la hipocalcemia (nauseas, vómitos, dolor abdominal tipo cólico).
07876	Mantener una vía intravenosa permeable.
00384	Administrar sales de Calcio por prescripción (carbonato cálcico, gluconato cálcico,...), que utilizan sólo Calcio diluido en dextrosa al 5%, lentamente si está indicado.
08670	Observar si se producen efectos secundarios como consecuencia de la administración intravenosa de Calcio (p. Ej., bradicardia, hipotensión, daños en tejidos circundantes por extravasación,...).
07425	Instruir al donante y familia sobre las medidas tomadas para tratar la hipocalcemia.
04996	Enseñar al donante la necesidad de hábitos para controlar la hipocalcemia, sobre todo si se realizan con frecuencia aféresis de plasma o de plaquetas (p. Ej., ejercicios regulares con carga de peso, disminución de la ingesta de alcohol, mayor ingesta oral de Calcio en la alimentación, ...).

Intervenciones NIC

02300 Administración de medicación

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

Diagnósticos:

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

Disminución del gasto cardiaco

Actividades

08377 Observar si existen posibles alergias en el donante, así como interacciones y contraindicaciones en el medicamento.

07376 Informar al donante de las acciones y efectos adversos esperados de la medicación.

01775 Ayudar al donante a tomar la medicación.

10418 Registrar la administración de la medicación al donante.

00251 Administrar la medicación con la técnica y vía adecuada.

Intervenciones NIC

02860 Autotransfusión

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

Diagnósticos:

Riesgo de déficit de volumen de líquidos

Disminución del gasto cardiaco

Actividades

02582 Comprobar si las medidas de recuperación sanguínea son las adecuadas.

09249 Preparar la sangre para la reinfusión.

08753 Obtener el consentimiento informado del paciente.

07342 Instruir al paciente sobre el procedimiento correspondiente.

I 1200 Utilización el sistema de recuperación de sangre adecuado.

04367 Dispositivo de recogida etiquetado con el nombre del paciente, el número de hospital, fecha y hora de comienzo de la recogida.

07980 Monitorizar al paciente y el sistema frecuentemente durante la recuperación.

07755 Mantener la integridad del sistema antes, durante y después de la recuperación de la sangre.

05767 Examinar la sangre para determinar lo adecuado de la reinfusión.

07753 Mantener la integridad de la sangre entre el salvamento y la reinfusión.

10429 Registrar la hora de comienzo de recogida, estado de la sangre, tipo y cantidad de anticoagulante y recuperación de volumen.

07810 Mantener las precauciones universales.

Intervenciones NIC

04190 Punción intravenosa (I.V)

Inserción de una aguja o catéter en una vena periférica al efecto de administrar líquidos, sangre o fármacos.

Diagnóstico:

Riesgo de traumatismo vascular

Actividades

07308 Instruir al donante acerca del procedimiento.

10214 Realizar una técnica aséptica estricta.

06774 Identificar si el donante es alérgico a algún medicamento, yodo, o el esparadrapo.

09016 Pedir al donante que se mantenga quieto mientras se realiza la venopunción.

09479 Proporcionar apoyo emocional, si procede.

10863 Seleccionar una vena apropiada para la venopunción.

04463 Elegir el tipo adecuado de aguja en función del propósito y la duración de su uso.

07633 Limpiar la zona con una solución adecuada, según el protocolo del centro.

07128 Insertar la aguja de acuerdo con las instrucciones del fabricante.

03762 Determinar la correcta colocación mediante la observación de la sangre en la cámara o en el sistema.

06218 Fijar la aguja con esparadrapo en el sitio firmemente.

07663 Llevar a cabo las precauciones universales.

Intervenciones NIC

04200 Terapia intravenosa (I.V)

Administración y control de líquidos y fármacos por vía intravenosa.

Diagnóstico:

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

Actividades

11486	Verificar la orden de la terapia intravenosa.
10120	Realizar los cinco principios antes de iniciar la infusión o administración de medicamentos (fármaco, dosis, paciente, vía y frecuencia).
10214	Realizar una técnica aséptica.
00327	Administrar medicamentos intravenosos según prescripción y observar los resultados.
11612	Vigilar la frecuencia del flujo intravenoso, y el sitio de punción durante la infusión.
11696	Vigilar los signos vitales.
08634	Observar si se presentan signos y síntomas asociados a la flebitis por infusión.
04407	Documentar la terapia.
07797	Mantener las precauciones universales.

Intervenciones NIC

04324 Flebotomía: obtención de una unidad de sangre

Obtención de sangre y productos sanguíneos (plasmaféresis y citaféresis) de donantes altruistas.

Diagnóstico:

Riesgo de traumatismo vascular

Actividades

10800	Seguir el protocolo del centro para el análisis y aceptación del donante.
08788	Obtener la información demográfica del donante.
08748	Obtener el consentimiento escrito del donante para la extracción y utilización de sus sangre.
01128	Asegurarse de que el donante ha comido en las 4 a 6 horas anteriores a la donación de sangre o componentes.
03924	Determinar los niveles de hemoglobina.
09073	Pesar y comprobar los signos vitales antes de la donación.
01085	Asegurar la disponibilidad del equipo de emergencia.
01155	Asegurarse de que la piel en el sitio de la venopunción está exenta de lesiones.
07868	Mantener una técnica aséptica estricta.
10709	Reunir el equipo.
05475	Etiquetar todo el equipo según el protocolo de la institución.
10105	Realizar la venopunción.
01157	Asegurarse de que la sangre recogida en la bolsa, se mezcla con anticoagulante.
04814	Enseñar al donante a elevar el brazo y aplicar presión firme 2 o 3 minutos después de finalizar el proceso de donación de sangre, o de productos sanguíneos.
09025	Permanecer con el donante durante e inmediatamente después de la extracción de sangre u otro componente.
00686	Animar al donante a que se quede tumbado o sentado de 10 a 15 minutos tras la extracción.
04811	Fomentar la ingesta de líquidos para reemplazar el volumen perdido durante la donación.

Intervenciones NIC

04250 Manejo del shock

Facilitar el aporte de oxígeno y nutrientes al tejido sistémico, y extracción de productos de desecho celular en un donante con perfusión tisular gravemente alterada.

Diagnóstico:

Disminución del gasto cardiaco

Actividades

08061 Anotar la presencia de taquicardia, disminución de la presión sanguínea, palidez, disminución del llenado capilar.

02178 Colocar al donante en una posición que optimice la perfusión.

00271 Administrar líquidos intravenosos para mantener las presiones hemodinámicas.

08887 Ofrecer apoyo emocional al donante y a sus acompañantes.

07142 Insertar y mantener una vía intravenosa de buen calibre.

07200 Instaurar y mantener la permeabilidad de las vías aéreas.

Intervenciones NIC

04260 Prevención del shock

Detección y tratamiento de un donante con riesgo de shock inminente.

