



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013 / 2014

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN LA
HEMODONACIÓN**

Autor/a: ALICIA ÁLVAREZ CUESTA

Tutor/a: BEATRIZ CABRERA SANTIAGO

Cotutor/a

ÍNDICE

1. Resumen.....	3-4
2. Objetivos.....	5
3. Significación.....	6
4. Metodología.....	7-8
5. Desarrollo.....	9-12
• Definición del caso	
• Valoración de enfermería	
• Diagnósticos NANDA	
• Clasificación de resultados e intervenciones	
• Plan de cuidados (donación).....	13-22
6. Conclusiones.....	23
7. Bibliografía.....	24
8. Anexos.....	25-40

RESUMEN

La elaboración de planes de cuidados estandarizados mediante el uso de las taxonomías enfermeras son herramientas válidas para la homogeneización de cuidados y el desarrollo de la disciplina enfermera. La aplicación de un modelo de enfermería concreto nos permite ampliar en el estudio teórico de nuestra profesión y sistematizar los pasos de un proceso científico.

En este caso vamos a desarrollar un plan de cuidados centrado en la transfusión de hemoderivados. Esta decisión está justificada por el número tan importante de intervenciones que se realizan y las consecuencias sociales que implica una correcta atención a este proceso.

El proceso enfermero se interpreta como la interacción de la enfermera con el donante, el receptor y el entorno donde se halla, y la identificación de determinados problemas para poder emitir un juicio diagnóstico y planificar los cuidados.

La donación no está asociado a ningún proceso patológico, pero si es cierto que existen factores potenciales de riesgo asumibles, que han de ser valorados con antelación, planificando las intervenciones necesarias para que esas reacciones no aparezcan.

Utilizaremos la Taxonomía Nanda-Noc-Nic para la definición de diagnósticos, resultados e intervenciones.

PALABRAS CLAVES

- Proceso enfermero
- Taxonomía Nanda

ABSTRACT

The design of standardized care plans by the use of nursing taxonomies are valid tools for the standardization of care and the development of nursing science. The application of a particular nursing model allows us to expand on the theoretical study of our profession and systematize the steps of a scientific process.

In this case we will develop a plan of care focused on the transfusion of blood products. This decision is justified by the number so important interventions performed in this case and the social consequences that involves proper attention to this process.

The nursing process is interpreted as the interaction of the nurse with the donor, the recipient and the environment where it is, and certain problems identification a judgment to diagnosis and plan of care.

The donation process is not associated with any disease process, but if it is true that there are potential risk factors are acceptable and which are to be assessed in advance, planning interventions required for these reactions appear.

We use the taxonomy Nanda-Noc-Nic to define diagnostic, results and interventions.

KEY WORDS

- Nursing Process
- Nanda Taxonomy

OBJETIVOS

- Recoger alguna de las actividades que se llevan a cabo, en lo referente al cuidado enfermero, tanto al donante como al paciente transfundido.
 - a. Asegurar la disminución de la variabilidad de la práctica clínica, a través de la administración de cuidados contrastados científicamente por la evidencia más reciente disponible y facilitando que todos los profesionales actúen de la misma manera, obteniendo así cuidados de calidad.
 - b. Estandarizar el proceso de la donación en la medida de lo posible

SIGNIFICACIÓN

Actualmente existe la necesidad de valorar las actitudes que mueven al hombre individualmente al acto de la donación, y a la sociedad a movilizarse para garantizar un bien comunitario. En este campo enfermería aporta su capacidad profesional para valorar al individuo desde una visión holística.

Como hemos definido con anterioridad, en el proceso de la donación existen factores potenciales de riesgo asumibles, que han de ser valorados, planificando las intervenciones necesarias para que esas reacciones no aparezcan.

Hasta ahora no han sido muy frecuentes las publicaciones editadas por nuestra sociedad para apoyar y facilitar el trabajo de la enfermería y existe la necesidad de unificar criterios entre los profesionales de enfermería para poder ofrecer un producto enfermero de calidad.

El número total de notificaciones de incidentes en la transfusión en los hospitales de Castilla y León analizadas en el año 2012 fue de 175 (incluyendo los “casi incidentes”). Esto supone un 25% más que en 2011. De los 32 hospitales que realizan la mayor parte de la actividad transfusional en Castilla y León, 14 enviaron alguna notificación en el año 2012.

En el informe de las notificaciones al programa de hemovigilancia de Castilla y León (anexo 1), aparecen reflejados el tipo de incidentes que aparecieron en la donación de sangre y en los pacientes transfundidos.

METODOLOGÍA

La metodología es el conjunto de elementos que posee una ciencia para resolver los problemas de su competencia de forma sistemática. Por tanto, debe ir encaminada en buscar una manera científica de resolver los problemas derivados de dicho cuidado.

La metodología utilizada para el desarrollo del trabajo, ha sido el seguimiento continuado de donantes de hemocomponentes para elaborar un proceso de atención de enfermería. Podemos sustituir el término de metodología científica por el de **Proceso Enfermero** y definirlo como *“método sistemático para brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”*

El proceso enfermero se interpreta como la interacción de la enfermera con el donante, el receptor y el entorno donde se hallan, y la identificación por parte de la enfermera de determinados problemas que ambos manifiestan, mediante la observación de los síntomas o manifestaciones, con capacidad para emitir un juicio diagnóstico y planificar a continuación cual es la mejor acción para la consecución de un fin esperado.

En todo proceso se puede hablar de etapas interrelacionadas que dependen y se condicionan entre sí. En el método enfermero podemos identificar cinco etapas:

- **Valoración:** mediante la recogida de datos objetivos y subjetivos. Se realizará a través de la hoja de valoración enfermera o ficha del donante (anexo 2), en el que se recogen los datos más relevantes del mismo.
- **Diagnóstico:** es la formulación de un juicio clínico sobre problemas de salud reales o potenciales. Utilizaremos los diagnósticos NANDA.
- **Planificación:** es la identificación de los objetivos y de las intervenciones para lograrlos. Los diagnósticos nos proporcionarán las bases para realizar unas intervenciones (NIC) que nos van a permitir

cumplir unos objetivos (NOC) que se han establecido previamente, y así planificar y ejecutar las actividades de enfermería convenientes.

