

**Trabajo de Fin de Grado**  
**Curso 2015/16**



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**PREVALENCIA DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA EN LA UCI**

**Autor/a: Jose Luis Sahagún Palencia**

**Tutor/a: Manuel Frutos Martín**

## **RESUMEN**

Los pacientes neurocríticos y los poli-traumatizados son enfermos que se encuentran habitualmente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y, como todo paciente en estas unidades, es un enfermo de gran complejidad, susceptible de padecer complicaciones durante su estancia hospitalaria. Por ello, es importante considerar la necesidad de herramientas para mejorar los cuidados de enfermería, permitiendo una atención integral, segura y eficaz.

La identificación de los diagnósticos de enfermería prevalentes en estas unidades, hace posible la elaboración de una propuesta de **Plan de Cuidados Estandarizados** empleando los actuales lenguajes enfermeros, de tal forma que permita plantear una actuación de enfermería homogénea, coherente y coordinada.

La existencia de dificultades en el empleo de la nueva nomenclatura diagnóstica enfermera en la práctica clínica, y la dificultad en la conceptualización debido a la escasa formación en el empleo del Lenguaje Enfermero Estandarizado (LEE) de gran parte de las enfermeras en activo, contribuye a que se interprete como negativo, ya que no se obtienen resultados de mejoras en la práctica profesional a corto plazo. Sin embargo, la elaboración de una guía de cuidados dirigida a los profesionales de la enfermería, permite un registro de cuidados completo que permita dar constancia de la actividad prestada, unificar criterios y contribuir a la creación de un propio campo de conocimiento.

## **PALABRAS CLAVE**

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Lenguaje Enfermero estandarizado (LEE), diagnósticos de enfermería, atención integral.

<b><u>ÍNDICE</u></b>	<b>pág.</b>
1. Introducción .....	1
2. Objetivos .....	5
3. Material y métodos .....	6
4. Metodología/Caso clínico .....	7
4.1 Respirar normalmente	
4.2 Comer y beber adecuadamente	
4.3 Eliminar por todas las vías de eliminación	
4.4 Moverse y mantener la posición conveniente	
4.5 Mantenimiento de la temperatura corporal	
4.6 Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	
4.7 Evitar peligros ambientales / seguridad	
4.8 Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, etc.	
5. Discusión .....	20
6. Conclusiones .....	22
7. Bibliografía .....	23
8. Anexo – 1 .....	25
8.1 Dormir y descansar	
8.2 Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse	
8.3 Profesar su religión	
8.4 Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal	
8.5 Participar en actividades recreativas	
8.6 Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo y a la salud normales	

## **LISTADO DE ABREVIATURAS**

*ACV*: Accidente Cerebro Vascular

*CVC*: Catéter Venoso Central

*HC*: Hemorragia Cerebral

*HSA*: Hemorragia Subaracnoidea

*IOT*: Intubación Orotraqueal

*LEE*: Lenguajes Enfermeros Estandarizados

*NANDA*: North American Nursing Diagnosis Association

*NIC*: Nursing Interventions Classification

*NNN*: Nanda-Nic-Noc

*NOC*: Nursing Outcomes Classification

*NPT*: Nutrición Parenteral Total

*PE*: Proceso Enfermero

*PIC*: Presión Intracraneal

*PN*: Paciente Neurocrítico

*PP*: Paciente Poli-traumatizado

*SEEIUC*: Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias

*SEMIYUC*: Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias

*SNG*: Sonda Nasogástrica

*TCE*: Trastorno Craneoencefálico

*UCI*: Unidad de Cuidados Intensivos

*UPP*: Úlceras Por Presión

*VMI*: Ventilación Mecánica Invasiva

## **1. INTRODUCCIÓN**

De entre todas las definiciones analizadas concluyo en una integración de las mismas con el siguiente concepto: La unidad de Cuidados Intensivos (UCI), a diferencia de otras unidades, es una unidad especial de alta complejidad, dotada de un equipamiento de alto nivel tecnológico y de personal especializado, cuyo objetivo es brindar unos cuidados integrales a los pacientes en estado crítico con patologías de cualquier tipo, colaborando con los demás servicios hospitalarios, especialmente, con el servicio de emergencias.

Como referencia de los antecedentes históricos y según menciona la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC), la primera referencia a la agrupación de enfermos críticos en un área común dotada de mayores recursos y para un mejor aprovechamiento de éstos tiene lugar en la Guerra de Crimea (1854-1856) y su principal precursora fue Florence Nightingale.

En España, la primera UCI se creó en 1969 en la Clínica de la Concepción de Madrid y gracias a la iniciativa de Carlos Jiménez Díaz, quien sugirió a una serie de médicos internistas que orientaran su ejercicio hacia los enfermos críticos concentrados en la UCI.

Basándonos en la información aportada por Tarín (2012), en 1974 se creó la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMIYUC).

Actualmente, en España, la Enfermería de cuidados críticos carece de la condición de especialista, ya que está integrada en la especialidad llamada Enfermería de Cuidados Médico – Quirúrgicos (aún pendiente de implantar en la práctica). Por lo tanto, es conveniente definir los elementos que hay que considerar como desarrollo de la práctica profesional de las enfermeras en la UCI.

Según Guevara (2007), la enfermera que trabaja en la UCI debe poseer un perfil enmarcado en una filosofía integradora que incluya conocimientos afectivos (altruista, empática, capaz de enfrentar el estrés,...), emocionales, científicos (competencias que tiene que desarrollar en el desarrollo de su practica profesional) y tecnológicos (destrezas, habilidades intelectuales y psicomotoras que permitan responder a los avances tecnológicos en beneficio del paciente crítico).

Los estudios de diversos autores, como Gálvez, et al. (2010) y Stone, et al. (2006), coinciden en que las enfermeras que trabajan en UCI, deben tener conocimientos y destrezas especiales, habilidades técnicas, y experiencia, de tal forma que puedan proporcionar los cuidados necesarios a tiempo en situaciones que comprometan la vida del enfermo, manteniendo el control de la situación en todo momento.