Diagnóstico:

Disminución del gasto cardiaco

Actividades

- | | |
|--------|---|
| I 1817 | Comprobar el estado circulatorio: presión sanguínea, color, temperatura de la piel, frecuencia y ritmo cardiaco, así como la calidad de los pulsos periféricos. |
| I 1816 | Comprobar si hay aprehensión, aumento de la ansiedad, y cambios en el estado mental. |
| I 1806 | Colocar al donante en posición supina con ligera elevación de las piernas para aumentar la precarga, si procede. |
| I 1805 | Administrar líquidos vía oral o intravenosa, si procede. |
| 07412 | Instruir al donante y a la familia acerca de los factores desencadenantes del shock. |
| 07381 | Instruir al donante acerca de los pasos a seguir si aparecen los síntomas de shock. |

Intervenciones NIC

04380 Establecer límites

Establecer los parámetros de una conducta deseable y aceptable del donante.

Diagnóstico:

Afrontamiento defensivo

Actividades

05280 Establecer expectativas razonables de la conducta del donante en función de la situación.

08705 Observar si se producen o no las conductas deseadas del donante.

09111 Poner en marcha las consecuencias establecidas para la aparición / ausencia de las conductas deseadas.

05311 Establecer las consecuencias (con la participación del donante) de aparición / ausencia de conductas deseadas.

Intervenciones NIC

04920 Escucha activa

Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del donante.

Diagnóstico:

Afrontamiento defensivo

Actividades

05272 Establecer el propósito de la interacción.

08098 Mostrar interés en el donante.

02040 Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.

08093 Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.

05424 Estar atento a la propia actitud física en la emisión de mensajes no verbales.

06755 Identificar los temas de interés mutuo.

03694 Determinar los significados de los mensajes, a partir de las experiencias pasadas.

00049 Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.

11476 Verificar la comprensión del mensaje.

05597 Evitar minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura.

Intervenciones NIC

04974 Mejorar la comunicación: déficit auditivo, del habla y / visual

Ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para poder comunicarse con donantes con alguno de estos deterioros.

Diagnóstico:

Deterioro de la comunicación verbal

Actividades

03350 Dar indicaciones sencillas, utilizando palabras simples y frases cortas.

05220 Escuchar atentamente.

01245 Aumentar el volumen de la voz si procede.

07953 Mirar directamente al donante, hablar despacio, claro y conciso.

07652 Llamar la atención del donante mediante el contacto físico.

11217 Utilizar gestos con las manos si procede.

11351 Utilizar un intérprete, si resulta necesario.

03510 Describir el ambiente al donante.

02018 Caminar uno o dos pasos por delante del donante, tomándolo de la mano.

Intervenciones NIC

05240 Asesoramiento

Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del donante, para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas.

Diagnósticos:

Conocimientos deficientes (especificar)

Afrontamiento familiar comprometido

Negación ineficaz

Incumplimiento

Actividades

05410 Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

03446 Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.

05339 Establecer metas.

04274 Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad.

09674 Proporcionar la información objetiva.

06183 Favorecer la expresión de sentimientos.

01627 Ayudar al donante a identificar el problema o la situación causante del trastorno.

06582 Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del donante y el punto de vista del equipo de extracción.

05961 Expresar oralmente la discrepancia entre los sentimientos del donante y la conducta del donante.

01739 Ayudar al donante a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos.

06386 Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados.

10373 Reforzar nuevas habilidades.

Intervenciones NIC

05340 Presencia

Permanecer con el donante durante los momentos de necesidad, tanto física como psicológica.

Diagnósticos:

Temor

Deterioro de la comunicación verbal

Actividades

08110 Mostrar una actitud de aceptación.

02620 Comunicar oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que está pasando el donante.

10889 Ser sensible con las tradiciones y creencias del donante.

05391 Establecer una consideración de confianza positiva.

05229 Escuchar las preocupaciones del donante.

09035 Permanecer en silencio, si procede.

05261 Establecer contacto físico con el donante para expresar consideración, si resulta oportuno.

05430 Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.

01554 Ayudar al donante a darse cuenta de que se está disponible, pero sin reforzar conductas dependientes.

09033 Permanecer con el donante y transmitirle seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad.

08925 Ofrecerle la posibilidad de estar en contacto con personas de apoyo, si procede.

Intervenciones NIC

05390 Potenciación de la conducta de sí mismo

Ayudar a un donante a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.

Diagnóstico:

Riesgo de baja autoestima situacional

Actividades

00802 Ayudar al donante a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.

01695 Ayudar a identificar los valores que contribuyen al concepto de sí mismo.

06087 Facilitar la identificación de la forma de respuesta habitual a situaciones parecidas.

01663 Ayudar a identificar las prioridades de la vida.

01772 Ayudar al donante a ser consciente de sus frases negativas sobre sí mismo.

01640 Ayudar a identificar con el donante la fuente de motivación.

Intervenciones NIC

05400 Potenciación de la autoestima

Ayudar al donante a que aumente el juicio personal de su propia valía.

Diagnóstico:

Riesgo de baja autoestima situacional

Actividades

08297 Observar las frases del donante sobre su propia valía.

03759 Determinar la confianza del donante en sus propios juicios.

00732 Animar al donante a identificar virtudes.

01667 Ayudar al donante a identificar las respuestas positivas de los demás.

00028 Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.

01756 Ayudar al donante a identificar las autopercepciones negativas que está teniendo.

05947 Explorar las causas de la autocrítica o culpa.

00721 Animar al donante a evaluar su propia conducta.

10282 Recompensar o alabar la consecución de sus objetivos.

06152 Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

Intervenciones NIC

05440 Aumentar los sistemas de apoyo

Facilitar el apoyo del donante por parte de la familia, amigos y la comunidad.

Diagnóstico:

Afrontamiento familiar comprometido

Actividades

03761 Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.

03946 Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.

05794 Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.

09762 Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y apoyo.

Intervenciones NIC

05580 Información preparatoria: sensorial

Descripción en términos concretos y objetivos, de las sensaciones y hechos normales asociados con un procedimiento (donación) estresante que se avecina.

Diagnósticos:

Conocimientos deficientes (especificar)

Temor

Actividades

06643 Identificar la secuencia de eventos, y describir al donante el entorno asociado con la donación.

03536 Describir las sensaciones en términos concretos y objetivos utilizando palabras descriptivas.

10497 Relacionar las sensaciones con sus causas.

09307 Presentar las sensaciones y el proceso de la donación en la secuencia en que más probablemente tendrá lugar.

06697 Centrarse en las sensaciones sensoriales descritas por la mayoría de los donantes.

09054 Personalizar la información.

03297 Dar al donante la oportunidad de hacer preguntas.

Intervenciones NIC

05606 Enseñanza: individual

Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del donante.