- **Ejecución** es la puesta en práctica del plan de intervención.
- **Evaluación:** es la determinación de la eficacia de la intervención, es decir, del logro de los objetivos propuestos. Una vez definido los objetivos, se marcan unos indicadores para evaluar el problema en el momento del diagnóstico (anexo 3).

DESARROLLO

Definición del caso

El presente trabajo se trata de un proceso enfermero y es consecuencia de una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, Scielo, CuidenPlus.

Los criterios de selección fueron documentos que describiesen la función de la enfermería y los cuidados a los donantes y pacientes transfundidos.

El Plan de Cuidados que se plantea en este trabajo hace referencia a los diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración de mayor prevalencia en el cuidado al donante, interrelacionados con criterios de resultados e intervenciones.

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.

Existen diferentes marcos para la valoración de los pacientes adaptados a las características y objetivos del trabajo enfermero, suficientemente amplios para recoger datos que guíen los cuidados enfermeros para la promoción, prevención y recuperación de la salud. Entre estos marcos, uno de los más utilizados es el de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

Esta etapa consta de cuatro pasos que son recogida de los datos, validación de los datos, organización de los datos y registro.

Taxonomía Nanda II

Hemos clasificado los diagnósticos según los dominios de la clasificación Nanda. La Taxonomía II que permite clasificar los diagnósticos enfermeros sobre la base de patrones de salud del individuo o la comunidad. Teniendo en cuenta estos patrones se clasifican los diagnósticos en trece dominios:

DOMINIO 1	Promoción de la salud
DOMINIO 2	Nutrición
DOMINIO 3	Eliminación
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

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

- Nombre o etiqueta: es una denominación del fenómeno que observamos.
- Definición: da una definición clara y precisa del diagnóstico nombrado.
- 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. Al definir un diagnóstico debemos, valorar al individuo o comunidad, definiendo los patrones de salud que se encuentra o pudieran encontrarse alterados.

Los diagnósticos pueden ser reales o potenciales dependiendo de si existe el problema o por el contrario existe el riesgo de que se produzca.

Los diagnósticos reales deben formularse en tres partes. En primer lugar la etiqueta diagnóstica, seguida del factor relacionado y de las características definitorias.

En el entorno de la donación nos podemos encontrar el siguiente diagnóstico:

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

En los diagnósticos de riesgo, el problema no existe, pero hay datos objetivos y/o subjetivos que indican que pueden producirse. En este caso se formularía:

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

Clasificación de resultados e intervenciones enfermeras (NOC/ NIC):

El uso de las interrelaciones NANDA, NOC, NIC en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería permite a los profesionales disponer de un lenguaje común para comunicar lo que realizamos: cuáles son los diagnósticos formulados, qué resultados esperamos y qué intervenciones realizamos para conseguirlos.

Tras la valoración del paciente, y una vez identificado los problemas y formulado los diagnósticos, habrá que elegir los resultados e indicadores del paciente, con el objetivo de resolver su problema de salud. Los resultados describen la situación del paciente en un momento dado, por tanto, son instrumentos de medición del Plan de Cuidados. El éxito de este plan dependerá del éxito alcanzado en los resultados. Dirigen las intervenciones a realizar, es decir, primero se plantearán los resultados y después las intervenciones necesarias para su consecución.

La Clasificación de Resultados NOC (Nursing Outcomes Classification) es una agrupación estandarizada de resultados del paciente, desarrollada para evaluar el efecto de las intervenciones enfermeras. El resultado es un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria en respuesta a una intervención enfermera. Cada resultado NOC incluye un nombre de identificación (etiqueta), una definición y un grupo de indicadores, que describen el estado específico del paciente, familia o sociedad, relacionado con el resultado. También incluye una escala de medida tipo Likert de cinco puntos, que permite cuantificar un indicador de resultado del paciente de menos a más deseable y proporciona una puntuación en el eje del tiempo. ¹⁶

Las intervenciones enfermeras serán aquellas actividades que ayudarán al paciente a conseguir los resultados propuestos. Se define Intervención enfermera como “todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”. La **Clasificación de Intervenciones NIC** (Nursing Interventions Classification) es un compendio estandarizado de cuidados genéricos.

PLAN DE CUIDADOS (DONACIÓN)

DIAGNÓSTICO : CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

FACTORES RELACIONADOS	CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC	INTERVENCIONES ENFERMERAS. NIC
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de exposición. • Falta de familiaridad con el proceso de la donación. • Mala interpretación de la información. • Adquirida o condicionada por creencias o debida a interpretación de experiencias anteriores negativas. 	<p>• Conocimiento: Procedimiento terapéutico. (1814) (proceso de la donación)</p> <p>Grado de comprensión transmitido sobre los procedimientos requeridos dentro de un régimen terapéutico (proceso de donación)</p> <p>181401 Descripción del procedimiento.</p> <p>181402 Descripción del propósito.</p> <p>181403 Descripción de los pasos.</p> <p>• Creencias sobre la salud. Capacidad percibida para actuar. (1701)</p> <p>Convicciones personales de un donante que puede cumplir una determinada conducta.</p> <p>170106 Confianza en la experiencia similares sobre salud.</p> <p>170107 Confianza relacionada con experiencias observadas o anecdóticas de los demás.</p> <p>• Creencias sobre la salud: amenaza percibida. (1704)</p> <p>Convicción personal de que un problema de salud es grave y puede tener consecuencias negativas, en este caso el proceso de la donación y sus efectos adversos.</p> <p>170407 Gravedad percibida de las complicaciones</p>	<p>• Enseñanza: Individual. Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del donante.</p> <p>• Información sensorial preparatoria. Descripción de las sensaciones subjetivas y objetivas asociadas con el proceso de donación al cual ha accedido y que le generan estrés.</p>