Sin embargo, gran parte de las enfermeras de UCI afirmaban que el desempeño de su trabajo era estresante, causando en ellas, principalmente, irritabilidad y ansiedad / nerviosismo. Identificó que la causa de este estrés estaba relacionado, fundamentalmente, con el estado de los pacientes y los cuidados, en muchas ocasiones dolorosos y complejos, que tenían que realizar sobre ellos. El entorno laboral también era un factor que causaba estrés, puesto que, en la mayoría de las ocasiones, el personal era escaso, los recursos materiales eran insuficientes y el temor estaba presente tanto por posibles confusiones con la medicación como por un mal desempeño del trabajo (Navarro, 2012).

Otro importante factor estresante en los profesionales de enfermería podría ser la edad, probablemente porque las enfermeras más jóvenes son más vulnerables al estrés, debido a la inexperiencia e inestabilidad laboral (Simón, et al. 2005).

Los aspectos físicos y psicológicos dentro del paciente, juegan un papel importante en la recuperación de la enfermedad, pudiendo facilitar el proceso o, por el contrario, hacerlo más complejo. Un factor importante a considerar durante la hospitalización de los pacientes críticos en la UCI son los sistemas de interacción. Como toda persona, interaccionan con el medio que les rodea, pero en estas situaciones, su entorno se reduce al ambiente físico de la unidad donde se encuentra hospitalizado y con el personal de dicha unidad. La enfermera es la parte del equipo multidisciplinar en contacto continuo con el paciente y se encarga de proporcionar los cuidados pertinentes durante el proceso de hospitalización, dando lugar a la relación “enfermera-paciente”, la cual es capaz de producir influencia tanto positiva como negativa en el enfermo (Baena y León 2007).

Por lo tanto, basándonos en estos últimos conceptos, podemos decir que cuando una enfermera presenta situaciones de estrés durante el desempeño de su trabajo, produce un deterioro en la relación “enfermera- paciente”, influyendo negativamente en el enfermo.

Por ello, es interesante elaborar planes de actuación que sirvan de guía para los profesionales de la enfermería, basados en los Lenguajes Enfermeros Estandarizados (LEE) como son NANDA – Internacional (NANDA – I), Clasificación de Objetivos de Enfermería (NOC), y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Los sistemas de clasificación (taxonomías) han sido cada vez mas utilizados, ya que contribuyen enormemente a la normalización lingüística entre enfermeras e integran un marco teórico de identificación de problemas, intervenciones y resultados en los cuidados, algo que es necesario para la práctica de la enfermería, de tal forma que sea comprendida y diseminada adecuadamente por todos los profesionales. En las UCI, se prestan cuidados de enfermería mas complejos, críticos y rápidos que en otras unidades, por lo que se necesitan planes de cuidados muy completos y coordinados con otros profesionales de la salud, de tal forma que sirvan como una gran herramienta para mejorar los cuidados de enfermería, permitiendo una atención más segura y eficaz (Paganin, et al. 2010).

Según Johnson, et al. (2012), de la Universidad de IOWA, las enfermeras en las UCI necesitan una amplia base de conocimientos avanzados para cuidar a los pacientes críticos. Sin embargo, el sistema de salud actual, en muchas ocasiones, subestima el valor que tiene la práctica de enfermería en estas unidades especiales. Esto ocurre debido a la escasez de evidencias que demuestran la gran aportación de las enfermeras en la calidad de la atención al paciente crítico, generando preocupación en las mismas acerca de cómo demostrarlo. Por lo tanto, una gran base de datos incluyendo el LEE puede ser de gran utilidad para identificar los cuidados de enfermería en dichas unidades, ofreciendo continuas oportunidades para evaluar el impacto que tienen las intervenciones de las enfermeras en los resultados que se obtienen en este tipo de pacientes.

Al ejecutar la competencia del cuidar, la enfermera de UCI tiene la oportunidad de realizar una valoración tanto subjetiva (en pacientes conscientes) como objetiva (examen físico), la cual le permite identificar diagnósticos de enfermería tanto reales como de riesgo. Esto facilita a la enfermera elaborar y ejecutar planes de cuidados en función de prioridades para luego evaluar estos cuidados a través de la respuesta del paciente (Guevara, 2007; Paganin, et al. 2010).

Según Cachón, et al. (2012), “la alta prevalencia de diagnósticos de enfermería identificados en UCI relacionados con necesidades físicas y psicológicas, puede manifestar una dificultad o priorización sesgada de las enfermeras en detectar problemas emocionales y espirituales respecto a los problemas físicos”. Estos mismos autores, estudiaron cual era el significado del LEE para las enfermeras de las UCI Madrileñas, obteniendo como resultados que, en la practica clínica, el empleo del LEE se puede ver condicionado por diferentes factores (contexto asistencial, tipo de pacientes, ...), pero nos permite adaptar los conocimientos teóricos a cada necesidad específica.

En otros estudios, como los de Von Krogh, et al. (2005) y Klehr, et al. (2009), coinciden en que integrar el LEE en un soporte informático, es capaz de contribuir en el ámbito de la investigación y educación, mejorar la calidad de registros de enfermería y, sobre todo, en reducir considerablemente el estrés del trabajo de la enfermera en su día a día. El empleo de las taxonomías por parte de los estudiantes durante el desarrollo de las practicas en la UCI, favorece el pensamiento reflexivo (relacionando teoría y práctica), al pensamiento crítico y al desempeño de unos cuidados más adecuados en cada situación (Doucette, et al. 2011; Farren, 2010).