Diagnósticos:

Conocimientos deficientes (especificar)

Temor

Deterioro de la comunicación verbal

Incumplimiento

Riesgo de caídas

Actividades

05291 Establecer la credibilidad del educador.

03886 Determinar las necesidades de enseñanza del donante.

11418 Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos por parte del donante.

11430 Valorar las capacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas para asimilar el aprendizaje.

03811 Determinar la motivación del donante para asimilar la información específica.

06734 Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas.

10352 Reforzar la conducta.

03226 Corregir la mala interpretación de la información, dar tiempo al donante para que haga preguntas y discuta inquietudes.

10845 Seleccionar y proporcionar los materiales educativos y de información necesarios.

Indicaciones NIC

05820 Disminución de la ansiedad

Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con la donación por adelantado.

Diagnósticos:

Temor

Disminución del gasto cardiaco

Negación ineficaz

Actividades

11346 Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.

05917 Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante la donación.

11090 Tratar de comprender la perspectiva del donante sobre una situación estresante.

09030 Permanecer con el donante para promover la seguridad y reducir el miedo.

09797 Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.

07714 Mantener el equipo de extracción fuera de la vista,

05221 Escuchar con atención.

03242 Crear un ambiente que facilite la confianza.

00837 Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

06707 Identificar los cambios en el nivel de ansiedad / temor.

03049 Controlar los estímulos del donante.

07348 Instruir al donante sobre el uso de técnicas de relajación.

Intervenciones NIC

06200 Cuidados en las emergencias

Puesta en práctica de las medidas de salvamento en situaciones amenazantes para la vida del donante.

Diagnóstico:

Disminución del gasto cardíaco

Actividades

00113 Activar el sistema de urgencia médica.

07788 Mantener la vía aérea abierta.

11080 Trasladar al donante a un sitio seguro si es posible.

11696 Vigilar los signos vitales.

11656 Vigilar el nivel de conciencia.

09840 Proporcionar seguridad y apoyo emocional al donante.

09108 Poner en marcha el transporte médico, si procede.

Intervenciones NIC

06490 Prevención de caídas

Establecer precauciones especiales en donantes con alto riesgo por caídas.

Diagnóstico:

Riesgo de caídas

Actividades

06583 Identificar déficits cognoscitivos o físicos del donante que puedan aumentar la posibilidad de caídas.

06580 Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.

06658 Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (p. Ej., suelos resbaladizos, tramos de escaleras en los locales de colecta, ...).

01339 Ayudar en la deambulación al donante inestable.

07329 Instruir al donante para que pida ayuda si lo precisa.

10690 Retirar mobiliario que suponga un riesgo de tropiezo.

04355 Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.

Intervenciones NIC

06654 Vigilancia: seguridad

Reunión objetiva y continuada de información acerca del donante y del ambiente, para utilizarla en la estimulación y mantenimiento de la seguridad.

Diagnósticos:

Afrontamiento defensivo

Disminución del gasto cardiaco

Dolor agudo

Riesgo de caídas

Actividades

08619 Observar si hay alteraciones de la función física o cognitiva del donante que pueda conducir a una conducta insegura.

11532 Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad.

03645 Determinar el grado de vigilancia requerido por el donante en coordinación con el equipo de extracción, en función de los peligros potenciales.

09570 Proporcionar el nivel adecuado de vigilancia / supervisión para vigilar al donante y permitir las acciones terapéuticas si fuesen necesario.

02169 Invitar al donante a situarse en un lugar que permita un mayor grado de vigilancia.

02606 Comunicar la información acerca del riesgo del paciente a los otros miembros del equipo.

Intervenciones NIC

06680 Monitorización de los signos vitales

Recogida y análisis de los datos sobre el estado cardiovascular y respiratorio del donante, para determinar y prevenir complicaciones.

Diagnósticos:

Disminución del gasto cardiaco

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

Actividades

02560 Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del donante.

03134 Controlar periódicamente (según protocolo del centro) la presión sanguínea, la frecuencia cardiaca y respiratoria del donante.

02972 Controlar la presión sanguínea mientras el donante está tumbado, sentado y de pie, antes y después de la donación si procede.

06570 Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales del donante.

08336 Observar periódicamente el color, temperatura y humedad de la piel del donante.

00873 Anotar tendencias y fluctuaciones de los signos vitales.

Intervenciones NIC

07330 Intermediación cultural

Establecer un puente. Vincular el sistema sanitario convencional en este caso, en el ámbito de la donación con un donante de una cultura diferente.

Diagnóstico:

Deterioro de la comunicación verbal

Actividades

03812 Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tiene el donante y el profesional de enfermería sobre el proceso de la donación.

11104 Tratar las discrepancias abiertamente y aclarar los conflictos.

02687 Conseguir, cuando no se puedan resolver los conflictos, un compromiso de tratamiento aceptable en función del conocimiento biomédico, respetando el punto de vista del donante y de las normas éticas (p. Ej., Ramadam).

03298 Dar al paciente más tiempo del normal, para que asimile la información y medite la toma de decisiones.

07886 Mantenerse relajado y sin prisas en los contactos con el donante.

11355 Utilizar un lenguaje sencillo evitando tecnicismos.

06061 Facilitar la comunicación intercultural (uso de un traductor si fuese necesario).

11064 Traducir la terminología sobre el procedimiento y recomendaciones postdonación a la lengua del donante.

Intervenciones NIC

07400 Guías del sistema sanitario

Facilitar al donante la localización y la utilización adecuada de los servicios sanitarios.

Diagnóstico:

Afrontamiento familiar comprometido

Actividades

06491 Informar acerca de las implicaciones que supone firmar un consentimiento informado.

10777 Revisar y reforzar la información proporcionada sobre la donación por otros profesionales sanitarios.

06982 Informar al donante del tiempo, procedimiento y reacciones adversas de la donación.

09718 Proporcionar instrucciones escritas sobre las actividades posteriores de cuidados (p. Ej., cuidados de la punción, posibles reacciones adversas, realización de deporte, ...).

Criterios de resultados. NOC

Listado de criterios de resultados más frecuente, en el cuidado de enfermería al donante

Código	Criterio de resultado
00600	Equilibrio electrolítico y ácido-base
00802	Signos vitales
00900	Cognición
00904	Comunicación: receptiva
00907	Elaboración de la información
01205	Autoestima
01300	Aceptación: estado de salud
01305	Modificación psicosocial: cambio de vida
01404	Autocontrol del miedo
01405	Autocontrol de los impulsos
01600	Conducta de adhesión
01605	Control del dolor
01700	Creencias sobre la salud
01701	Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar
01704	Creencias sobre la salud: percepción de amenaza
01814	Conocimiento terapéutico
01828	Conocimiento: prevención de caídas
01902	Control del riesgo
01909	Conducta de prevención de caídas
02604	Normalización de la familia

Criterios de resultados NOC

00600 Equilibrio electrolítico y ácido-base

Equilibrio de electrolitos y no electrolitos en los compartimentos intracelular y extracelular.