Criterios de resultados NOC: Conocimiento: Procedimiento terapéutico

Indicadores		Likert
181401	Descripción del proceso de la donación	1-2-3-4-5
181402	Explicación del proceso de la donación	1-2-3-4-5
181403	Descripción de los pasos del procedimiento de la donación	1-2-3-4-5
181404	Descripción de cómo funciona el dispositivo de aféresis	1-2-3-4-5
181405	Descripción de las precauciones de la actividad	1-2-3-4-5
181406	Descripción de las recomendaciones pre y postdonación	1-2-3-4-5
181409	Descripción de las acciones apropiadas durante las complicaciones	1-2-3-4-5
181410	Descripción de los posibles efectos adversos de la donación	1-2-3-4-5

Intervenciones NIC: Información sensorial preparatoria

- Identificar las sensaciones que rodean al procedimiento.
- Describir las sensaciones en términos objetivo.
- Indicar las causas de la sensación.
- Presentar las sensaciones de la forma secuencias más probable.
- Centrarse en las sensaciones sensoriales descritas por la mayoría de los donantes.
- Utilizar lenguaje no técnico en la descripción del procedimiento.
- Incluir información sobre el procedimiento.
- Dar la oportunidad al donante de hacer preguntas.

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA:
HEMATOMA

FACTORES RELACIONADOS	CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC	INTERVENCIONES ENFERMERAS. NIC
<ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento defensivo. • Negación ineficaz. • Temor. • Déficit de conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Control del riesgo. (1902) Acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud, reales, personales y modificables. 190203 Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal. • Conocimiento: Procedimientos terapéuticos. (1814)) Grado de comprensión transmitido sobre los procedimientos requeridos dentro de un régimen terapéutico (proceso de donación). 181410 Descripciones de los posibles efectos adversos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de las heridas. Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas. • Enseñanza: individual. Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del donante

Criterios de resultados NOC: Control de riesgos

Indicadores		Likert
190201	Reconoce el riesgo	1-2-3-4-5
190202	Supervisa los factores de riesgo medioambientales	1-2-3-4-5
190203	Supervisa los factores de riesgo de su conducta personal	1-2-3-4-5
190204	Desarrolla estrategias de control efectivas	1-2-3-4-5

190205	Adapta las estrategias de control del riesgo	1-2-3-4-5
190208	Modifica las conductas de riesgo	1-2-3-4-5
190209	Evita exponerse a las amenazas para la salud	1-2-3-4-5
190213	Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando lo necesita	1-2-3-4-5
190214	Utiliza los sistemas de apoyo personal para controlar los riesgos	1-2-3-4-5
190215	Utiliza los recursos sociales para controlar los riesgos	1-2-3-4-5
190216	Reconoce cambios en el estado de salud	
190217	Supervisa los cambios en el estado de salud	

DIAGNÓSTICO: DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO. LIPOTIMIA

FACTORES RELACIONADOS	CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC	INTERVENCIONES ENFERMERAS. NIC
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor. • Deterioro de la integridad cutánea (hematoma). 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de los signos vitales (0802). Temperatura, pulso, respiración, y presión arterial dentro del rango esperado para el individuo. 080205/6 PA sistólica y diastólica. 080203 Frecuencia pulso radial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia periódica de los signos vitales. Recogida y análisis de los datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio, y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones. • Vigilancia: seguridad. Reunión objetiva y continuada, análisis de la información acerca del

<ul style="list-style-type: none"> • Miedo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad cognitiva. (0900) Capacidad para ejecutar los procesos mentales complejos. 09005 Está orientado. 09007 Manifiesta memoria reciente • Control del miedo (1404) Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de alarma secundarios a una fuente identificable. 140417 Supervisa / verbaliza la intensidad del miedo. 	<p>donante y del ambiente para estimulación y mantenimiento de la seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de urgencia. Puesta en práctica de las medidas de socorro en aquellas situaciones que resulten amenazadoras para la vida. • Actuación ante un shock. Facilitar el aporte de oxígeno y nutrientes al tejido sistémico. • Prevención del shock. Detección y tratamiento de un donante con riesgo de shock. • Disminución de la ansiedad.
--	--	--

Criterios de resultados NOC: Estado de los signos vitales

Indicadores		Likert
080201	Temperatura; sudoración	1-2-3-4-5
080203	Frecuencia del pulso radial	1-2-3-4-5
080204	Frecuencia respiratoria	1-2-3-4-5
080205	PA sistólica	1-2-3-4-5
080206	PA diastólica	1-2-3-4-5

Intervenciones NIC: Actuación ante el shock

- Anotar la presencia de taquicardia, disminución de la presión sanguínea, palidez, disminución del llenado capilar.
- Proteger contra los traumatismos.
- Administrar líquidos para mantener la presión sanguínea y el gasto cardiaco si es el caso.
- Colocar al paciente en una posición que optimice la perfusión.
- Ofrecer apoyo emocional al donante y familia.
- Vigilar la función gastrointestinal, vómito, relajación de esfínteres.
- Alentar la disminución del estrés.