Para mi es interesante abordar este tema puesto que existe poca información que guía a los profesionales de la enfermería en una actuación coherente, homogénea y coordinada en las UCI, por lo tanto, considero importante reseñar un programa de trabajo basado en los aspectos comunes que se dan en casi todos los pacientes críticos de estas unidades especiales, siendo estos fundamentalmente de tipo neurológico y de tipo poli-traumatizados.



Basándonos en estos prototipos de pacientes, podemos desarrollar planes de cuidados estandarizados en procesos generales de poli-traumatizados y neuropáticos, ya que todos ellos presentan numerosas coincidencias. Es importante concretar que, aunque se establezca un Plan de Cuidados Estándar, cada paciente precisa también de unos cuidados especiales e individualizados debido a otras patologías que puedan padecer.

## **2. OBJETIVOS:**

### **General:**

El objetivo principal de este TFG es identificar los diagnósticos de enfermería prevalentes en la UCI del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, y elevar una propuesta de Plan de Cuidados Estandarizados que permitan abordar una actuación profesional homogénea, coherente y coordinada al amparo de la nueva metodología de trabajo y con los actuales lenguajes enfermeros.

### **Específicos:**

- Realizar un análisis crítico de la documentación y literatura científica sobre los cuidados de enfermería en UCI.
- Identificar los problemas reales y potenciales, que presentan los pacientes atendidos en la unidad a fin de consensuar los “pacientes tipo”.
- Definir el Plan de Cuidados de enfermería general que contenga y aborde los problemas del “paciente tipo” de la UCI.
- Establecer las ventajas y dificultades del empleo del LEE en las Unidades de Cuidados Críticos.

### **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

El Marco Teórico del presente trabajo sobre la actuación de los profesionales en UCI, se fundamenta en una revisión bibliográfica sistemática, realizada desde Diciembre de 2015 hasta Abril de 2016, siguiendo los criterios establecidos de búsqueda en las principales bases de datos de enfermería (Pubmed, Scielo, Google Académico, Dialnet, Elsevier, ...).

El desempeño de mi formación práctica en la UCI del Hospital Clínico Universitario, me ha llevado a establecer que la mayoría de los pacientes en estas unidades son poli-traumatizados y neurocríticos. Tras determinar el prototipo de pacientes, proponemos un modelo de Plan de Cuidados Estandarizado, en el cual se exponen los principales diagnósticos de enfermería en los mismos, siguiendo la taxonomía II - NANDA I, acompañado de los resultados esperados (NOC) y de las intervenciones de enfermería (NIC) necesarias para dar solución a estos problemas.

En un principio, los criterios de inclusión para la revisión eran publicaciones de los últimos 5 años, pero la búsqueda quedaba muy reducida dada la escasa producción científica y publicaciones halladas de este periodo de tiempo, por lo que se amplió el rango de búsqueda a los últimos 10 años. El idioma utilizado ha sido el castellano preferentemente, sin embargo, debido a la escasez de artículos y datos científicos, se han ampliado las referencias obtenidas con publicaciones en otros idiomas (inglés, portugués).

Los criterios de exclusión han sido publicaciones antiguas, de pago y aquellas que no tuvieran rigor científico o fueran de fuentes poco fiables.

Las palabras clave más empleadas en la búsqueda sistemática fueron, entre otras: NANDA, ICU, nursing, diagnoses, critical care.

En la segunda parte en la que se propone un Plan de Cuidados Estandarizado para la práctica con los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos, hemos interpretado de forma crítica la información de los lenguajes existentes en la práctica científica cuidadora (NANDA, NOC, NIC), a través de las distintas herramientas (documentación escrita y herramientas informáticas), vinculando dicha información a las respuestas humanas y/o problemas de salud más destacados y coincidentes en las personas de cuidados críticos.

#### **4. METODOLOGÍA / CASO CLÍNICO**

La propuesta de Planes de Cuidados Estandarizados para estos 2 prototipos de pacientes son de gran relevancia y sirven de guía en la práctica clínica, puesto que contribuyen a unificar el plan de actuación enfermero y a desempeñar una actuación de mayor calidad cuando se presentan estas situaciones en concreto. Disponer de estos modelos de cuidados, permite a las enfermeras trabajar de un modo sistemático y actuar de una manera mucho más rápida en el cuidado de los pacientes críticos. Existen diversos modelos de valoración integral del paciente, pero en Castilla y León es habitual utilizar el modelo de Virginia Henderson, basado en las necesidades básicas de toda persona.

Según la obra “Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería” (Henderson, 1961), traducción al español de “*Basic Principles of Nursing Care*”, la enfermera tiene que ser capaz de asistir a la persona realizando actividades en beneficio de su salud y de su independencia. La enfermera pertenece a un equipo multidisciplinar, en el cual colabora con el resto de integrantes. El foco de atención principal y primordial para todo el equipo debe ser siempre la persona a la que asisten.

Según la guía de práctica clínica de Cuidados Críticos de Enfermería del Hospital Txagorritxu de Vitoria (2004), Virginia Henderson enumera y describe 14 necesidades básicas, las cuales deben ser enfocadas desde los principios de universalidad (comunes y esenciales para todo ser humano) y especificidad (diferente manifestación en cada persona). El concepto necesidad no es una carencia, sino que adquiere el significado de requisito. Las necesidades interactúan entre ellas y engloban de forma integral a la persona, viéndose condicionadas por sus aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías de eliminación.
4. Moverse y mantener la posición conveniente.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, mediante el uso de prendas adecuadas y modificando las condiciones ambientales.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros.
10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, etc.
11. Profesar su religión.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo y a la salud normales.

En base a mi experiencia durante el desempeño de mi formación práctica en la UCI del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, justifico que el prototipo de pacientes a los que van dirigidos los cuidados fundamentales en dicha unidad son los poli-traumatizados y los neuropáticos.