Dominio: Salud fisiológica.

Clase: Líquido y electrolitos.

Escala: Grave hasta Ninguno, y DGDRN hasta SDGDRN*.

Diagnóstico:

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

Indicadores	Likert
060001 Frecuencia cardiaca *	1-2-3-4-5
060003 Frecuencia respiratoria *	1-2-3-4-5
060023 Sensibilidad en las extremidades *	1-2-3-4-5
060036 Calambres musculares	1-2-3-4-5
060038 Nauseas	1-2-3-4-5
060041 Parestesias	1-2-3-4-5

* Desviación Grave del Rango Normal, hasta Sin Desviación del Rango Normal.

Criterios de resultados NOC

00802 Signos vitales

Grado en que la temperatura, pulso, respiración y presión sanguínea están dentro del rango normal.

Dominio: Salud fisiológica.

Clase: Regulación metabólica.

Escala: Desviación Grave de Rango Normal, hasta Sin Desviación del Rango Normal.

Diagnóstico:

Disminución del gasto cardíaco

Indicadores	Likert
080203 Frecuencia del pulso radial	1-2-3-4-5
080204 Frecuencia respiratoria	1-2-3-4-5
080205 Presión arterial sistólica	1-2-3-4-5
080206 Presión arterial diastólica	1-2-3-4-5

Criterios de resultados NOC

00900 Cognición

Capacidad para ejecutar los procesos mentales complejos.

Dominio: Salud fisiológica.

Clase: Neurocognitiva.

Escala: Gravemente Comprometido, hasta No Comprometido.

Diagnóstico:

Disminución del gasto cardíaco

Indicadores	Likert
090005 Está orientado	1-2-3-4-5
090007 Memoria reciente	1-2-3-4-5

Criterios de resultados NOC

00904 Comunicación: receptiva

Recepción e interpretación de mensajes verbales y / o no verbales.

Dominio: Salud fisiológica.

Clase: Neurocognitiva.

Escala: Gravemente Comprometido, hasta No Comprometido.

Diagnóstico:

Deterioro de la comunicación verbal

Indicadores	Likert
090406 Reconocimiento de mensajes recibidos	1-2-3-4-5

Criterio de resultados NOC

00907 Elaboración de la información

Capacidad para adquirir, organizar y utilizar la información.

Dominio: Salud fisiológica.

Clase: Neurocognitiva.

Escala: Gravemente Comprometido, hasta No Comprometido.

Diagnóstico:

Deterioro de la comunicación verbal

Indicadores	Likert
090701 Identifica objetos comunes	1-2-3-4-5

Criterios de resultados NOC

01205 Autoestima

Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

Dominio: Salud psicosocial.

Clase: Bienestar psicológico.

Escala: Nunca Positivo, hasta Siempre Positivo.

Diagnóstico:

Riesgo de baja autoestima situacional

Indicadores	Likert
I20502 Aceptación de las propias limitaciones	1-2-3-4-5

Criterios de resultados NOC

01300 Aceptación: estado de salud

Reconciliación con cambios significativos en las circunstancias de salud.

Dominio: Salud psicosocial.

Clase: Adaptación psicosocial.

Escala: Nunca Demostrado, hasta Siempre Demostrado.

Diagnóstico:

Afrontamiento defensivo

Indicadores	Likert
I 30008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.	1-2-3-4-5

Criterios de resultados NOC

01305 Modificación psicosocial: cambio de vida

Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante.

Dominio: Salud psicosocial.

Clase: Adaptación psicosocial.

Escala: Nunca Demostrado, hasta Siempre Demostrado.

Diagnóstico:

Riesgo de baja autoestima situacional

Indicadores	Likert
I 305 I I Expresiones de satisfacción con la reorganización de la vida.	1-2-3-4-5

Criterio de resultados NOC

01404 Autocontrol del miedo

Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de alarma, secundarios a unas fuentes identificables.

Dominio: Salud psicosocial.

Clase: Autocontrol.

Escala: Nunca Demostrado, hasta Siempre Demostrado.

Diagnósticos:

Disminución del gasto cardiaco

Temor

Indicadores	Likert
I40401 Supervisa la intensidad del miedo.	1-2-3-4-5
I40415 Mantiene el sentido del propósito, a pesar del miedo.	1-2-3-4-5
I40417 Controla la respuesta del miedo.	1-2-3-4-5

Criterio de resultados NOC

01405 Autocontrol de los impulsos

Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo.

Dominio: Salud psicosocial.

Clase: Autocontrol.

Escala: Nunca Demostrado, Siempre Demostrado.

Diagnóstico:

Afrontamiento defensivo

Indicadores	Likert
I 40512 Mantiene el autocontrol sin supervisión.	1-2-3-4-5

Criterios de resultados NOC

01600 Conducta de adhesión

Acción auto iniciada para favorecer el bienestar, la recuperación y la rehabilitación.

Dominio: Conocimiento y conducta de salud.

Clase: Conducta de salud.

Escala: Nunca Demostrado, hasta Siempre Demostrado.

Diagnósticos: Negación ineficaz Incumplimiento

Indicadores	Likert
I 60003 Utiliza información relacionada con la salud procedente de diversas fuentes para desarrollar estrategias.	1-2-3-4-5
I 60004 Contrapesa los riesgos y los beneficios de la conducta sanitaria.	1-2-3-4-5
I 60007 Proporciona razones para adoptar una pauta.	1-2-3-4-5
I 60010 Utiliza los servicios de atención sanitaria de forma congruente con las necesidades.	1-2-3-4-5

Criterios de resultados NOC

01605 Control del dolor

Acciones personales para controlar el dolor.

Dominio: Conocimiento y conducta de salud.

Clase: Conducta de salud.

Escala: Nunca Demostrado, hasta Siempre Demostrado.

Diagnóstico:

Dolor agudo

Indicadores	Likert
I 60502 Reconoce el comienzo del dolor.	1-2-3-4-5
I 60503 Utiliza medidas preventivas.	1-2-3-4-5
I 60511 Refiere dolor controlado.	1-2-3-4-5
I 60513 Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario	1-2-3-4-5

Criterios de resultados NOC

01700 Creencias sobre la salud

Convicciones personales que influyen en la conducta hacia la salud.

Dominio: Conocimiento y conducta de salud.

Clase: Creencias sobre la salud.

Escala: Muy Débil, hasta Muy Intenso.

Diagnósticos:

Deterioro de la comunicación

Afrontamiento familiar comprometido

Incumplimiento

Indicadores	Likert
170002 Amenaza percibida por la inactividad.	1-2-3-4-5
170010 Ausencia percibida de barreras a la acción.	1-2-3-4-5

Criterios de resultados NOC

01701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar

Dominio: Conocimiento y conducta de salud.

Clase: Creencias sobre la salud.

Escala: Muy Débil, hasta Muy Intenso.