DIAGNÓSTICO: INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

FACTORES RELACIONADOS	CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC	INTERVENCIONES ENFERMERAS. NIC
<ul style="list-style-type: none"> • Ideas sobre salud, influencias culturales, valores espirituales. • Fuerzas motivacionales. • Sistema de valores individual. • Habilidades personales y de desarrollo. • Conocimiento y habilidades para el régimen propuesto. • Acceso a los cuidados y conveniencia de ellos. • Percepción de las creencias de las personas significativas. <p>Valoración social del plan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias sobre Salud. (1700) Convicción personales que influyen en la conducta. 170002 Amenaza percibida por la inactividad. • Conducta de obediencia. (1600.) Acción autoiniciada para favorecer el bienestar, la recuperación y la rehabilitación. 160004 Contrapesa los riesgos y los beneficios de la conducta terapéutica. 160005 Describe estrategias para eliminar una conducta de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Enseñanza: Individual. Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del donante.

Criterios de resultados NOC: *Conducta de obediencia*

Indicadores		Likert
160001	Pregunta cuestiones cuando es necesario	1-2-3-4-5
160002	Busca información relacionada con la donación a partir de diversas fuentes	1-2-3-4-5
160004	Contrapesa los riesgos y los beneficios de seguir las indicaciones sanitarias	1-2-3-4-5
160005	Describe estrategias para eliminar conductas negativas en el proceso de la donación	1-2-3-4-5
160007	Proporciona razones para adoptar las recomendaciones sociosanitarias de la donación	1-2-3-4-5
160009	Refiere el uso de estrategias para aumentar al máximo la salud	1-2-3-4-5

Intervenciones NIC: *Enseñanza individual*

- Establecer la credibilidad del educador.
- Determinar las necesidades de enseñanza del donante.
- Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del donante.
- Valorar las capacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas para simular el aprendizaje.
- Determinar la motivación del donante para simular la información específica.
- Establecer los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas.
- Reforzar la conducta.
- Corregir la mala interpretación de la información, dar tiempo al donante para que haga preguntas y discuta inquietudes.
- Seleccionar y proporcionar los materiales educativos y de información necesarios.

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

FACTORES RELACIONADOS	CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC	INTERVENCIONES ENFERMERAS. NIC
<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro funcional relacionado con el envejecimiento, mayor de edad requerida para donar. • Cambios en el rol social, donante con mucha antigüedad que no puede seguir donando. • Falta de reconocimiento o recompensas. • Enfermedad (anemias, HTA..) 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima. 1205 Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo. 120502 Aceptación de las propias limitaciones. • Adaptación psicosocial; cambio de vida.1305 <p>Adaptación psicosocial de un individuo a un cambio de vida.</p> <p>130511 Expresiones de satisfacción y comprensión con su nueva situación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciación de la autoestima. Ayudar al donante a que aumente el juicio personal sobre su propia valía. • Potenciación de la conciencia de si mismo. Ayudar a un donante a que explore y comprenda pensamientos, sentimientos, motivaciones, y conductas.

Criterios de resultados NOC: Adaptación psicosocial. Cambio de vida

Indicadores		Likert
130502	Mantenimiento de la autoestima	1-2-3-4-5
130504	Expresiones de utilidad	1-2-3-4-5
130508	Identificación de estrategias de superación	1-2-3-4-5
130511	Expresiones de satisfacción sobre la nueva situación	1-2-3-4-5
130515	Participación en actividades relacionadas con la donación	1-2-3-4-5

Intervenciones NIC: *Potenciación de la conciencia de sí mismo*

- Ayudar al donante a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.
- Ayudar a identificar los valores que contribuyen al concepto de si mismo.
- Facilitar la identificación de la forma de respuesta habitual a situaciones parecidas.
- Ayudar a identificar las prioridades de la vida.
- Ayudar a que sea conciente de sus frases negativas autocríticas.
- Ayudar a identificar con el donante la fuente de motivación.

DIAGNÓSTICO: DOLOR AGUDO

FACTORES RELACIONADOS	CRITERIOS DE RESULTADOS. NOC	INTERVENCIONES ENFERMERAS. NIC
<ul style="list-style-type: none">• Agente lesivo	<ul style="list-style-type: none">• Control del Dolor 1605 Acciones personales para controlar el dolor 160503 Utilización de medidas preventivas 160506 Reconoce los signos de alerta para solicitar ayuda 160511 Refiere dolor controlado	<ul style="list-style-type: none">• Actuación ante el dolor Alivio o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable por el donante. • Vigilancia: Seguridad Reunión objetiva y continuada de información acerca del donante y del ambiente para utilizarla en la estimulación y mantenimiento de la seguridad.

Criterios de resultados NOC: Control del dolor

Indicadores		Likert
160501	Reconoce los efectos causales	1-2-3-4-5
160502	Reconoce el comienzo del dolor	1-2-3-4-5
160503	Utilizamos medidas preventivas	1-2-3-4-5
160504	Utilizamos medidas de alivio no analgésicas	1-2-3-4-5
160506	Reconoce los signos de alerta para solicitar ayuda	1-2-3-4-5
160507	Refiere síntomas al profesional sanitario	1-2-3-4-5
160509	Reconoce los síntomas del dolor	1-2-3-4-5
1600511	Refiere dolor controlado	1-2-3-4-5

Intervenciones NIC: Actuación ante el dolor

- Observar claves no verbales de molestia, especialmente en aquellos que no puedan comunicarse eficazmente.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer las respuestas del donante al dolor.
- Considerar las influencias culturales sobre las experiencias con el dolor.
- Utilizar un método de valoración adecuado que permita un seguimiento de los cambios en el dolor.
- Proporcionar información a cerca del dolor, el tiempo que durará, las causas del dolor y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en las respuestas del donante a las molestias.
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten las experiencias del dolor (miedo, fatiga, falta de conocimiento).
- Monitorizar el grado de satisfacción del donante con el control del dolor a intervalos especificados.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (distracción, terapia musical, terapia de actividad, aplicación de calor frío) antes de que se produzca el dolor o que aumente.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor.

CONCLUSIONES:

La necesidad de trabajar bajo normas de gestión de calidad, nos ha hecho replantearnos en más de una ocasión, la evidencia del cuidado en el donante y en la sociedad donante. No es posible valorar si no disponemos de los mecanismos y herramientas para poder medir el trabajo real que la enfermería realiza a “pie de cama”. 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 la donación.