Partiendo de la base de que estos pacientes tienen prácticamente todas las necesidades alteradas, el desarrollo del Proceso Enfermero (PE) va a estar enfocado en aquellas que presenten una mayor alteración en los pacientes tipo, distribuyéndolo primero, en NNN comunes a ambos y segundo, en NNN particulares a cada caso. El resto de necesidades que, a simple vista, no se encuentren alteradas o no precisen de cuidados relevantes por su compromiso vital, se describirán en los anexos (Anexo - 1). De esta manera, se consigue extraer aquellos diagnósticos NANDA más prevalentes en la UCI (comunes a la mayoría de los pacientes) clasificados por necesidades de Virginia Henderson, quedando perfectamente estructurados y definidos con sus correspondientes objetivos e intervenciones / actividades que sirvan como guía para un plan de actuación enfermero rápido y eficaz.

Poli-traumatizado<sup>1</sup>: paciente que presenta graves lesiones óseas traumáticas, viéndose afectadas una o más vísceras, y produciéndose repercusiones respiratorias y/o circulatorias. Precisa de una valoración y tratamiento inmediatos, ya que el individuo se encuentra en una estado crítico que requiere del establecimiento de prioridades terapéuticas. Los traumatismos constituyen la tercera causa de muerte global y la primera en los jóvenes.

---

<sup>1</sup> Se ha excluido el TCE al presentar manifestaciones neurológicas descritas en el paciente neurocrítico.

Según Martí de Gracia, et al. (2010), la muerte por traumatismo suele ser precoz, y aunque en su distribución en el tiempo influyen diversos factores, se describe una clasificación tri-modal:

- Precoz: por lesiones incompatibles con la vida.
- Secundaria: por hemorragia.
- Tardía: debido a un fracaso multiorgánico.

Neuropático: este término engloba numerosos tipos de pacientes y, entre las patologías que pueden sufrir, se encuentran el Accidente Cerebro Vascular (ACV), Traumatismo Craneoencefálico (TCE), Hemorragia Subaracnoidea (HSA), Hemorragia Cerebral (HC). También se incluyen en este concepto aquellos pacientes pendientes de neurocirugía pero que precisan de cuidados críticos, los que presenten tumores intra o extracerebrales, o postoperados de cualquier patología neurológica que requieran cuidados críticos (Carmona, et al. 2005).

A continuación, vamos a elaborar una serie de tablas aplicando la clasificación de diagnósticos NANDA, objetivos NOC e intervenciones / actividades NIC (Heather y kamitsuru, 2015; Luis, 2013; NNNConsult).

#### **4.1. Respirar normalmente**

En ambos tipos de pacientes, el hecho de que la vía aérea este permeable no asegura una ventilación adecuada, ya que influyen otros factores como el nivel de conciencia, que los movimientos respiratorios sean adecuados o que la pared torácica este íntegra, entre otros. Es muy importante la prevención de lesiones isquémicas secundarias, por lo tanto hay que evitar las situaciones de hipoxemia, asegurando una correcta estrategia ventilatoria. Por ello, estos enfermos son candidatos a Intubación Orotraqueal (IOT) y Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) desde el primer momento.

Diagnósticos:

- (00031) *Limpieza ineficaz de las vías aéreas*: “Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables” r/c alteración del patrón respiratorio y deterioro neuromuscular.

- (00032) *Patrón respiratorio ineficaz*: “Inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada” r/c deterioro neurológico (PN) y dolor (PP).
- (00039) *Riesgo de aspiración*: “Vulnerable a la penetración en el árbol traqueobronquial de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos, que puede comprometer la salud” r/c alimentación enteral, disminución del nivel de conciencia e intubación oral.
- (00204) *Perfusión tisular periférica ineficaz*: “Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud” r/c alteración de la función motora.

NOC	NIC
(0403) Estado respiratorio: ventilación	(840) Cambio de posición (3140) Manejo de la vía aérea (3350) Monitorización respiratoria (6680) Monitorización de los signos vitales
(0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	(3160) Aspiración de las vías aéreas (3120) Intubación y estabilización de la vía aérea (3180) Manejo de las vías aéreas artificiales (3200) Precauciones para evitar la aspiración
(0411) Respuesta de la ventilación mecánica: adulto	(3300) Manejo de la ventilación mecánica: invasiva
(0412) Respuesta del destete de la ventilación mecánica: adulto	(3390) Ayuda a la ventilación (5270) Apoyo emocional (3250) Mejora de la tos
(1913) Severidad de la lesión física (PP)	(6200) Cuidados en la emergencia
(0913) Estado neurológico: función sensitiva/motora de pares craneales (PN)	(2620) Monitorización neurológica (2550) Mejora de la perfusión cerebral

## 4.2. Comer y beber adecuadamente

Debido a las lesiones de estos pacientes, los procedimientos invasivos que son necesarios realizar en los mismos (intubación orotraqueal, CVC, ...) y que precisan sedo-analgesia, tienen funciones vitales inhibidas. Por tanto, no son capaces de alimentarse / hidratarse por sí mismos y se procede a otros métodos que puedan sustituir esta situación (nutrición enteral / parenteral).

Diagnósticos:

- (00102) *Déficit del autocuidado: alimentación*: “Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación” r/c deterioro musculoesquelético y neuromuscular
- (00103) *Deterioro de la deglución*: “Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit en la estructura o función oral faríngea o esofágica” r/c lesión cerebral (PN) o traumatismo (PP).
- (00025) *Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos*: “Vulnerable a una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular, que puede comprometer la salud. Se refiere a la pérdida o aumento de líquidos corporales, o a ambos” r/c con régimen terapéutico y/o traumatismo (PP)

NOC	NIC
(1008) Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	(1056) Alimentación enteral por sonda (1200) Administración de nutrición parenteral total (NPT)
(1308) Adaptación a la discapacidad física (PP)	(2760) Manejo de la desatención unilateral (7110) Fomentar la implicación familiar (5820) Disminución de la ansiedad
(0900) Cognición (PN)	(4720) Estimulación cognitiva (7110) Fomentar la implicación familiar (5820) Disminución de la ansiedad