Diagnósticos:

Conocimientos deficientes (especificar)

Temor

Indicadores	Likert
170106 Confianza en la experiencia pasada con conductas sobre la salud similares.	1-2-3-4-5
170107 Confianza relacionada con experiencias observadas, o anecdóticas de los demás.	1-2-3-4-5

Criterios de resultados NOC

01704 Creencias sobre la salud: percepción de amenaza

Convicción personal de que un problema de salud es grave, y puede tener consecuencias negativas para el estilo de vida. (En este caso el proceso de la donación y sus efectos adversos).

Dominio: Conocimiento y conducta de salud.

Clase: Creencias sobre la salud.

Escala: Muy Débil, hasta Muy Intenso.

Diagnóstico:

Conocimientos deficientes (especificar)

106

Indicadores	Likert
170407 Gravedad percibida de las complicaciones.	1-2-3-4-5

Criterios de resultados NOC

01814 Conocimiento: procedimiento terapéutico

Grado de comprensión transmitido sobre un procedimiento (donación de sangre o de algún otro componente), requerido dentro de un régimen terapéutico.

Dominio: Conocimiento y conducta de salud.

Clase: Conocimiento sobre salud.

Escala: Ningún Conocimiento, hasta Conocimiento Extenso.

Diagnósticos:

Conocimientos deficientes (especificar)

Temor

Riesgo de traumatismo vascular

Indicadores	Likert
181401 Procedimiento terapéutico.	1-2-3-4-5
181402 Propósito del tratamiento.	1-2-3-4-5
181403 Pasos del tratamiento	1-2-3-4-5
181409 Acciones apropiadas durante las complicaciones.	1-2-3-4-5

Criterios de resultados NOC

01828 Conocimiento: prevención de caídas

Grado de comprensión transmitido sobre la prevención de las caídas.

Dominio: Conocimiento y conducta de salud.

Clase: Conocimiento sobre la salud.

Escala: Ningún Conocimiento, hasta Conocimiento Extenso.

Diagnóstico:

Riesgo de caídas

Indicadores	Likert
182808 Cuándo pedir ayuda al personal.	1-2-3-4-5
182815 Cambios en la presión sanguínea que aumentan el riesgo de caídas.	1-2-3-4-5
182818 Importancia de mantener el camino libre	1-2-3-4-5

Criterios de resultados NOC

01902 Control del riesgo

Acciones para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.

Dominio: Conocimiento y conducta de salud.

Clase: Control del riesgo y seguridad.

Escala: Nunca Demostrado, hasta Siempre Demostrado.

Diagnósticos:

Negación ineficaz

Riesgo de traumatismo vascular

Indicadores	Likert
I90201 Reconoce factores de riesgo.	1-2-3-4-5
I90203 Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal.	1-2-3-4-5

Criterios de resultados NOC

01909 Conducta de prevención de caídas

Acciones personales o del personal sanitario para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno (de la donación).

Dominio: Conocimiento y conducta de salud.

Clase: Control del riesgo y seguridad.

Escala: Nunca Demostrado, hasta Siempre Demostrado.

Diagnóstico:

Riesgo de caídas

Indicadores	Likert
I90902 Provisión de ayuda personal.	1-2-3-4-5

Criterios de resultados NOC

02604 Normalización de la familia

Capacidad de la familia para desarrollar y mantener las rutinas y estrategias de control que contribuyen al funcionamiento óptimo, cuando uno de sus miembros presenta una enfermedad.

Dominio: Salud familiar.

Clase: Bienestar familiar.

Escala: Nunca Demostrado, hasta Siempre Demostrado.

Diagnóstico:

Afrontamiento familiar comprometido

Indicadores	Likert
260405 Adapta el programa para satisfacer las necesidades del miembro afectado.	1-2-3-4-5
260420 Mantiene las expectativas habituales del miembro.	1-2-3-4-5

ANEXO I. Estrategias para la seguridad del donante.

Hablar de seguridad en la donación de componentes sanguíneos es abordar el proceso por el cual el sistema sanitario proporciona atención y cuidados seguros a los donantes de componentes sanguíneos, lo que se manifiesta por la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los mismos. Del mismo modo, hablar de seguridad implica efectuar una gestión adecuada de los riesgos, dotar al profesional sanitario de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia, así como, buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los donantes, vinculadas a la ausencia de eventos adversos y propiciadas por una adecuada organización asistencial.

113

Los riesgos actuales para los donantes de componentes sanguíneos, van asociados a todo el proceso, comienza con la llegada del donante al punto de colecta y acaba cuando el donante lo abandona e incluso una vez ha llegado a su domicilio, pues podemos encontrar con reacciones adversas a la donación que se manifiestan en horas posteriores a la misma.

Las estrategias de seguridad en la donación, abarcan actuaciones como:

I. Identificación y priorización de posibles riesgos asociados a la donación para controlarlos y minimizarlos:

- Acceso y salida del donante al punto de colecta.
- Error en el registro de datos de filiación.
- No firmar el consentimiento informado tras su lectura.

- Criterios de selección incorrectos.
- Exploración previa donación incompleta, no registrada o no realizada.
- Identificación positiva del donante no realizada.
- No informar al donante del procedimiento que se le va a realizar.
- Determinación de la hemoglobina de forma incorrecta o no realizada.
- Error en la identificación de los tubos y bolsas.
- Elección errónea de la vía venosa.
- No utilización de guantes durante el proceso.
- Desinfección inadecuada antes de la punción venosa.
- Técnica incorrecta en la toma de muestra.
- Falta de vigilancia del DUE durante el proceso de la donación.
- No controlar el volumen de la unidad extraída.
- Técnica inadecuada para la hemostasia del punto de punción.
- Falta de registro de los datos en la ficha de donación.
- No informar al donante de las recomendaciones postdonación.
- Vigilancia postdonación.

2. Programación de estrategias de intervención preventiva: hoja de ruta.

Hoja de ruta del donante		
Punto critico	Riesgo	Estrategia
Acceso y salida del lugar de colecta	Riesgo de caídas accidentales	Controlar acceso y barreras arquitectónicas
Registro de filiación	Error de registro riesgo de donación no válida	Comprobación previa
Consentimiento informado	No lectura, no firma	Comprobación
Criterios de selección	Elección incorrecta riesgo de donación no válida	Seguir procedimientos y comprobación
Exploración previa donación	Incompleta, no registrada o no realizada	Seguir procedimientos y comprobación
Identificación positiva del donante	No realizada riesgo de error de identificación	Seguir procedimientos y comprobación
Información al donante sobre el procedimiento que se le va a realizar	No informar riesgo de	Seguir procedimientos

Determinación de hemoglobina	Determinación incorrecta o no realizada riesgo de rechazo o aceptación incorrecta	Seguir procedimientos y comprobación
Identificación de los tubos y bolsas	Error en la identificación riesgo de donación no válida	Seguir procedimientos y comprobación
Elección de la vía venosa	Elección errónea riesgo de hematoma	Seguir procedimientos
Uso de guantes durante el proceso	Riesgo para el DUE	Seguir procedimientos
Desinfección antes de la punción venosa	Técnica inadecuada riesgo de contaminación de la unidad extraída	Seguir procedimientos
Técnica en la toma de muestra	Técnica incorrecta riesgo de muestra no válida	Seguir procedimientos
Vigilancia del DUE durante el proceso de la donación	Riesgo de reacción vagal no prevenida a tiempo	Seguir procedimientos y comprobación
Control del volumen de la unidad extraída	Volumen final inadecuado riesgo de unidad no válida	Seguir procedimientos y comprobación
Hemostasia del punto de punción	Técnica inadecuada riesgo de hematoma, efecto adverso	Seguir procedimientos
Registro de los datos en la ficha de donación	Falta de registro riesgo de información incompleta	Seguir procedimientos y comprobación
Información al donante de las recomendaciones postdonación	Falta de información riesgo de efecto adverso	Seguir procedimientos
Vigilancia del donante postdonación	Falta de vigilancia riesgo de efecto adverso	Seguir procedimientos

ANEXO 2. Dominios y Clases Taxonomía II NANDA (2009-2011)

Dominio 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Clases: 1. Toma de conciencia de la salud.
2. Gestión de la salud.

Dominio 2: NUTRICIÓN

- Clases: 1. Ingestión.
2. Digestión.
3. Absorción.

4. Metabolismo.

5. Hidratación.

Dominio 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Clases: 1. Función urinaria.

2. Función gastrointestinal.

3. Función tegumentaria.

4. Función respiratoria.

Dominio 4: ACTIVIDAD / REPOSO

Clases: 1. Reposo / sueño.

2. Actividad / ejercicio.

3. Equilibrio de la energía.

4. Respuestas cardiovasculares / pulmonares.

5. Autocuidado.

Dominio 5: PERCEPCIÓN / COGNICIÓN

Clases: 1. Atención.

2. Orientación.

3. Sensación / Percepción.

4. Cognición.

5. Comunicación.

116

Dominio 6: AUTOPERCEPCIÓN

Clases: 1. Autoconcepto.

2. Autoestima.

3. Imagen corporal.

Dominio 7: ROL / RELACIONES

Clases: 1. Roles del cuidador.

2. Relaciones familiares.

3. Desempeño del rol.

Dominio 8: SEXUALIDAD

Clases: 1. Identidad sexual.

2. Función sexual.

3. Desempeño de rol.

Dominio 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clases: 1. Respuesta postraumática.

2. Respuestas de afrontamiento.

3. Estrés neurocomportamental.

Dominio 10: PRINCIPIOS VITALES

Clases: 1. Valores.

2. Creencias.
3. Valores / creencias / congruencia de las acciones.

Dominio 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN

- Clases:
1. Infección.
 2. Lesión física.
 3. Violencia.
 4. Peligros del entorno.
 5. Procesos defensivos.
 6. Temorregulación.

Dominio 12: CONFORT

- Clases:
1. Confort físico.
 2. Confort del entorno.
 3. Confort social.

Dominio 13: CRECIMIENTO / DESARROLLO

- Clases:
1. Crecimiento.
 2. Desarrollo.

ANEXO 3. Niveles de evidencia científica.

Niveles de evidencia científica de la Clasificación NANDA II (2009-2011)		% Etiquetas Diagnósticas
1	1.1 Sólo etiqueta diagnóstica.	-
	1.2 Etiqueta y definición.	44%
2	2.1 Etiqueta, definición, características definitorias o factores de riesgo, factores relacionados y bibliografía.	55%
	2.2 Análisis conceptual.	-
	2.3 Estudios de consenso relacionados con los diagnósticos llevados a cabo por expertos.	-
3	3.1 Síntesis de la literatura.	-
	3.2 Estudios clínicos relacionados con el diagnóstico pero no generalizables a toda la población.	0.5%
	3.3 Estudios clínicos bien diseñados con muestras pequeñas.	0.5%
	3.4 Estudios clínicos bien diseñados con una muestra suficiente para permitir la generalización a toda la población.	-

Los **criterios sobre el nivel de evidencia** de la Clasificación de diagnósticos enfermeros NANDA II (2009-2011) muestran la falta de soporte clínico que posee esta clasificación de problemas. Podemos comprobar que 204 de las 206 etiquetas diagnósticas se encuentran entre los niveles 2.1 e inferiores.

Las dos etiquetas que presentan mejor nivel de evidencia científica son *Estrés por sobrecarga* (3.2) y *Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante* (3.3).

Esto no debe ser motivo de desánimo ni descrédito de la clasificación de diagnósticos más utilizada a nivel mundial por Enfermería. Este análisis sencillo sobre los niveles de evidencia debe ser un argumento más para mostrar la necesidad urgente de estudios sólidos de validación clínica de las etiquetas diagnósticas en diferentes entornos de la práctica.

ANEXO 4. Escucha Activa

118

Establecer una conversación supone crear un contacto directo con otra persona, expresar e intercambiar ideas, informar, aprender, familiarizarse, crear una realidad conjunta. Y la clave para convertirse en un buen conversador estriba no tanto en saber hablar como aprender a escuchar.

El secreto de un buen comunicador no es ser *interesante*, sino *estar interesado*.

La escucha activa, el arte de la escucha consciente, es más una actitud que una mera estrategia, y requiere de cierta predisposición hacia los demás, a la vez que de un mínimo nivel de dominio de los propios impulsos, y esto la convierte en algo muy sencillo de entender, pero no tan fácil de llevar a la práctica.

Decimos que una persona realiza una buena escucha activa cuando en el contacto con otra es capaz de prestar atención de una forma dinámica e intencionada, dando claras muestras de reconocimiento y comprensión, y, al mismo tiempo, dejando claro que dicha comprensión *abarca tanto el mensaje como las implicaciones que éste tiene para su interlocutor.*

Nuestra intención se centra en atender y entender, en generar empatía y, a la vez, manifestar nuestro nivel de implicación en la escucha de forma inequívoca, tanto verbal como no verbalmente, sensibles a los intereses del otro, así como a los aspectos de contenido y relación de su comunicación.

Al margen de la curiosidad y de la simpatía o antipatía que un posible interlocutor pueda inspirarnos, existen factores predisponentes que suelen determinar nuestro grado de facilidad o de dificultad para hacer una buena escucha: ciertos hábitos no verbales (desviar la mirada, movemos demasiado o demasiado poco, apoyar la cabeza en las manos, descuidar nuestra postura, etc.) y la cantidad y calidad de nuestro “ruido mental”.

Por otra parte, algunas actitudes típicamente impulsivas pueden interferir en nuestra capacidad de escucha:

- Hacer evaluaciones o emitir juicios críticos.
- Sondear selectivamente, curiosear, “disparar preguntas”.
- Aconsejar de forma precipitada, “contar nuestro caso”.
- Interpretar y descifrar las intenciones y el “interior” del otro.