Esta aplicación del proceso enfermero muestra la imprescindible labor de enfermería en la atención bio-psicosocial del paciente donante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro R. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona: Masson; 1996.
2. Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. 2 ed. Barcelona: Doyma Enfermería; 1992.
3. Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y prácticas. 8 ed. Madrid: Pearson; 2008.
4. Carpenito LJ. Planes de cuidado y documentación en Enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. Madrid: Interamericana-Mc Graw-Hill; 1994.
5. Gómez M, Terol E. Cuidados de Enfermería al Donante-Comunidad. *Enferm Docente*. 2003. 77: 13-21.
6. Informe Hemovigilancia año 2012. Ministerio de Sanidad
7. Johson M, Bulechek GM, Mc Closkey JC, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones Nanda, Noc y Nic. Madrid: Harcourt; 2005.
8. Luis Rodrigo MT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 3 ed. Madrid: Harcourt; 1999.
9. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 7 ed. Barcelona: Masson; 2006.
10. Mc Closkey JC, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 4 ed. Madrid: Elsevier; 2005.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados en Enfermería (NOC). 3 ed. Madrid: Elsevier; 2005.
12. Nanda. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2005-2006. Nanda Internacional. Madrid: Elsevier; 2006.
13. Rodríguez MM, Torres A, Azañón R, Rodríguez M, Palma J. Experiencia en la Implantación del Proceso Enfermero en Emergencias. *Tempus Vitális*. 2003. III (1): 4-10.
14. Web Centro de Hemodonación de Castilla y León. Sets.

ANEXOS

ANEXO 1:

La hemovigilancia es el conjunto de medidas diseñadas para conseguir la detección, registro y análisis de toda la información relativa a los efectos adversos indeseables e inesperados que puedan producirse en cualquier punto de la cadena transfusional, desde 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.

La hemovigilancia en España está organizada en tres niveles: nivel hospitalario y de centro de transfusión, nivel autonómico y nivel estatal. La información enviada desde cada una de las comunidades autónomas se centraliza en la Unidad Estatal de Hemovigilancia del Ministerio de Sanidad y, desde allí, se reporta a la Red Internacional de Hemovigilancia.

El objetivo fundamental que persigue un sistema de hemovigilancia es aumentar los niveles de calidad y seguridad de la transfusión sanguínea, mediante el análisis de las causas que pueden producir los efectos adversos y la aplicación de las medidas correctoras y/o preventivas pertinentes.

La cadena transfusional:

- Donación: Selección de donantes, extracción y analítica
- Procesamiento: fraccionamiento y preparación de componentes sanguíneos
- Transfusión: pruebas de compatibilidad, transfusión y reacciones adversas inmediatas y tardías.

Tipo de incidentes en la donación de sangre:

Las complicaciones registradas son definidas como:

A. Complicaciones con síntomas locales: causadas directamente por la inserción de la aguja. Algunas se caracterizan por producirse extravasación, mientras otras se caracterizan por la aparición de dolor.

A1. Complicaciones caracterizadas por extravasación

- **Hematoma:** acumulación de sangre en los tejidos fuera de los vasos.
Síntomas: cardenal, decoloración, hinchazón y dolor local.
- **Punción arterial:** una punción de la arteria braquial o de una de sus ramificaciones producida por la aguja utilizada en la venopunción.
Síntomas: puede haber dolor leve localizado en la región del codo. Objetivamente se puede ver la sangre recogida de un color rojo más luminoso del normal y quizás movimientos de la aguja provocados por la pulsación arterial, la bolsa se llena muy rápido. En casos sin complicación puede no presentarse hematoma.
Complicaciones: El riesgo de un hematoma grande se incrementa así como de Síndrome compartimental en el antebrazo, Pseudoaneurisma en la arteria braquial y Fístula arteriovenosa.
- **Sangrado retardado:** reinicio espontáneo del sangrado en el lugar de la venopunción después de realizada la donación.

A2. Complicaciones principalmente caracterizadas por dolor

- **Irritación neurológica:** irritación de un nervio producida por la presión ejercida por un hematoma.
Síntomas: son de tipo nervioso irradiando dolor y/o parestesias en asociación con el hematoma.
- **Lesión neurológica:** daño de un nervio al insertar la aguja o retirar la aguja.
Síntomas: dolor con frecuencia asociado a parestesia. El dolor es irradiante e intenso. Se produce inmediatamente al insertar la aguja o retirarla.
- **Daño en el tendón:** daño de un tendón producido por la aguja.
Síntomas: son muy intensos con dolor local no irradiante que se inicia inmediatamente tras la inserción de la aguja.
- **Dolor en el brazo:** casos caracterizados principalmente por dolor local, intenso e irradiante en el brazo de la donación y que aparece durante o en las cuatro horas siguientes. Sus características no

permiten clasificarlo en una de las categorías más específicas ya mencionadas anteriormente.

A 3 Otras categorías con síntomas locales

- **Tromboflebitis:** inflamación de una vena asociada a trombosis.
Síntomas: calor, endurecimiento, dolor local, enrojecimiento e hinchazón.
- **Alergia (local):** reacción cutánea en el lugar de venopunción producida por alérgenos de las soluciones utilizadas para la desinfección del brazo o alérgenos de la aguja.
Síntomas: rash, hinchazón y picor en el lugar de venopunción.

B. Complicaciones con síntomas generalizados

Reacción vasovagal: sensación general de malestar y debilidad, con ansiedad, mareo y náuseas, que puede progresar hasta la pérdida de conocimiento (síncope). En la mayoría de los casos se producen sólo síntomas menores, pero unos pocos casos siguen un curso más grave con síntomas como pérdida de conciencia y convulsiones o incontinencia.