### 4.3. Eliminar por todas las vías de eliminación

Al igual que en la necesidad anterior, al tener funciones vitales inhibidas, no son capaces de controlar la eliminación por sí mismos. Tienden a retener líquidos, por lo que se les realiza sondaje vesical (salvo contraindicación). En esta necesidad encontramos dos factores que pueden parecer controvertidos, como son el estreñimiento y la incontinencia fecal. Debido a los problemas neurológicos (PN), inmovilidad (PP) y al encamamiento prolongado (en ambos), generalmente, se produce la aparición de estreñimiento, el cual se prolonga en el tiempo dando lugar, en la mayoría de los casos, a impactación fecal. Posteriormente, esta situación unida a la disminución generalizada del tono muscular, da lugar a la incontinencia intestinal. En cualquier caso, el estreñimiento predomina mas en el PN y la incontinencia fecal en el PP.

Diagnósticos:

- (00016) *Deterioro de la eliminación urinaria*: “Disfunción en la eliminación urinaria” r/c retención urinaria (PN) y multicausalidad (PP)
- (00011) *Estreñimiento*: “Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas” r/c deterioro neurológico (PN)
- (00014) *Incontinencia fecal*: “Cambio en los hábitos de eliminación fecal normales que se caracteriza por la eliminación involuntaria de heces” r/c inmovilidad y disminución general en el tono muscular (PP)

NOC	NIC
(0503) Eliminación urinaria	(580) Sondaje vesical (1876) Cuidados del catéter urinario (4130) Monitorización de líquidos
(0501) Eliminación intestinal	(1750) Cuidados perineales (450) Manejo del estreñimiento/impactación fecal (PN) (410) Cuidados de la incontinencia intestinal (PP)



#### 4.4. Moverse y mantener la posición conveniente

La movilidad esta determinada por el buen estado y correcta coordinación del sistema nervioso y el sistema musculo-esquelético. El nivel de sedación y de inmovilidad (PP) en estos pacientes es muy alto y los movimientos que realizan son involuntarios (convulsiones, temblores, ...). Es muy importante mantener una alineación corporal adecuada de tal forma que consigamos favorecer el funcionamiento de los diferentes sistemas del organismo, evitando cualquier movimiento que pueda agravar las lesiones.

Diagnósticos:

- (00040) *Riesgo de síndrome de desuso*: “Vulnerable al deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable, que puede comprometer la salud” r/c alteración del nivel de conciencia (PN) e inmovilidad (PP).
- (00085) *Deterioro de la movilidad física*: “Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades” r/c deterioro musculo-esquelético (PP) y alteración de la función cognitiva (PN).
- (00086) *Riesgo de disfunción neurovascular periférica*: “Vulnerable a sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad, que puede comprometer la salud” r/c traumatismo e inmovilización (PP).
- (00123) *Desatención unilateral*: “Deterioro de la respuesta sensorial y motora, la representación mental y la atención espacial del cuerpo y el entorno correspondiente, caracterizado por la falta de atención a un lado del cuerpo y su entorno y una atención excesiva al lado opuesto. La desatención del lado izquierdo es más grave y persistente que la desatención del lado derecho” r/c lesión cerebral, efectos de alteración de las capacidades perceptivas y efectos del deterioro neuromuscular (PN).

NOC	NIC
(0204) Consecuencias de la inmovilidad: Fisiológicas	(740) Cuidados del paciente encamado (840) Cambio de posición (4070) Precauciones circulatorias
(0208) Movilidad	(2210) Administración de analgésicos (6486) Manejo ambiental: seguridad (3500) Manejo de presiones (3590) Vigilancia de la piel
(0211) Función esquelética (PP)	(140) Fomentar la mecánica corporal (940) Cuidados de tracción/inmovilización
(2102) Nivel del dolor (PP)	(1400) Manejo del dolor (2210) Administración de analgésicos (2260) Manejo de la sedación
(0912) Estado neurológico: consciencia (PN)	(844) Cambio de posición: neurológico ((2520) Monitorización neurológica (2590) Monitorización de la presión intracraneal (PIC)

#### 4.5. Mantenimiento de la temperatura corporal

Los pacientes poli-traumatizados suelen tener hipotermia debido, entre otros factores, al shock hipovolémico ocasionado en el traumatismo, a la abundante fluidoterapia administrada en la reanimación, y la exposición a bajas temperaturas ambientales tanto en la fase pre-hospitalaria como en la hospitalaria. En cambio, el paciente neurocrítico tiende más a la hipertermia, ocasionando un aumento del metabolismo cerebral, y como consecuencia un aumento de la PIC. Sin embargo, en ambos se pueden producir ambas, ya que la lesión puede influir en la termorregulación corporal. Por lo tanto, es preciso mantenerlos en normotermia ( $T^a$  central  $\leq 37^{\circ}\text{C}$ ).

Diagnósticos:

- (00005) *Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal*: “Vulnerable a sufrir un fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los

límites normales, que puede comprometer la salud” r/c afección que perjudica la regulación de la temperatura.

- (00006) *Hipotermia*: “Temperatura corporal central inferior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación” r/c traumatismo (PP).
- (00007) *Hipertermia*: “Temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación” r/c traumatismo (PP) o coma/convulsiones (PN).

NOC	NIC
(0800) Termorregulación	(3900) Regulación de la temperatura (3740) Tratamiento de la fiebre (3800) Tratamiento de la hipotermia (6480) Manejo ambiental
(0802) Signos vitales	(6680) Monitorización de los signos vitales

#### 4.6. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Al tratarse de pacientes críticos, los procesos invasivos a los que están sometidos (IOT, CVC, ...), la presencia de heridas y/o lesiones (PP) y que, en la mayoría de los casos, el nivel de conciencia esta muy disminuido, desencadena en los mismos una inmovilidad prolongada, postración y dependencia. Por lo tanto, debemos asegurar una buena higiene y evitar, con unos óptimos cuidados de enfermería, las posibles infecciones y/o lesiones cutáneas que puedan producirse debido a estas causas.