¿Cómo hacer una buena escucha?

Las consignas a tener en cuenta para realizar una buena escucha activa son muy sencillas, pero chocan, como hemos dicho, con dificultades de diversos órdenes. Como muchas otras cosas, su aprendizaje se inicia intentándolo, y se consolida adquiriendo el hábito.

Mientras su interlocutor se explica ...

1. Préstale toda tu atención, y dale claras muestras de ello.
 - Mírale frecuentemente a los ojos.
 - *Asiente mediante gestos y expresiones verbales.*
2. Repite los puntos clave de aquello que te cuente y que parezca tener importancia para él.
 - Subraya lo más relevante, para darle a entender que vas comprendiendo punto por punto.
3. Mientras el otro se expresa, cédele un ancho espacio en la conversación, y procura hablar sólo por dos motivos:
 - Para mostrar que atiendes.
 - Para pedir aclaración si no entiendes.

Y recuerda:

Es sencillo, pero no fácil.

ANEXO 5. Estilo de Comunicación.

Estilo asertivo:

Comportamiento verbal:

- Firme y directo: "Deseo", "Opino que", "Me estoy sintiendo...", "¿Qué piensas?", ...

Comportamiento no verbal:

- Expresión social franca y abierta del cuerpo.
- Postura relajada.
- Ausencia de tensión muscular.
- Movimientos faciales y pausados.
- Cabeza alta y contacto visual.
- Movimientos del cuerpo y cabeza orientados hacia el otro.
- Tono de voz firme.
- Espacio interpersonal adecuado.

Otras características:

- Protege sus derechos y respeta los de los demás.
- Logra sus objetivos sin ofender a los demás.
- Se siente satisfecho/a consigo mismo/a. Tiene confianza en sí mismo/a.
- Elige por sí mismo/a.
- Permite a la otra persona saber que se le comprende y cómo se siente.
- Establece su posición o lo que quiere con claridad.
- Ofrece una explicación cuando es posible.

Estilo no asertivo:

Comportamiento verbal:

- Vacilante: "Quizás", "supongo que", "Ejem, bueno, quizás... tal vez...", "No, si yo... quizás... Bueno... en realidad no es importante", "no... no te molestes...".
- Con muletillas verbales: "Ejem, yo...".

121

Comportamiento no verbal:

- Postura cerrada y hundida de cuerpo.
- Movimientos forzados, rígidos e inquietos. Se retuerce las manos.
- Posición de la cabeza a menudo hacia abajo.
- Ausencia de contacto visual. Miradas bajas. Voz baja. Tono de voz vacilante.
- Movimiento del cuerpo tendente a alejarse de los otros. Puede evitar totalmente la situación.

Otras características:

- Deja violar sus derechos.
- Baja autoestima.
- Pierde oportunidades. Deja a los demás elegir por él.
- Se siente sin control.
- No suele lograr sus objetivos.

Estilo agresivo:

Comportamiento verbal:

- Impositivo: “Tienes que...”, “no te lo tolero”, “no te consiento...”.
- Interrumpe a los demás.
- Da órdenes.

Comportamiento no verbal:

- Postura erecta del cuerpo y hombros hacia atrás.
- Movimientos y gestos amenazantes.
- Posición de cabeza hacia atrás.
- Mirada fija.
- Voz alta. Habla fluida y rápida.
- Movimiento del cuerpo tendente a invadir el espacio del interlocutor.

Otras características:

- Viola los derechos.
- Baja autoestima.
- Pierde oportunidades.
- Se siente sin control.

122

Puede lograr algunos objetivos, pero dañando las relaciones (humilla por lo que no logra los otros objetivos).

ANEXO 6. Técnicas de Relajación.

Respiración por tiempos:

Concentrarse en los movimientos de la respiración colocando una mano sobre el tórax y otra sobre el abdomen en decúbito supino:

- Inspirar profunda y pausadamente por la nariz acumulando el aire en el abdomen. Dejar que la mano apoyada sobre él se eleve al llenarse de aire.
- Presionar suavemente sobre el abdomen y dirigir el aire al pulmón. Notar que se eleva la mano sobre el tórax.

- Retener el aire 3 segundos.
- Expulsar el aire por la boca lentamente y con una leve sonrisa (aumenta la sensación de bienestar).
- Repetir al menos 5 veces y reiniciar un nuevo ciclo si persiste sensación de nerviosismo.

Contracción-relajación de grupos musculares:

Puede asociarse a la técnica anterior. Es una técnica de relajación progresiva de los grupos musculares empezando por la cara y terminando por los pies. Practicar la técnica lentamente, y contraindicada si la persona refiere mareos o contracturas en la zona del cuello y espalda, pudiendo realizar el resto:

- Sentarse o reclinarse en posición cómoda con el cuello y las rodillas apoyadas.
- Empezar con una respiración lenta y rítmica, cerrar los ojos y hacer un recorrido visual "interno" para comprobar que el cuerpo está cómodamente apoyado.
- Empezar la relajación progresiva de los músculos asociando la inspiración a la tensión (apretar) de los músculos y la relajación a la espiración.
- Orden sugerido para el ciclo:
 - Cara, mandíbula, boca (mirar de reojo, fruncir las cejas, apretar los dientes).
 - Cuello (estirar la barbilla hacia el cuello).
 - Mano derecha (apretar el puño).
 - Brazo derecho (doblar el codo hasta ponerlo tenso).
 - Lo mismo para la mano y el brazo izquierdo, empezando por este lado si la persona es zurda.
 - Espalda, hombros, tórax (encogerse de hombros tensando sin dolor).
 - Abdomen (contraer el estómago). Piernas (estirar hacia abajo).
 - Pies (dirigir las puntas hacia el cuerpo).

Cada contracción de un grupo muscular irá seguida de un tiempo de relajación.

Distracción:

Trataremos de alejar la atención de la zona molesta o dolorosa del donante y concentrarla en otra zona del cuerpo o en otra zona de los pensamientos. Para ello podemos utilizar múltiples ejercicios.

- Contracción-relajación de un grupo muscular de una zona alejada a la afectada.
- Hacer notar al donante la dificultad de realizar movimientos de abducción del 5º dedo de cualquiera de los dos pies. (mientras intenta realizar el movimiento olvida la zona de venopunción).
- Hacer reír. Además de alejar el pensamiento de la zona dolorida aumenta la frecuencia cardíaca y la presión venosa por lo que favorece el aporte sanguíneo cerebral.

Imaginación conducida:

La persona se concentra en una imagen que defina previamente como relajante y se ve a sí mismo implicado en la escena. Esta técnica requiere mayor aprendizaje, práctica y tiempo (algunas personas pueden ser reacias por sentirse “ridículo”). Es aconsejable realizarla con alguna de las técnicas descritas previamente.

124

ANEXO 7. Habilidades de Comunicación.

Listado de obstáculos en la comunicación.

1. Tener objetivos contradictorios.
2. Lugar o momentos poco apropiados.
3. Estados emocionales que perturban la atención, la comprensión y el recuerdo de los mensajes.
4. Acusaciones, amenazas y/o exigencias.
5. Preguntas con recriminación.
6. Declaraciones del tipo “tendrías que...”.
7. Inconsistencia, incoherencia o inestabilidad de los mensajes.
8. Cortar la conversación.

9. Etiquetar.
10. Generalizaciones del tipo “siempre” o “nunca”.
11. Consejo prematuro y no pedido.
12. Utilización de términos poco precisos.
13. Juzgar los mensajes del interlocutor.
14. Ignorar mensajes importantes.
15. Interpretar y “hacer diagnósticos de personalidad”.
16. Disputa sobre diferentes versiones de sucesos pasados.
17. Justificación excesiva de las propias posiciones.
18. Hablar “en chino”.
19. No escuchar.
20. Otros.

Listado de Facilitadores de Comunicación.

(Abridores de Receptividad)

1. Elección del lugar y el momento oportuno.
2. Estados emocionales facilitadores.
3. Escuchar activamente.
4. Empatizar.
5. Hacer preguntas abiertas o específicas.
6. Pedir la opinión.
7. Manifestar los deseos y/o los sentimientos haciendo servir mensajes en los que el sujeto es uno mismo y no el otro.
8. Los mensajes han de ser consistentes y coherentes.
9. Aceptar o estar parcialmente de acuerdo con una crítica.
10. Información positiva.
11. Ser recompensante.
12. Utilizar el mismo código.
13. Mencionar las condiciones y observaciones específicas.
14. Acomodar el contenido a las posibilidades o características del otro.
15. Expresar sentimientos.
16. Otros.

Anexo 8. Derechos Personales.

- Derecho a tener y a cambiar de opinión.
- Derecho a tomar decisiones propias.
- Derecho a cometer errores, y por tanto a decidir, aún a costa de equivocarse.
- Derecho a ser tratado con respeto.
- Derecho a decir NO y no sentirse culpable con ello.
- Derecho a menos de lo que humanamente eres capaz de hacer.
- Derecho a tomarse tiempo para tranquilizarse y pensar.
- Derecho a tener y expresar los propios sentimientos.
- Derecho a pedir información.
- Derecho a sentirse bien consigo mismo.
- Derecho a poder reclamar los propios derechos.

Fuente: Adaptado de P. Jakubowski y A.J. Lange (1978) por F. Salmuri.

Referencias bibliográficas

1. Actualización de conocimientos para la indicación y dispensación de medicamentos y productos sanitarios en la terapéutica del cuidado de enfermería. Ed. FUDEN 2011
2. NANDA INTERNACIONAL. "Diagnósticos enfermeros 2009-2011, definiciones y clasificación". Ed. Elsevier. Barcelona 2010.
3. Real Decreto 1088/2005, de 16 de Septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la Hemodonación y de los Centros y Servicios de Transfusión. BOE nº 225 de 20 de Septiembre de 2005.
4. Proceso de Soporte: Hemoterapia. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2005.
5. Estrategia para la Seguridad del Paciente. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
6. Los Diagnósticos Enfermeros, Revisión Crítica y Guía Práctica. Luis MT. Barcelona. MASSON SA; 2000.
7. De la Teoría a la Práctica. El Pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. Luis MT. Barcelona. MASSON SA; 1998.
8. Historia de la Enfermería, Evolución Histórica del Cuidado Enfermero. García C, Martínez ML. Madrid. HARCOURT; 2001.
9. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 2ª Edición. McCloskey J, Bulechek G. Madrid. Ed. SÍNTESIS SA; 1999.
10. Clasificación de Resultados de Enfermería. 2ª Edición. Jonson M, Maas M, Moorhead S. Madrid. HARCOURT; 2001.
11. La Naturaleza de la Enfermería, Reflexiones 25 Años Después. Henderson V, Madrid. McGRAW-HILL; 1998.
12. Fundamentos de la Enfermería, Teoría y Práctica. Hernández J, Esteban M. Madrid. McGRAW-HILL; 2000.
13. Los Espacios de Profesionalización de la Enfermería. Enfermería Clínica; 2001. Vol 7(3): 126-136.
14. Aplicación del Proceso de Enfermería. Una Reflexión Crítica. Arias MM, Robayna MC, Arrcivita A, Espinar D, Delgado H. Metas de Enfermería; 2001. Jul-Ago. Vol 37: 47-52.
15. Experiencia en la Implantación del Proceso Enfermero en Emergencias. Rodríguez MM, Torres A, Azañón R, Rogríguez M, Palma J. Tempus Vitalis; 2003. Vol III(1): 4-10.

16. Mapa para el Cuidado del Paciente Sometido a Intervención Hemodinámica. Muñoz FJ, Martínez JD, Rodríguez MM, López MA, Aguilera G, Vilches MJ, Tempus Vitalis; 2004. Vol IV(2): 41-48.
17. La Enfermera entre la Efectividad y la Eficiencia. Morales JM, Terol J. Todo Hospital; 2000. Sep. Vol(169): 531-537.
18. Cuidados de Enfermería al Donante-Comunidad. Gómez M, Terol E. Enfermería Docente; 2003. Vol(77): 13-21.
19. Desarrollo de un Mapa de Cuidados para el Donante de Citaféresis. González C, Martínez MI, Gómez M, Gómez A, Terol E, Prat I. Enfermería Científica; 2003. Marzo-Abril. 252-253; 23-31.
20. Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales. Caballo VE. Madrid. 1993. SIGLO XXI.
21. Ejercicios Estructurados para el Entrenamiento en Habilidades Sociales en Aplicaciones Clínicas y Estratégicas de Intervención. Caballo VE. Madrid. 1993. PIRÁMIDE.
22. Entrenamiento en Habilidades Sociales. En M.A. Vallejo y M^a Ruiz. (Eds). Manual Práctico de Modificación de Conducta. Gil F. Madrid; 1993. FUNDACIÓN MADRID IMPRESA.
23. Habilidades Sociales y Salud. Gil F, León JM, Jarana L (Coord); 1995. PIRÁMIDE.
24. La Comunicación No Verbal, el Cuerpo y el Entorno. Knapp ML. Barcelona; 1980. PAIDÓS. (Reimpresión, 1995).
25. Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud. Llor B, Abad MA, García M, Nieto J. Madrid. 1992. INTERAMERICANA McGRAW-HILL.
26. Evaluación de las Habilidades Sociales. Vizcarro C. Madrid. 1994. PIRÁMIDE.



**Sociedad Española de Transfusión
Sanguínea y Terapia Celular**