Síntomas: malestar, debilidad, ansiedad, mareo, náuseas, sudoración, vómitos, palidez, hiperventilación, convulsiones y pérdida de conciencia.

Se clasifican en cuatro tipos:

- **Reacción vasovagal inmediata:** los síntomas se producen antes de que el donante haya abandonado el lugar de donación
- **Reacción vasovagal inmediata con daño:** daño causado por caídas o accidentes en donantes con reacción vasovagal e inconsciencia antes de que el donante abandone el lugar de donación
- **Reacción vasovagal retardada:** los síntomas se producen después de que el donante haya abandonado el lugar de donación
- **Reacción vasovagal retardada con daño:** daño causado por caídas o accidentes en donantes con reacción vasovagal e inconsciencia después de que el donante haya abandonado el lugar de donación.

Tipo de incidentes en los pacientes transfundidos:

1. Reacción hemolítica transfusional

Son reacciones transfusionales debidas a la lisis o destrucción acelerada de los hematíes transfundidos. La hemólisis puede ser de tipo **inmune** (anticuerpos en el receptor o en el donante que reaccionan con antígenos presentes en el donante, o receptor, respectivamente) o **no inmune** (de origen *químico*, por la infusión de soluciones hipotónicas, *mecánicas* por exceso de presión en la administración de la transfusión, por *congelación*, por *contaminación bacteriana*, etc.). Las reacciones hemolíticas agudas características, son las producidas como consecuencia de transfusiones ABO incompatibles.

Las reacciones hemolíticas que se producen durante las 24 horas siguientes a la transfusión se denominan **agudas**. Si se producen después de este periodo se denominan **retardadas** (habitualmente 5-7 días después de la transfusión).

Laboratorio:

- Confirmar identidad del paciente y unidad.
- Confirmar que los datos de filiación son correctos, y que las pruebas de compatibilidad realizadas y las unidades transfundidas corresponden al paciente.
- Repetir pruebas de compatibilidad: Repetir grupo en paciente y unidad, prueba cruzada y, escrutinio de Anticuerpos irregulares y Coombs directo.
- Interrogar sobre si la sangre se administró con alguna medicación simultánea que pudiera ocasionar hemólisis no inmune.

2. Lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión

En paciente sin evidencia de lesión pulmonar aguda anterior a la transfusión.

Diagnóstico de LPART:

- Inicio agudo
- Hipoxemia
- Infiltrados pulmonares bilaterales
- No evidencia de hipertensión auricular izquierda (es decir, sobrecarga circulatoria)

- No relación temporal con un factor de riesgo alternativo de lesión pulmonar durante o en las 6 horas siguientes a la finalización de la transfusión.

La LPART es un síndrome clínico y no es necesaria la presencia de anticuerpos anti-HLA o anti-HNA en el donante y/o en el receptor para establecer el diagnóstico.

3. Edema pulmonar cardiogénico

Aparición de disnea aguda, taquicardia, hipotensión, hipoxia e hipercapnia, acompañadas de un patrón radiológico alveolar bilateral en las 24 horas siguientes a la transfusión sanguínea.

4. Infección bacteriana transmitida por transfusión

Aparición en el receptor de una transfusión sanguínea de una infección bacteriana transmitida por el componente transfundido.

Clínica:

Aparición en las 24 horas siguientes a la transfusión sanguínea, de un cuadro de fiebre, taquicardia, escalofríos, hipotensión. En casos graves el cuadro puede evolucionar a CID.

Laboratorio:

Crecimiento del mismo germen en cultivos realizados al paciente y al componente sanguíneo.

5. Infección vírica transmitida por transfusión

Aparición de signos o síntomas de infección sugestiva de haber sido transmitida por vía sanguínea, días, semanas, meses o años después de una transfusión sanguínea. En muchos casos el grado de imputabilidad puede ser muy difícil de establecer.

Laboratorio:

Los criterios para considerar una infección como comunicable son dos:

- a) Existencia confirmada de marcadores post-tranfusionales de infección, cuando existe evidencia de que previo a ésta, eran negativos.

b) Confirmación tras la transfusión, de desarrollo en el receptor de hepatitis aguda, o una infección presumiblemente transfusional de causa desconocida. El estudio de marcadores en las muestras de la seroteca de las unidades implicadas, o el seguimiento de los donantes de las donaciones sospechosas, pueden confirmar la transfusión como posible causa de la infección, o por el contrario aconsejar la búsqueda de otras causas.

6. Reacción febril/hipotensiva

Elevación de la temperatura 1º C relacionada con la transfusión sanguínea y sin otra explicación posible. Generalmente son debidas a Ac antiplaquetarios o citoquinas liberadas por los leucocitos del donante.

Aparición de un cuadro agudo de hipotensión sistólica y/o diastólica poco después del inicio de la transfusión. Se relaciona con la generación de citoquinas (generalmente bradiquinina) durante la filtración de componentes sanguíneos en la cabecera del paciente.

Clínica:

El grado de caída de la Tensión Arterial debe ser al menos de 10 mmHg sobre la previa. Suele ceder en media hora y puede acompañarse de síntomas respiratorios (disnea o hipoxemia). Un tercio de los casos cursan con manifestaciones alérgicas (prurito, urticaria).

7. Reacción alérgica

Reacción aguda que aparece durante las 24 horas siguientes a la transfusión de cualquier componente sanguíneo y que evoluciona con signos y síntomas característicos de alergia o anafilaxia.

Clínica:

Formas leves: fundamentalmente manifestaciones cutáneas como urticaria, eritema, prurito.

Formas graves: broncoespasmo que cursa con disnea, runcus, sibilancias, estridor laríngeo, manifestaciones digestivas como nauseas o diarrea, manifestaciones cardiacas como hipotensión, taquicardia, arritmia, síncope o parada cardiorrespiratoria.

Laboratorio:

Investigar si el paciente presenta un déficit de IgA y anticuerpos anti-IgA. Recordar que transfusiones recientes, pueden aumentar los niveles reales de IgA.

8. Otros casos

- **Aloinmunización**

Aparición de anticuerpos en el receptor frente a los antígenos eritrocitarios HLA, HPA y HNA que no eran detectables antes de la transfusión.

- **Hemosiderosis**

Acúmulo de hierro en órganos y tejidos de pacientes que reciben transfusiones periódicas de concentrados de hematíes.

Clínica:

Depende de los órganos más afectados. Lo más frecuente son alteraciones cutáneas (hiperpigmentación), cardíacas (insuficiencia cardíaca), hepáticas y endocrinas (diabetes e hipogonadismo).

Laboratorio:

Niveles de ferritina por encima de 1000 mcg/mL, índice de saturación de transferrina y medición de la sobrecarga de hierro hepático (bioquímica hepática alterada y biopsia) son las pruebas de laboratorio más habituales.

- **Otras Reacciones adversas**

Síntomas como hipertensión, disnea, taquicardia y malestar asociado a la transfusión (escalofríos, náuseas, vómitos...)

9. Error en la administración de componentes

Episodio en que a un paciente se le transfunde un componente sanguíneo que no cumple los requisitos idóneos o que estaba destinado a otro paciente

10. Incidentes sin efecto: “Casi incidentes”

Cualquier error que de no haberse detectado a tiempo hubiera producido un incidente en el proceso transfusional.

ANEXO 2:



Centro de Hemoterapia y Hemodonación
de Castilla y León

PASEO FILIPINOS, S/N – 47007 VALLADOLID – TELÉFONO 900-405060

FICHA DE DONANTE

DATOS DEL DONANTE

¿Realizó alguna vez una donación de sangre? | Sí | No

D. N.I.

Nº de donante

Nombre

Sexo | Varón | Mujer

Apellidos

Dirección

C. Postal Población

Teléfono:

E-mail

Tel. Móvil:

Fecha de nacimiento

Provincia de nacimiento

Los datos facilitados serán recogidos en un fichero permanente cuya finalidad es el suministro de sangre y componentes sanguíneos, y cuyo responsable es el Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León (Paseo Filipinos, s/n – 47007 Valladolid). Los datos de filiación y estadísticos serán compartidos con la Hermandad de Donantes de Sangre de su provincia, que los utilizará con fines de promoción de la donación de sangre. El interesado podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de acuerdo con la L.O. 15/1999 y el R.D. 1720/2007, mediante solicitud escrita y firmada al responsable del fichero.

Por favor, indíquenos marcando la casilla si no desea ser convocado para donar por carta, por teléfono o por mensaje al móvil.

Si no desea que comuniquemos sus datos a la Hermandad de Donantes de Sangre de su provincia, marque esta casilla:

Si no desea que los productos de su donación se utilicen para fines docentes, diagnósticos o de investigación, marque esta casilla:

Declaración del donante: He leído el texto informativo del dorso de esta hoja y el impreso «Haciendo más segura su donación», habiendo entendido los motivos que excluyen de la donación de sangre, así como las preguntas referentes a mi historia médica. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas satisfactoriamente. Por tanto, consiento voluntariamente en realizar una donación de sangre, con pleno conocimiento de causa. **Declaro que la información aportada es veraz y sincera.**

Firma del donante

DATOS DE LA DONACIÓN

SELECCIÓN

Lugar extracción

Peso Hb

Fecha extracción

T. arterial/.....

Hora Pulso

Apto donación: | Sí | No

Motivo de exclusión-.....hasta

Tipo de donación:

| Sangre total | Aféresis plaquetas | Aféresis plasma

| Af. plaquetas + plasma | Eritroaféresis |

Responsable selección donante

Firma:

Observaciones

EXTRACCIÓN

ATS extracción

Balanza/Máq. nº Tiempo

Observaciones

.....

Pegar aquí el número de donación

INFORMACIÓN AL DONANTE

La SANGRE es un tejido que, utilizado para el tratamiento de pacientes, puede salvar muchas vidas. Es muy importante que la donación que va a efectuar no entrañe riesgos para usted, porque no se encuentre en las mejores condiciones para efectuar la donación, ni para el paciente que la va a recibir, porque pueda transmitirle enfermedades. Por este motivo, le rogamos que **si ha realizado conductas de riesgo para la transmisión de enfermedades (uso de drogas intravenosas, mantener relaciones sexuales con múltiples parejas,...) se autoexcluya de la donación de sangre.**

Tampoco debe donar sangre si en los últimos 4 meses ha tenido relación sexual, aunque sea con protección, con una persona que pueda haber realizado las citadas conductas de riesgo.

Es muy importante que nos comunique si por cualquier motivo usted piensa que su sangre puede no ser completamente segura para ser transfundida a un paciente. **Si después de donar tuviera alguna duda sobre la seguridad de la donación** efectuada o si usted sufriera una enfermedad en las 2 semanas siguientes a su donación, **debe comunicarlo** a la mayor brevedad al personal médico del Centro o en el teléfono 900405060.

Pueden donar sangre total o aféresis las personas con una edad entre 18 y 65 años (los mayores de 65 también pueden donar tras una valoración por nuestro personal sanitario) y con un peso no inferior a 50 kg.

Después de realizar una donación de sangre total tiene que dejar pasar un mínimo de 2 meses antes de volver a donar. Los hombres pueden donar sangre total un máximo de 4 veces al año y las mujeres 3 veces al año.