Diagnósticos:

- (00108) *Déficit de autocuidado: baño*: “Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño” r/c alteración de la función cognitiva (PN) o dolor (PP)
- (00248) *Riesgo de deterioro de la integridad tisular*: “Vulnerable a una lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema integumentario, fascia muscular,

músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento, que puede comprometer a la salud” r/c deterioro de la movilidad y deterioro de la circulación.

- (00247) *Riesgo de deterioro de la mucosa oral*: “Vulnerable a lesión de los labios, los tejidos blandos de la cavidad bucal y/o la orofaringe, que puede comprometer a la salud” r/c alteración de la función cognitiva y/o factor mecánico (IOT o SNG).
- (00047) *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea*: “Vulnerable a una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud” r/c factor mecánico (inmovilidad física,...) y/o presión sobre prominencia ósea.
- (00250) *Riesgo de lesión del tracto urinario*: “Vulnerable a una lesión de las estructuras del tracto urinario a causa del uso de catéteres, que puede comprometer la salud” r/c uso de catéter urinario durante tiempo prolongado.
- (00201) *Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz*: “Vulnerable a una disminución de la circulación tisular cerebral, que puede comprometer la salud” r/c lesión cerebral (PN).

NOC	NIC
(0301) Autocuidados: baño	(1801) Ayuda con el autocuidados: baño / higiene (1610) Baño (1750) Cuidados perineales
(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas	(3540) Prevención de las úlceras por presión (UPP) (610) Cuidados de la incontinencia urinaria (740) Cuidados del paciente encamado (3500) Manejo de presiones (3590) Vigilancia de la piel (840) Cambio de posición (3660) Cuidados de las heridas (PP)
(1100) Salud oral	(6550) Protección contra las infecciones (1710) Mantenimiento de la salud bucal

#### 4.7. Evitar peligros ambientales / seguridad

Estos pacientes, por su situación crítica, no disponen de la capacidad necesaria para identificar las condiciones ambientales que aumentan el riesgo de sufrir lesiones, por lo tanto, no pueden prevenir los peligros por sí mismos. En esta necesidad, se valoran también los aspectos relacionados con factores medioambientales que influyen, de alguna manera, en el mantenimiento de la seguridad física, como por ejemplo los sentimientos / emociones ante una situación de peligro (ansiedad).

Diagnósticos:

- (00004) *Riesgo de infección*: “Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud” r/c procedimientos invasivos.
- (00043) *Protección ineficaz*: “Disminución de la capacidad para protegerse de amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones” r/c deterioro neurosensorial e inmovilidad.
- (00146) *Ansiedad*: “Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma” r/c estrés y amenaza de muerte.
- (00145) *Riesgo de síndrome postraumático*: “Vulnerabilidad a la persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador, que puede comprometer la salud” r/c duración del acontecimiento traumático.
- (00133) *Dolor crónico*: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial. Inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible con una duración superior a tres meses” r/c efectos postraumáticos (PP).
- (00206) *Riesgo de sangrado*: “Vulnerable a una disminución del volumen de sangre, que puede comprometer la salud” r/c traumatismo (PP).
- (00049) *Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal*: “Compromiso de los mecanismos dinámicos de líquido intracraneal que normalmente compensan el incremento del volumen intracraneal, resultando en repetidos aumentos desproporcionados de la presión intracraneal (PIC), en respuesta a una variedad de estímulos, nocivos o no” r/c lesión cerebral y/o aumento desproporcionado de la PIC tras un estímulo (PN).

- (00155) *Riesgo de caídas*: “Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud” r/c Disminución del nivel de conciencia y/o presencia de agitación (PN).

NOC	NIC
(1902) Control del riesgo	(4054) Manejo de un dispositivo de acceso venoso central (6540) Control de infecciones (6490) Prevención de caídas (PN)
(1211) Nivel de ansiedad	(5820) Disminución de la ansiedad (5230) Mejorar el afrontamiento
(3016) Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor (PP)	(1400) Manejo del dolor (2210) Administración de analgésicos (910) Inmovilización (6482) Manejo ambiental: confort
(0401) Estado circulatorio (PP)	(4064) Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico (4022) Disminución de la hemorragia: heridas (7690) Interpretación de datos de laboratorio (2080) Manejo de líquidos/electrolitos
(0909) Estado neurológico (PN)	(2620) Monitorización neurológica (1878) Cuidados del catéter del drenaje de ventriculostomía / lumbar (2690) Protección contra las convulsiones
(0406) Perfusión tisular: cerebral (PN)	(2550) Mejora de la perfusión cerebral (2540) Tratamiento del edema cerebral

#### 4.8. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, etc.

Estos pacientes presentan incapacidad para comunicarse verbalmente debido, entre otras cosas, a la presencia de lesiones que afectan a la comunicación, barreras físicas (IOT, ...) y/o sedación. En ocasiones, presentan desorientación temporo-espacial y, a veces, no quieren relacionarse con la gente que les rodea (cuidador principal, enfermeras, ...).

Diagnósticos:

- (00051) *Deterioro de la comunicación verbal*: “Capacidad reducida, retardada o ausente para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos” r/c barreras físicas (IOT, ...), dificultad para expresar pensamientos verbalmente (afasia, disfasia, ...).
- (00069) *Afrontamiento ineficaz*: “Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas que se pondrán en práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles” r/c cambio en los patrones de comunicación.

NOC	NIC
(0903) Comunicación expresiva	(4920) Escucha activa (4976) Mejoras la comunicación: déficit del habla
(0900) Cognición (PN)	(4720) Estimulación cognitiva (4820) Orientación de la realidad

## **5. DISCUSION**

Durante el transcurso de este trabajo se han descrito los principales diagnósticos NANDA que podemos encontrar, tanto en los pacientes neurocríticos como en los politraumatizados, relacionándolos con los objetivos esperados NOC y las intervenciones de enfermería NIC encaminadas a resolver estos problemas, distinguiéndolos en comunes y particulares a cada paciente.

En su elaboración, nos hemos centrado estrictamente en el paciente crítico, pero es muy importante no dejar de lado a las familias de los mismos, ya que un estado de ánimo positivo en los familiares/cuidadores favorece la recuperación del paciente. Tras el ingreso del paciente en estas unidades, los familiares sufren situaciones de crisis que provocan en ellos ansiedad y preocupación. Por lo tanto, debemos valorar el momento emocional que viven, incluyendo en el plan intervenciones encaminadas a mejorar el afrontamiento de los familiares.

El Proceso de Enfermería (PE) consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermería, el cual nos permite prestar unos cuidados de forma lógica, racional y sistemática. Por lo tanto, el empleo del mismo, facilita el trabajo en las Unidades de Cuidados Intensivos en base a esta nueva estructura de cuidados.

De nuestro TFG y tras el análisis de la literatura científica al respecto, destacamos una serie de ventajas e inconvenientes del empleo del LEE en las Unidades de Cuidados Críticos.

- *Inconvenientes:*

Coincidimos con Cachón, et al. (2012) en que existen dificultades en la utilización del nuevo lenguaje científico enfermero estandarizado para la práctica clínica, dadas las dificultades de estas unidades, especialmente tecnificadas, en las que es más difícil de conjugar el planteamiento teórico con su aplicación práctica.



Muchas de las enfermeras actualmente en activo en estas unidades, considera que la utilidad de los planes de cuidados con los pacientes críticos es escasa o nula, aunque domina esta opinión en las enfermeras de mayor edad y que no han tenido acceso a una formación en los contenidos de la actual práctica científica, utilizándose como único nexo de unión entre la teoría y la práctica a los estudiantes.

Existen dificultades de conceptualización y no se da la suficiente formación en el nuevo lenguaje ni las herramientas adecuadas para su manejo, por lo que se interpreta como negativo a corto plazo al no verse resultados de mejora de la práctica profesional.

- Ventajas:

La utilización del nuevo lenguaje científico enfermero permite un registro de cuidados completo, que puede considerarse como una oportunidad para incrementar el desarrollo de la disciplina enfermera.

Dichos registros que realizan las enfermeras, pueden emplearse en el campo de la investigación, con el fin de fundamentar mejoras en los cuidados y aumentar los niveles de cualificación profesional de las enfermeras, creando un propio campo de conocimiento.

El nuevo recambio generacional da pie a que la nueva formación se vaya asentando paulatinamente en la UCI, ya que, tanto los estudiantes como las enfermeras de mediana edad, disponen de conocimientos y formación suficiente para emplear correctamente el LEE con el fin de proporcionar unos cuidados mas homogéneos, racionales, coordinados y de una mayor calidad.

Tras el análisis de las fuentes documentales consultadas, refrendada con mi experiencia en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, se confirma la escasa utilización del PE en los pacientes críticos, por lo que consideramos necesario que se establezcan, al igual que en el resto de unidades, un plan científico basado en la nueva nomenclatura diagnóstica enfermera en base a las nuevas aportaciones científicas para la práctica del cuidado y no limitarnos a la rutina que se ha establecido en la unidades de aspectos técnicos. Esto justifica que la elaboración de este trabajo supone una mejora sustancial en la calidad de los cuidados.

## **6. CONCLUSIONES**

Después del exhaustivo análisis que nos ha facilitado el desarrollo del presente TFG, podemos concluir que:

Las Unidades de Cuidados Intensivos y cuidados críticos, al igual que los servicios de urgencias, se han caracterizado en los centros de atención especializada, como unidades poco vinculadas a los programas de desarrollo de la metodología científica enfermera, al tratarse de unidades superespecializadas, altamente tecnificadas y con una priorización de la atención al soporte vital de las personas atendidas, más que a los cuidados independientes de enfermería, fundamento del LEE.

En la actualidad, las nuevas demandas de una actuación homogénea y uniforme y la alta rotación de los equipos de trabajo, hace necesario contar con mecanismos y procedimientos que faciliten una rápida adaptación al puesto de trabajo en estas unidades y ayuden a dar constancia de la actividad prestada, por lo que se están poniendo en valor protocolos de cuidados y Planes de Cuidados Estandarizados que armonicen una práctica profesional científica.

Consideramos que la propuesta de un Plan de Cuidados Estandarizados al paciente de UCI desarrollada en este TFG es un inicio que puede dar salida a las líneas de actualización de una práctica profesional reflexiva, dinámica y acorde a las nuevas tendencias de desarrollo de la enfermería, que deberán seguir analizándose y completándose en trabajos futuros.

## **7. BIBLIOGRAFÍA**

- Baena VA, León SM. El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo [Trabajo de Posgrado]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2007.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Edición. Barcelona: Elsevier España; 2014.
- Cachón JM, Álvarez-López C, Palacios-Ceña D. El Significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. *Enferm Intensiva*. 2012; 23(2):68-76
- Carmona JV, Gallego JM, Llabata P. El paciente neurocrítico: actuación integral de enfermería. *Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería [en red]* 2005(6) [Revisado el 04/03/2016]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/502/499>
- Cuidados Críticos de Enfermería: Guía de práctica clínica. Vitoria: Hospital Txagorritxu; 2004.
- Doucette E, Brandys D, Canapi BK, Davis A, DiNardo J, Imamedjian I. The intensive care unit an untapped learning resource: A student perspective. *Dynamics*. 2011;22 (1):19-23.
- Farren A. An Educational Strategy for teaching Standardized Nursing Languages. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2010;21:3-13.
- Gálvez M, Ríos F, Fernández L, del Águila B., Muñumel G., Fernández C. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva*. 2011;22(1):13-21
- Guevara B. Una aproximación al perfil de la enfermera intensivista. *Portales médicos [revista en red]*. 2007 Oct [revisado el 21/03/2016], Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/756/1/Una-aproximacion-al-perfil-de-la-enfermera-intensivista.html>
- Heather T, Kamitsuru S. (editores) *Diagnósticos Enfermeros Definiciones y clasificación (2015-2017)*. NANDA Internacional. Barcelona: Elsevier España; 2015.
- Henderson V. *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Madrid: CIE; 1969.
- Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. *Vínculos de NOC y NIC a NANDA I y diagnósticos médicos*. 3ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2012.