Antes de la donación le serán realizados los controles sanitarios preceptivos (tensión arterial, pulso, hemoglobina). Tras la donación su sangre será analizada y fraccionada en componentes (plaquetas, plasma, etc.), se comprobará su grupo sanguíneo y se realizarán otras pruebas para evitar la transmisión de sida, hepatitis y sífilis. Si sus análisis son positivos, su sangre no será transfundida. Se le notificarán los resultados que puedan ser impedimento para seguir donando. Los productos obtenidos de la donación se utilizarán para el tratamiento de enfermos, y también podrán ser empleados con fines docentes, diagnósticos o de investigación.

Con motivo de la donación se pueden producir, ocasionalmente, efectos adversos transitorios como por ejemplo un hematoma en el punto de punción venosa, mareos o desmayos. Para prevenir mareos, no se debe acudir a donar sangre en ayunas. Después de una comida copiosa hay que esperar dos horas.

Si tiene alguna duda ahora o en cualquier momento durante el proceso de donación, por favor pregunte al personal del Centro.



CUESTIONARIO *Por favor lea atentamente y conteste SÍ o NO a cada pregunta*

1. ¿Ha donado sangre en los últimos 2 meses? ¿Ha donado más de 3 (si mujer) ó 4 veces (si varón) en el último año?
2. ¿Se encuentra bien de salud?
3. ¿Ha tenido catarro, gripe, fiebre, diarrea o alguna otra infección en los últimos 14 días?.....
4. ¿Ha sufrido pérdida de peso injustificada, fiebre injustificada o inflamación ganglionar?.....
5. **¿Toma alguna medicación?**
6. ¿Ha tomado Aspirina u otro fármaco antiinflamatorio en los últimos 5 días?.....
7. ¿Ha tomado alguna vez uno de estos medicamentos: Proscar, Propecia, Avidart, Roacután o Tigasón?.....
8. ¿Se ha vacunado en las últimas 4 semanas o se ha realizado algún tratamiento dental en la última semana?
9. ¿Ha padecido hepatitis, tuberculosis, fiebre de Malta (brucelosis), toxoplasmosis, sífilis o gonorrea?.....
10. ¿Ha convivido con un enfermo de hepatitis o ha estado expuesto a contagios de hepatitis en los últimos 4 meses?
11. ¿Ha padecido alguna vez una enfermedad del sistema nervioso, convulsiones, desmayos o epilepsia?.....
12. ¿Padece o ha padecido cáncer, enfermedad de bronquios o pulmón, enfermedad del riñón o diabetes?.....
13. ¿Padece alguna enfermedad del aparato digestivo, de la sangre, del sistema inmunológico o del metabolismo?
14. ¿Ha tenido o tiene alguna enfermedad del corazón (infarto, angina de pecho, arritmia,...), o una trombosis?.....
15. ¿Ha sido hospitalizado u operado o le han realizado una endoscopia en los últimos 4 meses?
16. ¿Ha recibido alguna vez una transfusión o un trasplante?
17. ¿Le han practicado tatuajes, perforaciones corporales (*piercing*), o acupuntura en los últimos 4 meses?.....

18. Si es mujer ¿Ha estado embarazada en los últimos 6 meses?
.....
19. ¿Ha tenido malaria (paludismo)? ¿Ha viajado al extranjero en los últimos 12 meses?
20. ¿Ha recibido tratamiento con hormona de crecimiento o hay en su familia algún caso de Enf. de Creutzfeldt-Jakob?.....
21. ¿Va a realizar actividades peligrosas (piloto, c. de autobús, operador de grúa, montañero...) después de donar?.....
22. ¿Ha residido en el Reino Unido más de 1 año acumulativo entre los años 1980 a 1996, ambos inclusive?.....
23. ¿Han nacido usted o su madre en el extranjero?.....

LOS DATOS DE ESTE CUESTIONARIO TIENEN CARÁCTER CONFIDENCIAL

ANEXO 3:

	NOMBRE	Nº Donante	Edad	Sexo				
			1ª Donación	2ª Donación	3ª Donación			
	Colecta	Fecha						
	Enfermera	T/A						
		Hb						
		Pulso						
	Alteración comportamiento		Inquietud					
	Antecedente de hematoma		Mal acceso venoso					
	Antecedente de lipotimia		Minimización de los síntomas					
	Aumento del estado de alerta		Reapertura de vía					
	Déficit visual o auditivo		Retraso en la búsqueda de atención					
	Expresión de miedo		Seguimiento inexacto de las instrucc.					
	Hablar o verbalizar con dificultad		Verbalización del problema					
	Incapacidad para hablar el lenguaje dominante							
	1. Temor/ miedo r/c		7. Dolor r/c					
	2. Conocimiento deficiente r/c		8. Deterioro de la comunicación r/c					
	3. R. de Hematoma r/c		9. Riesgo de baja autoestima r/c					
	4. Disminución gasto cardiaco. Lipotimia r/c		10. Afrontamiento defensivo r/c					

5. Incumplimiento del tratamiento r/c			11. Conduc. generadora de salud r/c		
6. Negación ineficaz r/c					
			1ª Donac.	2ª Donac.	3ª Donac.
Aceptación estado de salud (10)			1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Autoestima (9)			1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Conducta de fomento de la salud (11)			1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Conducta de obediencia (6,5)			1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Conocimiento proceso terapéutico (1,2,5)			1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Control de impulsos (5)			1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Control del dolor (7)			1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Control del miedo (1)			1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Control del riesgo (6 ,3)			1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Creencias sobre la salud; amenaza percibida (1,2)			1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Creencias de salud (5, 8)			1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Estado signos vitales (4)			1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
			1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Asesoramiento (6)			Inf. sensorial preparatoria (1, 2)		
Cuidados de las heridas (3)			Potenciación autoestima (9)		
Disminución de la ansiedad (1, 4, 6)			Presencia (1,2,6)		
Enseñanza individual (1, 2)			Prevención del shock		
Escucha activa (10)			Refuerzo de la conducta (11)		
Fomento de la comunicación (8)			Vigilancia seguridad (1,4,7,10)		
OBSERVACIONES					