- Klehr J, Hafner J, Spelz LM, Steen S, Weaver K. Implementation of standardized nomenclature in the electronic medical record. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2009;20(4):169-80.
- Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. 9ª Edición. Barcelona: Elsevier Mansson; 2013.
- Martí de Gracia M, Artigas JM, Vicente A, Carreras M. Manejo radiológico del paciente politraumatizado. Evolución histórica y situación actual. *Radiología.* 2010;52(2):105-14
- Moorhead S, Johnson M, Mass ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de enfermería (NOC). 5ª Edición. Barcelona: Elsevier España; 2014.
- Navarro JM. Revisión de los estudios sobre los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de España. *Enferm. glob. [revista en red].* 2012 Abr [revisado el 30/03/2016]; 11(26):267-89. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412012000200018&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412012000200018&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200018>.
- Herramienta para la consulta, formación y creación de planes de cuidado con NANDA, NOC, NIC [Web en línea]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com>
- Paganin A, Menegat P, Klafke T, Lazzarotto A, Fachinelli TS, Chaves IC, SouzaEN. Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. *Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS)* 2010 jun;31(2):307-313.
- Simón MJ, Blesa AL, Bermejo C, Calvo MA, Gómez De Enterría C. Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos. *Enferm Intensiva* 2005;16(1):3-14.
- Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias [Página Web oficial]. [Revisado el 4/02/2016]. Disponible en: <http://seeiuc.org/acerca-de-seeiuc/sociedad/historia.html>.
- Stone PW, Larson EL, Mooney-Kane C, Smolowitz J, Lin SX, Dick AW. Organizational climate and intensive care unit nurses' intention to leave. *Critical Care Medicine* 2006; 34 (7): 1907-12.
- Tarín JM. Diseño y gestión de una unidad de enfermería de atención al paciente crítico en el HUGTIP. [Trabajo Fin de Máster]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2012.
- Von Krogh G, Dale C, Naden D. A Framework for Integrating NANDA NIC and NOC terminology in electronic patient records. *J Nurs Scholarsh.* 2005;37(3):275-81.

## **8. ANEXO - 1**

### **NECESIDADES NO VALORADAS EN PAE**

Necesidades que pueden o no estar alteradas y que no comprometen inicialmente la vida del paciente, pero que es preciso valorar.

#### **8.1 Dormir y descansar**

Diagnósticos:

- (00198) *Trastorno del patrón del sueño*: “Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos” r/c factores ambientales e inmovilización.

<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
(0004) Sueño	(1850) Mejorar el sueño (2300) Administración de medicación (5820) Disminución de la ansiedad
(2009) Estado de comodidad: Entorno	(6486) Manejo ambiental: confort (740) Cuidados del paciente encamado

#### **8.2. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse**

Diagnósticos:

- (00109) *Déficit de autocuidado: vestido*: “Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de vestirse” r/c deterioro neuromuscular y/o dolor (PP)

<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
(0302) Autocuidados: Vestir	(1630) Vestir (1802) Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal

### 8.3. Profesar su religión

Diagnósticos:

- (00244) *Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente*: “Vulnerable a un proceso de toma de decisiones sobre los cuidados sanitarios que no incluye el conocimiento del afectado ni tiene en cuenta las normas sociales o que no acontece en un entorno flexible, teniendo como resultado una decisión insatisfactoria” r/c información insuficiente en relación a las opciones de cuidado sanitarios.

NOC	NIC
(1606) Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria	(4480) Facilitar la autorresponsabilidad (5230) Mejorar el afrontamiento (5250) Apoyo de la toma de decisiones

### 8.4. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal

Diagnósticos:

- (00153) *Riesgo de baja autoestima situacional*: “Vulnerable al desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación concreta, que puede comprometer la salud” r/c alteración de la imagen corporal.
- (00118) *Trastorno de la imagen corporal*: “Confusión en la imagen mental del yo físico” r/c traumatismo (PP) y alteración de la función cognitiva (PN).

NOC	NIC
(1205) Autoestima	(5400) Potenciación de la autoestima
(1200) Imagen corporal	(5220) Mejora de la imagen corporal (5270) Apoyo emocional

## 8.5. Participar en actividades recreativas

Diagnósticos:

- (00097) *Déficit de actividades recreativas*: “Disminución de la estimulación (o interés o participación) procedente de actividades recreativas o de ocio” r/c hospitalización prolongada.

NOC	NIC
(1604) Participación en actividades de ocio	(5360) Terapia de entretenimiento
(1503) Implicación social	(5100) Potenciación de la socialización (5440) Aumentar los sistemas de apoyo
(1209) Motivación	(4480) Facilitar la autorresponsabilidad (4410) Establecimiento de objetivos comunes

## 8.6. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo y a la salud normales

Diagnósticos:

- (00126) *Conocimientos deficientes*: “Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico” r/c conocimiento insuficiente.

NOC	NIC
(1811) Conocimiento: actividad prescrita	(5612) Enseñanza: Ejercicio prescrito
(1805) Conocimiento: conducta sanitaria	(6520) Análisis de la situación sanitaria (5510) Educación para la salud
(3012) Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza	(5618) Enseñanza: procedimiento / tratamiento (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad