

**PLA DE CURES ESTANDARITZAT
PER AL PACIENT AMB
TRASTORN DEPRESSIU MAJOR I
SIMPTOMALOGIA PSICÒTICA
SOTMES A LA TERAPIA
ELECTROCONVULSIVA.**



**Albert Alcántara Román
Susana Santos Ruiz
Treball de Final de Grau II
2014-2015**

Agrair a la meva família, parella, amics, tutora del treball, professors i companys tot el recolzament que m'han donat aquests quatre anys de creixement com a persona. Han sigut inoblidables.

ÍNDIX

1. RESUM/ABSTRACT	4
2. INTRODUCCIÓ	5
2.1. ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA	5
2.2. QUÈS ÉS LA TEC I QUINES SÓN LES SEVES INDICACIONS	415
2.3. MARC CONCEPTUAL: EL MODEL DE ROPER-LOGAN-TIERNEY (RLT) I EL PLA DE CURES D'INFERMERIA (PCI)	7
2.4. JUSTIFICACIÓ I RELLEVANCIA.....	9
3. OBJECTIUS	10
3.1. OBJECTIU GENERAL	10
3.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS.....	10
4. METODOLOGIA	10
4.1. FASE DE VALORACIÓ I DEFINICIÓ DEL PACIENT AL QUE SE LI APLICARÀ EL PCI.....	11
4.2. FASE D'IDENTIFICACIÓ DELS PROBLEMES DE SALUT	14
4.3. FASE D'IDENTIFICACIÓ DELS CRITERIS DE RESULTAT	17
4.4. FASE D'IDENTIFICACIÓ DE LES INTERVENCIONS.....	19
4.5. FASE D'ELABORACIÓ DEL DOCUMENT	23
4.6. CRONOGRAMA	32
5. CONCLUSIONS I RECOMANACIONS DE PRAXIS FUTURES	32
6. IMPLICACIONS POTENCIALS A LA PRACTICA CLÍNICA.....	34
7. BIBLIOGRAFIA.....	35
ANNEX 1	38
ANNEX 2	48
ANNEX 3	54

PLA DE CURES ESTANDARITZAT PER AL PACIENT AMB TRASTORN DEPRESSIU MAJOR I SIMPTOMALOGIA PSICÒTICA SOTMES A LA TERÀPIA ELECTROCONVULSIVA.

1. RESUM/ABSTRACT.

Els plans de cures estandarditzats (PCE) són plans de cures unificats i validats per a totes les persones que presenten determinats processos o situacions comuns. En aquest documents, s'ha portat a terme l'elaboració d'un PCE per al pacient que pateix un trastorn depressiu major (TDM) amb simptomatologia psicòtica i es sotmet a la teràpia electroconvulsiva. L'elaboració del PCE s'ha portat a terme mitjançant una investigació sobre els plans de cures utilitzats en la Unitat d'Aguts de Psiquiatria situada a l'Hospital General de Granollers i conjuntament amb el que ens diu la bibliografia. El marc conceptual utilitzat per al PCE, és el model d'infermeria Roper-Logan-Tierney del model vital. La valoració infermera avalua les dotze Activitats Vitals del pacient. Els problemes de salut i problemes de col·laboració s'esmenen segons terminologia NANDA Internacional i els Resultats i les Intervencions segons criteris NOC i NIC respectivament. S'ha pogut elaborar adequadament el PCE, però encara queda portar a terme la implementació i l'avaluació d'aquest per tal de millorar-lo i apropar-lo a la practica infermera en la realitat.

Standardized care plans are validated and unified care plans for all the people who have certain common processes or situations. This document has been carried out for the development of a PCE for patients suffering from a major depressive disorder (MDD) with psychotic symptoms and undergoes electroconvulsive therapy (ECT). The development of Standarized care plans was carried out by research on care plans used in the Acute Psychiatric Unit located in the General Hospital of Granollers and in conjunction with what the literature says. The conceptual framework used for PCE is the model of nursing Roper-Logan-Tierney model vital. The assessment evaluates the twelve patient's vital activities. Health problems and problems of cooperation amended by NANDA International terminology and criteria Results and Interventions with NIC and NOC respectively. Failed to properly prepare the PCE, but still carry out the implementation and evaluation of this in order to improve it and bring it to the practice nurse in reality.

2. INTRODUCCIÓ.

2.1. ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA.

El primer assaig clínic utilitzant un impuls elèctric es va dur a terme l'any 1938 per Cerletti i Bini¹. A partir d'aquí es va utilitzar com a únic tractament fins al 1950 any que van aparèixer diferents teràpies farmacològiques amb la mateixa finalitat². No obstant, al 1970 es va tornar a augmentar l'ús de la Teràpia Electroconvulsiva (TEC), davant trastorns mentals resistents a la medicació habitual². A mesura que augmentava l'ús, per defecte augmentava un clima d'animadversió davant la teràpia². Aquesta etapa anomenada moviment antipsiquiatria i promogut principalment per David Cooper, el que criticava era la psiquiatria convencional de la època. Això va aconseguir una millora en el tractament de les malalties mentals i com a conseqüència en el procés de la TEC³. Gràcies a aquest moviment i la seva gent, van aparèixer com a reforç una sèrie de professionals defensors de la bona praxis en la psiquiatria (Psiquiatres progressistes)³. En aquests moments la teràpia electroconvulsiva es considera un tractament segur i eficaç davant diferents malalties mentals².

Els trastorns mentals són molt prevalents en la nostra societat on un 19'5% de les persones han presentat una patologia d'aquest tipus al llarg de la seva vida i el 8'4% en un període d'1 any. El trastorn depressiu major, és la patologia psiquiàtrica més prevalent en el territori espanyol, amb un 3'9% de prevalença-any i un 10'5% de prevalença-vida. La mitjana d'edat del primer episodi del trastorn depressiu major és de 40 anys⁴. Fins a un 10-15% dels trastorns depressius majors poden arribar a produir un suïcidi⁴. En els països desenvolupats és la primera causa d'incapacitat i la OMS diu que al 2020 serà per a tot el món⁵.

2.2. QUÈ ÉS LA TEC I QUINES SÓN LES SEVES INDICACIONS.

La TEC és un procediment mèdic invasiu, on s'utilitza l'electricitat per a produir una convulsió. Aquest procediment es realitza dins un entorn controlat on intervenen diversos professionals (Infermer, psiquiatra, anestesista...). Es realitza sota control anestèsic, amb relaxació muscular, ventilació artificial i mitjançant l'ús de l'estimulació elèctrica amb aparells que monitoren electroencefalogràficament la convulsió induïda¹.

El procediment de la TEC consta de 3 etapes: pre-TEC, TEC i post-TEC⁶. En aquestes etapes infermeria té un paper molt important i porta a terme les cures indispensables per a donar solucions a les necessitats del pacient. A part de la pròpia TEC, infermeria té un paper rellevant durant tot el procediment de la malaltia (que sol durar mesos), ja que el pacient

mostra diferents respostes davant el procediment i els professionals d'infermeria han d'acompanyar al pacient⁶.

El pacient tipus en la teràpia electroconvulsiva és el que pateix un trastorn depressiu major (TDM) amb simptomatologia psicòtica, tenint les millors taxes de resposta i remissió de tots els tractaments antidepressius (millora del 70-90% dels pacients)⁷.

El Diagnòstic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) defineix el TDM com⁸:

- A. La presència de cinc (o més) dels següents símptomes durant un període major a 2 setmanes, que representin un canvi respecte a l'activitat prèvia; un dels símptomes han de ser un estat d'ànim depressiu o una pèrdua d'interès o de la capacitat pel plaer (No incloure el símptomes que són clarament atribuïbles a una altra condició mèdica).
 - A.1. Estat d'ànim depressiu la major part del dia, casi cada dia segons indica el propi pacient (p. ex. Plor). En els nens i adolescents el estat d'ànim pot ser irritable.
 - A.2. Disminució acusada de l'interès o de la capacitat pel plaer en totes o casi totes les activitats, la major part del dia, casi cada dia (segons el pacient o el que observen els demes).
 - A.3. Pèrdua important de pes sense fer regim o augment de pes (p. ex. un canvi del 5% del pes corporal en 1 mes), o pèrdua o augment de la gana casi cada dia.
 - A.4. Insomni o Hipersòmnia casi cada dia.
 - A.5. Fatiga o pèrdua d'energia casi tots els dies.
 - A.6. Agitació o alentiment psicomotor casi cada dia.
Fatiga o pèrdua d'energia casi cada dia.
 - A.7. Sentiments d'inutilitat o de culpa excessius o inapropiats (que poden ser delirants) casi cada dia (no els simples autoculpaments pel fet d'estar malalt)
 - A.8. Disminució de la capacitat de pensar o concentrar-se, o indecisió, casi cada dia.
Pensaments recurrents de mort, ideació suïcida recurrent sense un pla específic o una temptativa de suïcidi o un pla específic per suïcidat-se.
 - A.9. Pensaments recurrents de mort (no només temor a la mort), ideació suïcida recurrent sense un pla específic o una temptativa de suïcidi o un pla específic per suïcidat-se.
- B. Els símptomes provoquen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu.
- C. Els símptomes no són deguts als efectes fisiològics directe d'una substancia o una malaltia mèdica.

Els símptomes no s'expliquen millor amb la presència d'un dol, els símptomes persisteixen durant més de 2 mesos o es caracteritzen per una acusada incapacitat funcional, preocupacions mòrbides d'inutilitat, ideació suïcida, símptomes psicòtics o alentiment psicomotor.

Els indicadors de bona resposta de la TEC davant aquest tipus de malalts són⁷:

- Començament brusc de l'episodi.
- Durada inferior a un any de l'episodi.
- Inhibició pronunciada.
- Pèrdua de pes.
- Despertar precoç.
- Existència d'antecedents familiars de depressió.
- Existència d'antecedents de bona resposta a la TEC.
- Existència de clínica psicòtica.

2.3. MARC CONCEPTUAL: EL MODEL DE ROPER-LOGAN-TIERNEY I EL PLA DE CURES D'INFERMERIA (PCI).

El procés infermer (PI) brinda una forma organitzada i sistemàtica de pensar davant les cures de la persona. Segons la ANA el PI és un model de pensament crític que promou un nivell competent de cures, engloba totes les accions importants que realitzen les infermeres i constitueix la base de la presa de decisions⁹. El PI esta format per diverses etapes⁹:

1. Valoració: Valorar a la persona per assegurar-se que l'entorn és segur i que la informació és exacte, completa i actualitzada.
2. Diagnosticar: Identificar els problemes, qüestions i riscos.
3. Planificar: Identificar intervencions individualitzades per a la persona, determinar els resultats desitjats i no desitjats i planificar la seguretat, comoditat i privacitat.
4. Executar i avaluar: Realitzar les intervencions, controlar estretament les respostes de la persona i ajustar l'enfoc segons requereixi, anotar les intervencions i les respostes de la persona i actualitzar el pla de cures segons sigui necessari.

El procés infermer no és lineal, amb un principi i un final, sinó que les seves etapes son un cicle continu⁹.

El pla de cures d'infermeria (PCI) és l'eina amb la qual es portarà a terme el procés infermer i on s'enregistraran totes les dades del pacient durant totes les etapes del procés d'infermeria⁹.

Dintre les PCI es troben els plans de cures estandarditzats (PCE)⁹. Aquests són plans de cures unificats i vàlids per a totes les persones que presenten determinats processos o situacions comunes¹⁰. Aquests són una protocol·lització de les actuacions d'infermeria segons les necessitats de cures que presenten grups de pacients que un cop implantats garanteixen la qualitat assistencial. Així facilitant, millorant i podent avaluar el treball diari dels professionals d'infermeria¹⁰.

Per a poder decidir quin procediment i/o problema s'ha de desenvolupar mitjançant un PCE. S'han de tenir uns criteris en compte¹¹:

- Ha de ser un procediment que es repeteixi en el temps (gran volum).
- Rellevant (amb un alt risc i cost).
- Tenir una evolució clínica previsible (amb una variabilitat esperable baixa, suposant una adequada atenció).

Les avantatges de la utilització d'un PCE són¹²:

- Facilitar la utilització d'un llenguatge comú per a les infermeres.
- Donar resposta a l'escassa disponibilitat de temps, que a vegades, hi ha per a la planificació i el registre de les cures.
- Possibilitar el mesurar i avaluar la producció infermera a partir del Diagnòstic Infermer i els problemes de col·laboració.

Alguns estudis parlen de¹³⁻¹⁴:

- Facilitar el treball diari (sobretot als nous professionals).
- Controlar adequadament i garantir la qualitat de les cures.
- Evitar la informació menys important.

Per a la elaboració d'un PCE es requereix tant de metodologia i llenguatge infermer com de l'elecció d'un model infermer filosòfic de treball⁹.

El model escollit és el de Roper-Logan-Tierney (RLT) basat en el model vital¹⁵. On la intervenció d'Infermeria es basa en prevenir, alleugerir i resoldre els problemes de salut relacionats amb les relacions de les activitats vitals¹⁵. L'individu s'entén com un individu amb autonomia i

dignitat, independentment del seu grau de dependència-independència¹⁵. L'entorn s'entén com a tal com lo físicament extern a la persona. La salut com un continu estat de salut-malaltia¹⁵.

El model RLT conté 5 components, els quals estan interrelacionats (veure Annex 1)¹⁵:

- Activitats vitals: Manteniment d'un entorn segur, Comunicació, Respiració, Menjar i beure, Eliminació, Higiene personal i vestir-se, Control de la temperatura corporal, Moviment, Treball i oci, Expressió de la sexualitat, Son i Mort.
- Factors que influeixen en les activitats vitals: biològics, psicològics, socioculturals, de l'entorn i polític-econòmics.
- Continu de dependència/ independència
- Cicle vital.
- Individualitat vital: És la vida experimentada per cada individu.

Per a la metodologia emprada en el PCE s'utilitzaran la taxonomia de Diagnòstics Infermers de la NANDA Internacional¹⁶, els resultats i els seus indicadors de la Nursing Outcomes Classification (NOC)¹⁷ i les intervencions de la Nursing Intervention Classification (NIC)¹⁸. S'ha escollit aquesta terminologia per tal de treballar amb un llenguatge comú per a tot el personal d'infermeria, que serveixi de guia i tingui la possibilitat de poder ser avaluat¹⁹.

2.4. JUSTIFICACIÓ I RELLEVÀNCIA.

A Espanya no es disposa d'informació actualitzada sobre la carrega econòmica que comporten les malalties mentals, però en el llibre blanc de l'estudi sociodemogràfic (1998), es comunica que aproximadament el cost econòmic aquell any va ser de 3005 milions d'euros, és a dir, 3373,47€ per trastorn²⁰. Si adjuntem les dades dels diferents estudis i realitzem un càlcul aproximat, podríem dir que el trastorn depressiu major comporta un cost de 520 milions d'euros (no s'ha tingut present l'increment de l'IPC, on aquest ha sigut d'un 47'8%)²¹.

L'any 2012 ,en el territori Català, es van enregistrar un total de 10927 sessions de teràpia electroconvulsiva⁷. Com a comparació l'any 2013 a l'ICS van produir-se un total de 1957 altes hospitalàries per l'etiqueta diagnòstica de Ictus amb infart (014)²² o l'any 2012 a tot el territori espanyol es van realitzar un total de 33392 intervencions quirúrgiques per una pròtesis total de maluc²³. La teràpia electroconvulsiva es més incident que aquests dos processos. Aquests tenen elaborats diversos plans de cures estandarditzats.

A nivell internacional existeixen diferents guies clíniques i terapèutiques per a l'ús de la TEC¹⁻²⁴⁻²⁵, no obstant a Catalunya aquesta s'ha desenvolupat molt recentment al 2014⁷, i a pesar de

que inclou les intervencions d'infermeria en les diferents fases del tractament, no recull de forma concreta el pla de cures a desenvolupar⁷.

Per aquest motiu la formalització d'un PCE pot disminuir el temps d'estància hospitalària, reduir els costos i efectes adversos, per l'adequació de les cures i el temps d'estància; i per tant augmentar l'eficiència i millora de la comunicació, que comporta la millora en la satisfacció dels malalts i els professionals¹¹.

3. OBJECTIUS

3.1. OBJECTIU GENERAL TFG

- Elaborar PCE per a pacients que pateixen trastorn depressiu major amb simptomatologia psicòtica i estan sotmesos al procés de la TEC.

3.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS

- Definir el pacient que pateix un trastorn depressiu major amb símptomes psicòtics.
- Definir els Diagnòstics Infermers estàndard mitjançant la metodologia NANDA Internacional i Problemes de Col·laboració.
- Definir les intervencions estàndard a realitzar mitjançant la metodologia NIC.
- Definir els objectius estàndards a assolir i els seus indicadors mitjançant la metodologia NOC.

4. METODOLOGIA

Per a dur a terme el PCE s'han utilitzat les recomanacions fetes a les diferents guies d'elaboració del procés infermer.

Així mateix, per a desenvolupar les diferents etapes del PCE es va comptar amb l'accés a una base de dades situada a la Unitat d'Agut de Psiquiatria de l'Hospital General de Granollers on constà un registre amb informació detallada sobre els pacients que s'han realitzat TEC en aquest centre i pateix un TDM amb símptomes psicòtics. Per la valoració es van tenir en compte els diagnòstics infermers i problemes de col·laboració, els NOC i els seus indicadors, els NIC i la patologia mèdica psiquiàtrica; a més d'altres aspectes recollits en la literatura.

Les fases per l'elaboració del PCE van ser les següents:

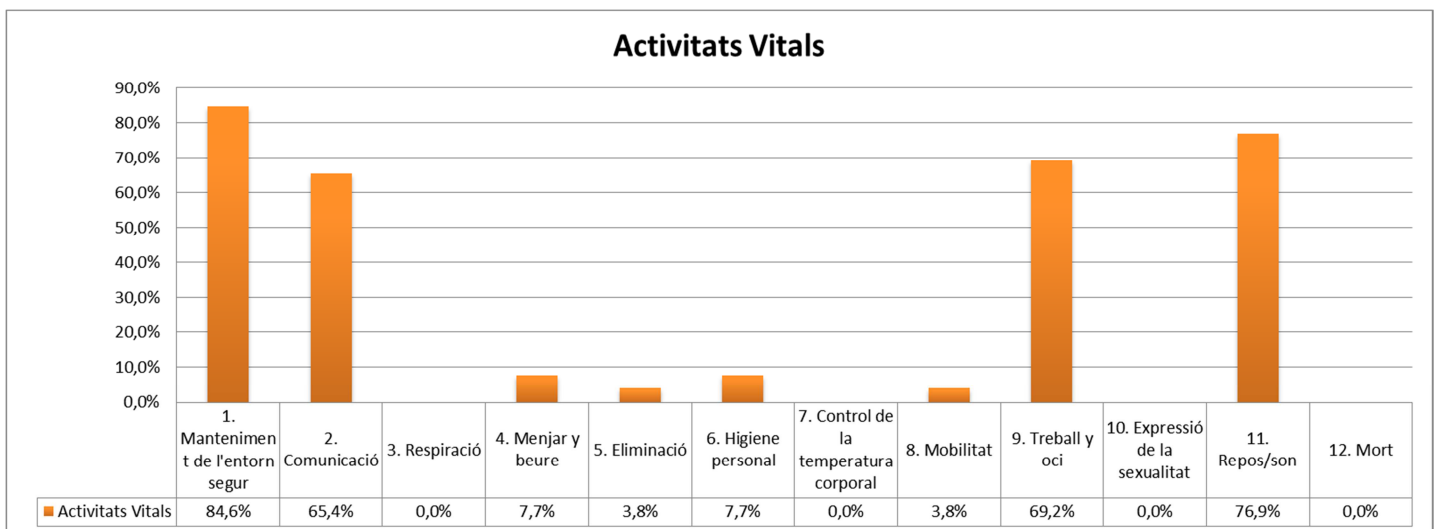
1. Fase de Valoració i definició del pacient tipus al que se li aplicarà el PCE.
2. Fase d'identificació dels problemes de salut.

3. Fase d'identificació dels criteris de resultats.
4. Fase d' identificació de les intervencions.
5. Fase d'elaboració del document.

4.1. FASE DE VALORACIÓ I DEFINICIÓ DEL PACIENT AL QUE SE LI APLICARÀ EL PCE.

En la primera fase es va realitzar una recollida organitzada i sistemàtica de la informació sobre l'estat de salut dels pacients utilitzant una valoració infermera basada en el model d'infermeria Roper-Logan-Tierney¹⁵. Es van revisar les histories clíniques fent un anàlisi de les dades emmagatzemades en la Unitat de Psiquiatria d'Aguts de l'Hospital General de Granollers (U. Aguts HGG), es portà a terme una revisió bibliogràfica en les principals bases de dades per a definir el pacient tipus i es van revisar els diversos protocols, guies de bona practica clínica i trajectòries clíniques per tal de definir adequadament al pacient tipus⁶⁻⁷⁻¹²⁻²³⁻²⁴⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸⁻²⁹⁻³⁰.

En l'anàlisi de dades recollides de la U. Aguts HGG es van extreure aquests resultats:



Gràfic 1

Des de l'any 2010-2014 a la U. Aguts HGG es van realitzar 2930 sessions de TEC a un total de 155 pacients. D'aquests, 73 pacients patien o pateix un TDM (49,65%) i d'aquests 25 varen ser per TDM amb simptomatologia psicòtica (17'21% i 35'6% dels pacients amb TDM).

Com a valoració les Activitats Vitals (veure Annex 1) que es van veure alterades i varen ser més prevalents, són les següents: Manteniment de l'entorn segur (86.6%), Comunicació (65.38%), Treball i oci (69.23%) i Repòs/Son (76.92%).

Al finalitzar la recerca a la base de dades de la U. Aguts HGG i un cop explotats el resultats segons interès, es va decidir no quedar-se només amb les dades extretes sinó també realitzar una recerca bibliogràfica per tal de donar consistència i base a tota la informació recollida.

El resultats recollits en aquesta recerca es van encaminar per a la definició de signes i símptomes prevalents en els pacients amb TDM i així poder arribar a quines altres Activitats Vitals es veien alterades.

Els pacients amb TDM, visitats en l'atenció primària, van presentar amb més prevalència un ànim deprimat (63%), una variació diürna (65%), Insomni (63%), Disminució de la gana (59%), Perdua de la libido (65%), Fatigabilitat (78%), Confusió (88%), Inhibició psicomotriu (84%), Agitació psicomotriu (72%), Irritabilitat (65%) i Indecisió (67%)³¹⁻³².

Per aquest motiu, es podrien afegir també la presència d'alteració en les AVD: Menjar i beure, Higiene personal (per la inhibició psicomotriu, fatigabilitat i indecisió), Mobilitat i Expressió de la sexualitat¹⁵.

Un dels papers més importants de la infermeria és l'educació sanitària al pacient i la seva família. Per tant, aquest aspecte s'ha de treballar com a un dels principals problemes de salut que presentarà el pacient. Si el pacient coneix la malaltia, el tractament, el regim terapèutic... podrà mantenir un entorn segur, ja que podrà detectar futures millores i complicacions⁶⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸.

Revisant diferents documents sobre infermeria psiquiàtrica trobem que a l'actuació infermera ha de començar en el moment que es proposa al pacient i a la seva família la possibilitat de realitzar la TEC⁶⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸.

Cal tenir en compte, que la TEC esta molt estigmatitzada en la nostra societat i el nostre treball serà apropar al pacient i la seva família tota la informació que calgui.

Per tant un dels punts més importants, en aquest procés, és l'educació al pacient davant aquesta nova situació, ja que l'educació farà disminuir substancialment l'ansietat i la por davant la TEC⁶⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸.

En el moment que es comunica la possibilitat de la realització de la TEC, el pacient pot expressar temor al dolor, a morir electrocutat, a presenciar una pèrdua de memòria permanent o a veure's reduït el seu Coeficient Intel·lectual. Infermeria ha de donar tota la informació necessària per tal de reduir aquestes pors durant tot el procés de la TEC⁶⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸.

Seguidament quan el pacient hagi pogut expressar els seus sentiments, el personal d'infermeria haurà de començar amb l'ensenyament, sempre tenint en compte la predisposició del pacient. El personal d'infermeria, el pacient i la família han d'analitzar la informació que han rebut del metge i respondre els dubtes que tinguin⁶⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸.

Durant aquest procés d'avaluació, el personal d'infermeria també ha de tractar de definir els comportaments específics del pacient que la família associï a la seva malaltia i determinar si el pacient o algun dels seus familiars ha rebut abans TEC. Qualsevol informació sobre possibles experiències prèvies de la família amb TEC ajuda al personal d'infermeria a reconèixer les idees familiars sobre la malaltia del pacient, el tractament amb TEC i el pronòstic esperat. Les preguntes obertes permeten al personal d'infermeria identificar i corregir errors de concepte i resoldre les preocupacions específiques del pacient o la família sobre el procediment. Les accions d'infermeria poden millorar la capacitat de la família per a recolzar al pacient durant el tractament⁶⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸.

Per tal de alleugerir aquesta ansietat, també es pot facilitar al pacient persones les quals han estat tractades amb TEC i han tingut una resposta favorable⁶⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸.

Per últim, afavorir a la família a que vingui a visitar periòdicament al pacient dona la possibilitat de que aquests pugui veure's recolzat i infermeria podrà animar a seguir amb el tractament⁶⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸.

No ens hem d'oblidar que l'educació és una cura que dura durant tota l'etapa de la TEC i que s'ha d'anar reforçant cada dia⁶⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸.

Per altra banda, un dels papers importants de la infermeria és la detecció de les complicacions produïdes per la TEC. Així haurem de conèixer i revisar meticulosament, la medicació, les complicacions post-TEC, les derivades per les tècniques realitzades... i seguidament detectar els problemes de col·laboració derivats d'aquests processos⁷.

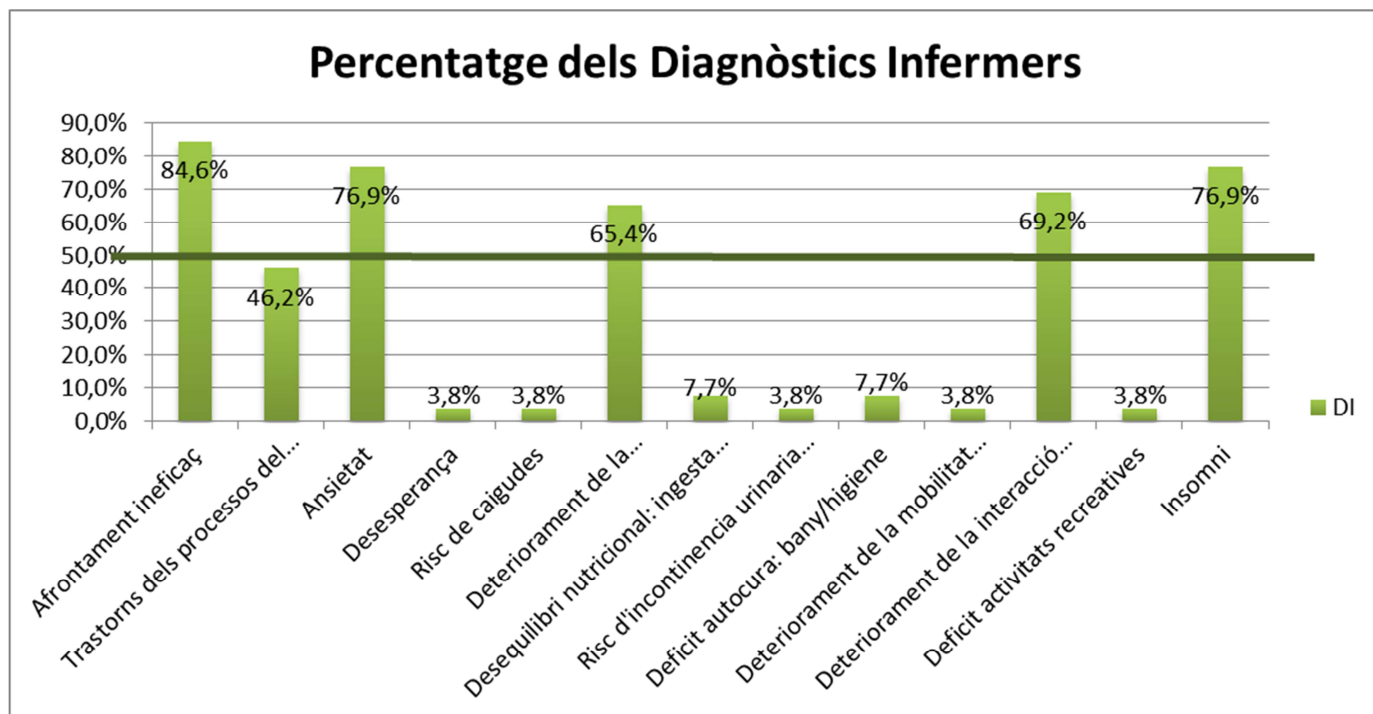
Els efectes secundaris immediats a l'administració del tractament solen ser la confusió mental, l'amnèsia i la cefalea. Les fractures i luxacions, especialment les mandibulars, són en l'actualitat pràcticament inexistents gràcies a la utilització de blocadors neuromusculars i de protecció bucal. La lesió dental és un dels esdeveniments adversos més comuns en la TEC. L'aparició d'apnea perllongada, que també és molt infreqüentment. Les convulsions perllongades són infreqüents i a vegades poden passar desapercebudes. En general, es considera que ha de tractar-se una convulsió quan superi els 180 segons de durada. D'altra banda, en els pacients amb malaltia de miocardi s'ha assenyalat la possible inversió de l'ona T,

encara que és infreqüent. Els efectes secundaris més persistents, dependents del conjunt del tractament, semblen reduir-se a dos tipus: l'eufòria i els trastorns cognitius. L'aparició d'eufòria requereix el diagnòstic diferencial entre l'eufòria purament orgànica, lligada al quadre de confusió i limitada temporalment a aquest quadre, i l'autèntic quadre hipomaniac, que pot indicar l'existència d'un quadre afectiu bipolar. Es presenten aproximadament en un 50% dels pacients, amb una durada variable d'entre una setmana i sis mesos. Els pacients que ja presentaven deteriorament cognitiu abans de l'aplicació de la TEC i els qui van presentar una desorientació postictal més perllongada són els que tenen dèficits més importants de memòria retrògrada per a la informació autobiogràfica. No s'ha pogut demostrar cap tipus d'efecte lesiu de la TEC sobre el sistema nerviós central⁷.

4.2. FASE D'IDENTIFICACIÓ DELS PROBLEMES DE SALUT.

Els Diagnòstics Infermers trobats a les bases de dades de la U. Aguts HGG han sigut els següents:

Van ser un total de 13 Diagnòstics Infermers, on els més prevalents entre els pacients TDM amb símptomes psicòtics varen ser: Afrontament ineficaç (84.6%), Ansietat (76.9%), Insomni (76.9%), Deteriorament de la interacció social (69.2%) i Deteriorament de la comunicació verbal (65.4%).



Gràfic 2

Units els resultats junts a la recerca bibliogràfica podem definir els diferents diagnòstic infermers i problemes de col·laboració que formen part del nostre PCE. Aquests són⁶⁻⁷⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹⁶⁻¹⁸⁻¹⁹⁻²⁵.

- 00069 - Afrontament ineficaç r/a
 - Trastorn dels patrons de alliberació de la tensió.
 - Falta de confiança en la capacitat per afrontar la situació.
 - Crisis situacionals.
 - Recursos disponibles inadequats.
- 00146 – Ansietat r/a
 - Estrès.
 - Canvi en l'estat de salut.
 - conflicte inconscient sobre els objectius vitals essencials.
- 00052 - Deteriorament de la interacció social.
 - Alteració dels processos del pensament.
 - Trastorn de l'autoconcepte.
 - Limitació de la mobilitat física.
- 00051 - Deteriorament de la comunicació verbal.
 - Alteració de l'autoconcepte.
 - Estrès.
 - Condicions emocionals.
- 00002 – Risc de Desequilibri nutricional: ingesta inferior a les necessitats.
 - Factors psicològics.
 - Incapacitat per a ingerir els aliments.
- 00195 – Risc de desequilibri electrolític.
 - Desequilibri de líquids.
 - Efectes secundaris del tractament.
- 00085 – Deteriorament de la mobilitat física.
 - Ansietat.
 - Deteriorament cognitiu.
 - Estat d'humor depressiu.
 - Medicaments.
- 00193 – Descuido personal.
 - Depressió.
 - Deteriorament funcional.

- 00173 – Risc de confusió aguda.
 - Disminució de la mobilitat.
 - Fluctuacions en el cicle son-vigília.
 - Deteriorament de la cognició.
 - Medicaments.
- 00126 – Coneixements deficients: envers el procés de la TEC.
 - Limitació cognitiva.
 - Falta d'exposició.
 - Incapacitat per a recordar.
- 00083 – Risc de conflictes de decisions: davant acceptar el tractament de la TEC.
 - Falta d'informació rellevant.
 - Múltiples fonts d'informació.
 - Dèficit del sistema de recolzament.
- 00140 – Risc de violència autodirigida.
 - Problemes emocionals.
 - Ideació suïcida.
 - Claus verbals.
 - Claus conductuals.
 - Problemes de salut mental.
- 00138 – Risc de violència dirigida a altres.
 - Llenguatge corporal.
 - Historia de violència dirigida a d'altres.
 - Impulsivitat
 - Simptomatologia psicòtica.
- 00035 - Risc de lesió.
 - Factors Humans
 - Factors del Sistema de Transport.
 - Factors físics.
 - Factors psicològics.

Segons els diversos efectes adversos i secundaris que presenta la TEC, s'han extret una sèrie de cures interdisciplinars redactades com a Problemes de Col·laboració segons la metodologia Carpenito.

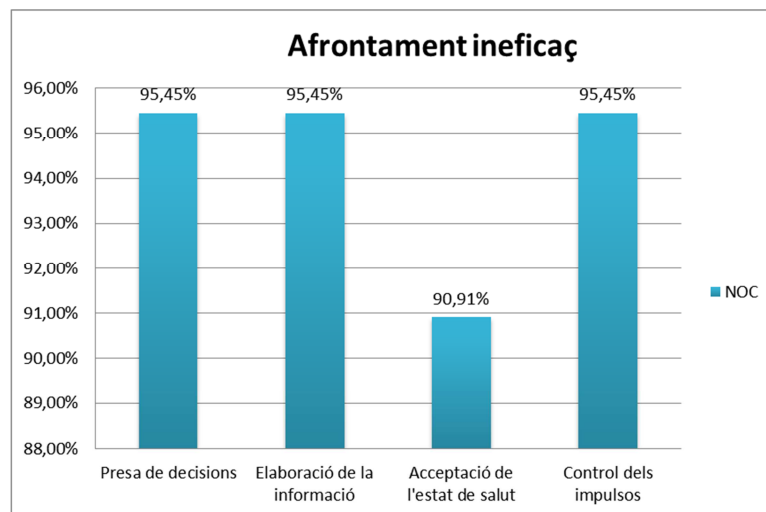
PC: Insomni s/a TDM

CP: Infecció s/a venopunció.

- CP: Hipertensió arterial s/a procés anestèsic.
- CP: Alteració de la memòria (2-270 dies) s/a TEC.
- CP: Cefalea s/a TEC.
- CP: Miàlgia s/a convulsions.
- CP: Fractures s/a convulsions.
- CP: Hipòxia s/a procés anestèsic.
- CP: Parada cardiorespiratòria s/a procés anestèsic.
- CP: Convulsions perllongades.
- CP: Bradicàrdia s/a procés anestèsic.
- CP: Retenció urinària s/a procés anestèsic.
- CP: Aspiració s/a procés anestèsic.

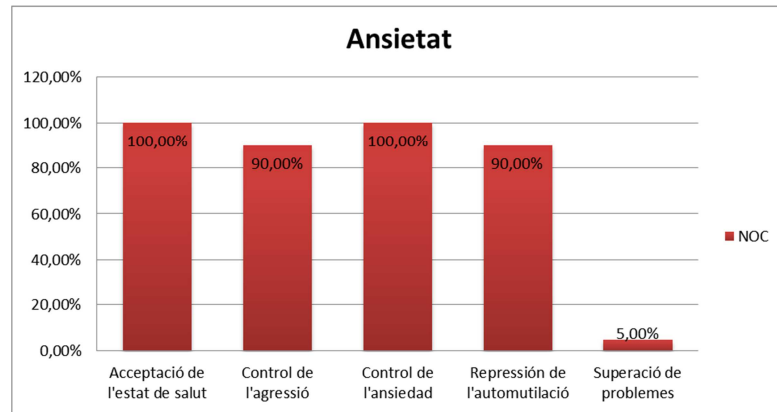
4.3. FASE D'IDENTIFICACIÓ DELS CRITERIS DE RESULTATS.

Segons la recollida de dades realitzada en la U. Aguts HGG els criteris de resultats més prevalents, per a cada Diagnòstic Infermer, en els pacients amb TDM i simptomatologia psicòtica tractats mitjançant la TEC són:



Gràfic 3

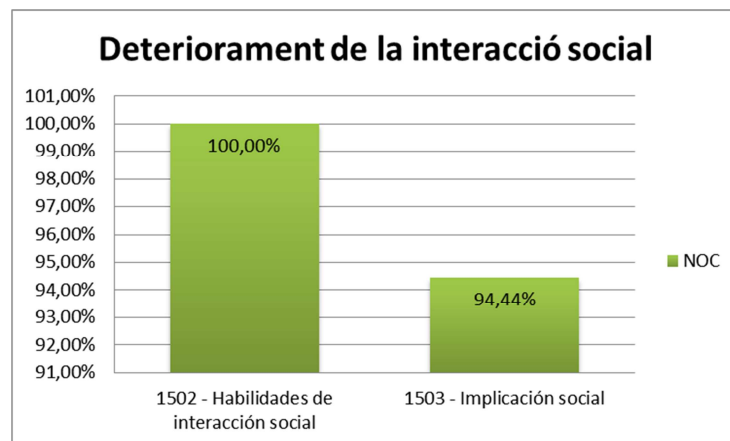
En el Dx Infermer Afrontament ineficaç els NOC més prevalents varen ser: Presa de decisions (95.45%), Elaboració de la informació (95.45%), Acceptació de l'estat de salut (90,91%) i Control dels impulsos (95.45%).



Gràfic 4

En el Dx Infermer Ansietat els NOC més prevalents varen ser: Acceptació de l'estat de salut (100%), Control de l'agressió (90%), Control de l'ansietat (100%), Repressió de l'automutilació (90%) i Superació dels problemes (5%).

En el Dx Infermer Deteriorament de la comunicació verbal el únic NOC va esser: Capacitat de comunicació (100%).



Gràfic 5

Per al Dx Infermer Deteriorament de la interacció social els NOC més prevalents van esser: Habilitats de la interacció social (100%) i Implicació social (94,44%).

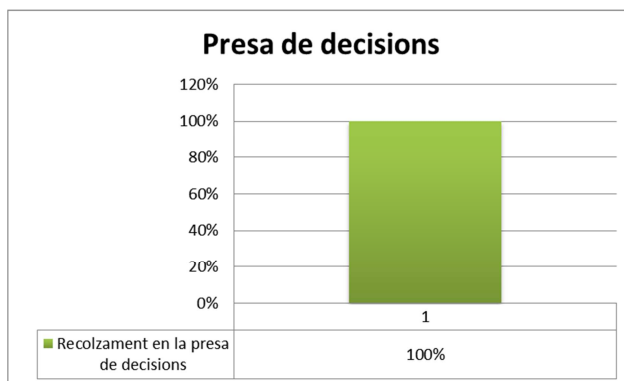
Segons els resultat adquirits en l'estudi a l'U. Aguts HGG i afegint la recerca bibliogràfica, els NOC ,per cada Dx Infermer que formen part del PCE, amb el seu respectiu indicador són els indicats al Annex 2⁶⁻⁷⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁻²⁵.

La gran varietat de criteris de resultat que existeixen actualment, ha obligat a utilitzar 14 escales diferents per a avaluar adequadament cada un d'ells. En el annex 2 estan indicats cada un dels criteris de resultat amb la seva escala corresponent. Aquests es valoraran amb la seva escala corresponent i amb un numero de mínim d'un 1 fins a un màxim d'un 5¹⁷.

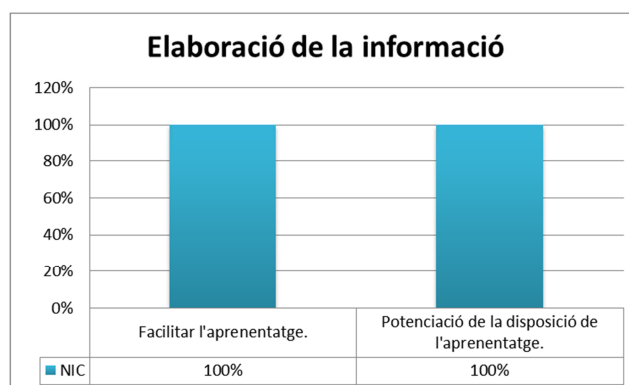
4.4. FASE D'IDENTIFICACIÓ DE LES INTERVENCIONS.

Mitjançant l'explotació de dades de la recerca realitzada a la U. Aguts HGG, es va arribar al resultats següents:

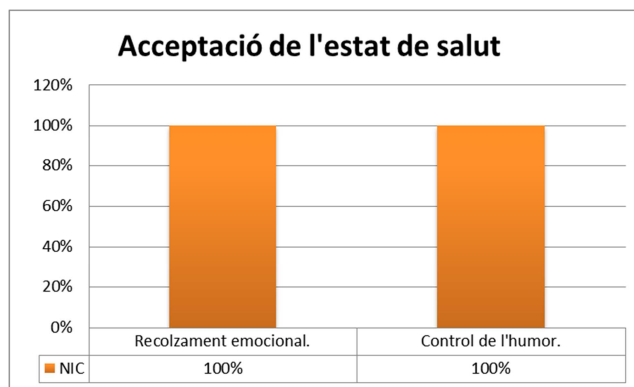
Pel Diagnòstic Infermer Afrontament ineficaç i el NOC Presa de decisions, va estar present el NIC Recolzament en la presa de decisions en un 100%. En el NOC Elaboració de la informació d'aquest mateix Diagnòstic Infermer, van estar presents els NIC Facilitar l'aprenentatge en un 100% i Potenciació de la disposició en l'aprenentatge en un 100%. Pel NOC Acceptació: de l'estat de salut, van estar presents en un 100% els NIC Recolzament emocional i control de l'humor. I per últim pel NOC Control dels impulsos van esser presents els NIC Augmentar l'afrontament en un 100% i Entrenament per a controlar els impulsos i Maneig ambiental prevenció de la violència en un 95% ambdós.



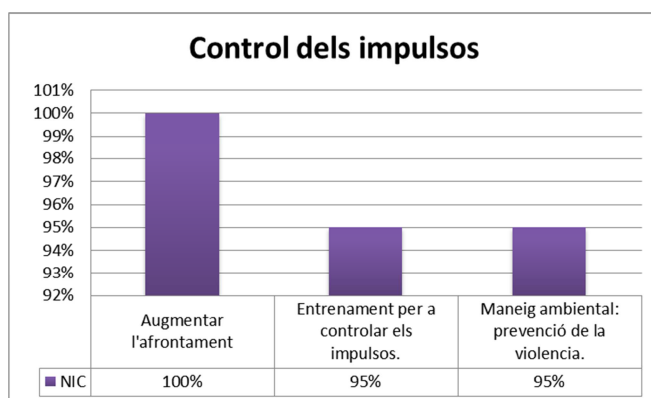
Gràfic 6



Gràfic 7

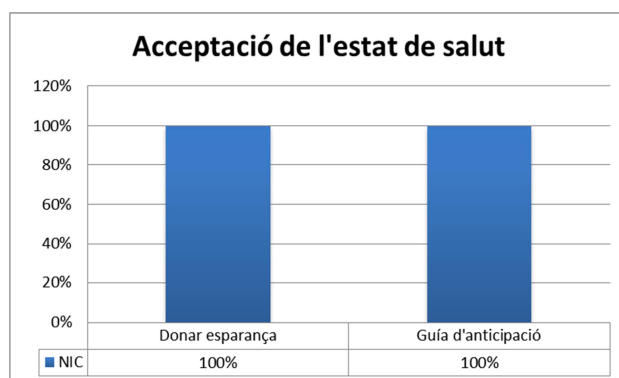


Gràfic 8

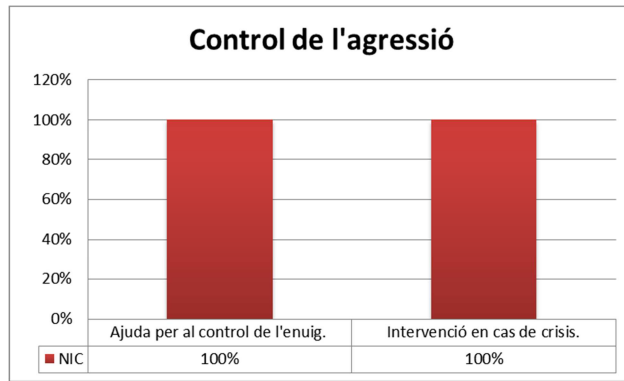


Gràfic 9

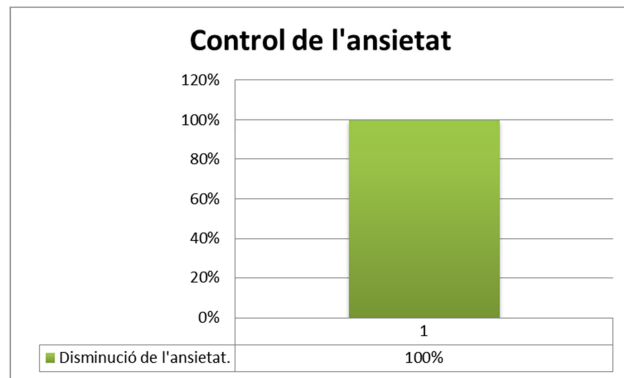
Pel Dx Infermer Ansietat i el NOC Acceptació de l'estat de salut, va esser present els NIC Donar esperança i Guia d'anticipació en un 100% ambdós. Seguidament pel NOC Control de l'agressió, els NIC's que va tenir presents van esser Ajuda pel control de l'enuig i Intervenció en cas de crisi en un 100% tots dos. Pel NOC Control de l'ansietat, el NIC que va tenir i únic en un 100% va esser el Disminució de l'ansietat. Per últim en el NOC Repressió de l'automutilació va estar present en un 100% el NIC Maneig de la conducta: autolesió.



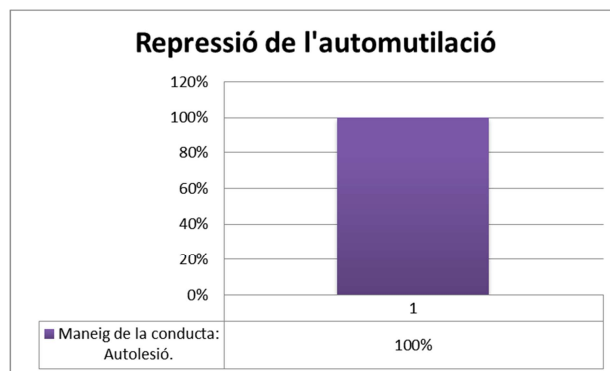
Gràfic 10



Gràfic 11

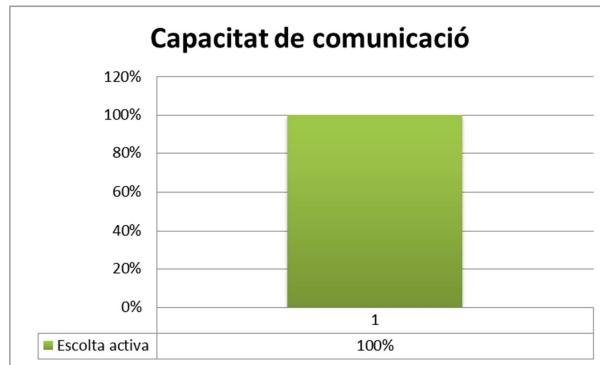


Gràfic 12



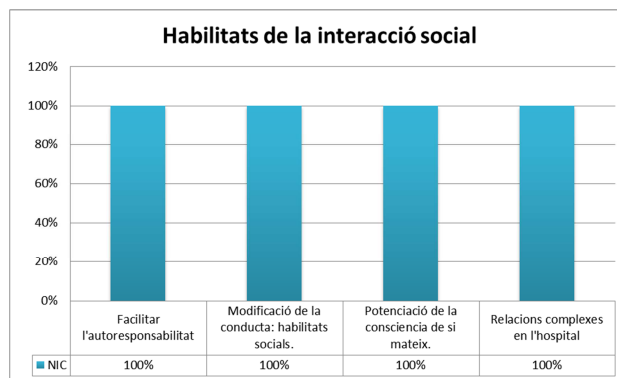
Gràfic 13

En el Dx Infermer Deteriorament de la comunicació verbal i el NOC Capacitat de comunicació, el NIC present va esser Escolta activa en un 100%.

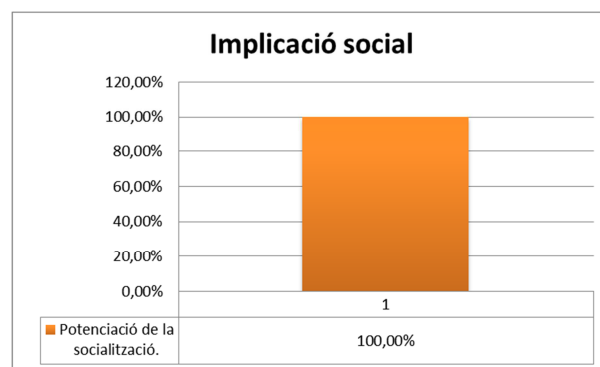


Gràfic 14

Pel Diagnòstic Infermer Deteriorament de la Interacció Social i el NOC Habilitats de la interacció social, els NIC presents van esser Facilitar l'autoresponsabilitat, Modificació de la conducta: habilitats socials, Potenciació de la consciència de si mateix i Relacions complexes en l'hospital en un 100% cadascun. Pel NOC Implicació social, el NIC present va esser Potenciació de la socialització en un 100%.



Gràfic 15



Gràfic 16

Analitzats aquests resultats, es va haver de recórrer a la bibliografia científica per tal de donar més rigor i completar totes les indicacions que han de portar-se a terme amb tots els altres NOC. Diversos NIC que van aparèixer en l'exploració de dades de la u. Aguts HGG, van haver de

ser canviats junt amb els seus NOC a altres Diagnòstics Infermers per tal de cohesionar i planificar adequadament les intervencions d'una manera ordenada i adequada.

Segons les dades extretes de la base de dades de la U. Aguts HGG i la recerca bibliogràfica realitzada, es va arribar als NIC esmentats en la Annex 2⁶⁻⁷⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁻²⁵.

4.5. FASE D'ELABORACIÓ DEL DOCUMENT⁶⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁻²⁵

ETIQUETA DEL PACIENT

PLA DE CURES ESTANDARITZAT PER AL PACIENT AMB TRASTORN DEPRESSIU MAJOR I SIMPTOMALOGIA PSICÒTICA SOTMES A LA TERÀPIA ELECTROCONVULSIVA.

DE	DATA											
00069 - Afrontament ineficax r/a <input type="checkbox"/> Trastorn dels patrons de alliberació de la tensió. <input type="checkbox"/> Falta de confiança en la capacitat per afrontar la situació. <input type="checkbox"/> Crisis situacionals. <input type="checkbox"/> Recursos disponibles inadequats.												
Data					Data							
Criteris de resultat – NOC					Intervencions – NIC							
1300 – Acceptació de l'estat de salut (m)*. ➤ 130008 – Reconeixement de la realitat de la situació de salut. ➤ 130007 – Expressa sentiments sobre l'estat de salut. ➤ 130001 - Tranquil·litat.					6330 - Control de l'humor. 5270 - Recolzament emocional.							
1405 – Autocontrol dels impulsos (m)*. ➤ 140501 – Identifica conductes impulsives perjudicials. ➤ 140505 – Reconeix els riscos ambientals. ➤ 140507 – Verbalitza control dels impulsos.					5230 - Augmentar l'afrontament. 4370 - Entrenament per a controlar els impulsos. 6487 - Maneig ambiental: prevenció de la violència.							

DE	DATA									
00146 – Ansietat r/a <input type="checkbox"/> Estrès. <input type="checkbox"/> Canvi en l'estat de salut. <input type="checkbox"/> Conflictes inconscients sobre els objectius vitals essencials.										
Data					Data					
Criteris de resultat – NOC					Intervencions – NIC					
1402 – Control de l'ansietat (m)*. ➤ 140202 – Elimina precursors de l'ansietat. ➤ 140217 – Controla la resposta de l'ansietat.					5820 - Disminució de l'ansietat.					
1302 - Afrontament dels problemes (m)*. ➤ 130223 – Obté ajuda d'un professional sanitari. ➤ 130217 – Refereix la disminució dels sentiments negatius. ➤ 130218 – Refereix augment del benestar psicològic. ➤ 130201 – Identifica patrons de superació eficaços.					5270 - Recolzament emocional.					
					4920 - Escolta activa.					
					5310 - Donar esperança.					
					5210 - Guia d'anticipació.					

DE	DATA											
00052 - Deteriorament de la interacció social r/a <input type="checkbox"/> Alteració dels processos del pensament. <input type="checkbox"/> Trastorn de l'autoconcepte. <input type="checkbox"/> Limitació de la mobilitat física.												
Data					Data							
Criteris de resultat – NOC					Intervencions – NIC							
1502 – Habilitats de la interacció social (m)*. ➤ 150212 – Relacions amb els demes. ➤ 150203 – Cooperació amb els demes. ➤ 150205 – Ús de l'assertivitat si procedeix. ➤ 150216 – Utilitzar estratègies de solució de conflictes.					4480 – Facilitar l'autoresponsabilitat.							
					4362 - Modificació de la conducta: habilitats socials.							
					5390 - Potenciació de la consciència de si mateix.							
					5000 - Relacions complexes en l'hospital.							
1503 – Implicació social (m)*. ➤ 150311 – Participació en activitats d'oci.					5100 - Potenciació de la socialització.							
1604 - Participació en activitats d'oci (m)*. ➤ 160411 – Participa en activitats d'oci que requereixen poc esforç.					5100 - Potenciació de la socialització.							

DE	DATA											
00051 - Deteriorament de la comunicació verbal r/a <input type="checkbox"/> Alteració de l'autoconcepte. <input type="checkbox"/> Estrès. <input type="checkbox"/> Condicions emocionals.												
Data					Data							
Criteris de resultat – NOC					Intervencions – NIC							
0902 – Capacitat de comunicació (a)*. ➤ 090208 – Intercanvia missatges amb els demes.					4920 - Escolta activa.							
0907 – Elaboració de la informació (a)*. ➤ 090705 – Mostra processos de pensament lògics.					4760 - Entrenament de la memòria.							

DE	DATA											
00002 – Risc de Desequilibri nutricional: ingesta inferior a les necessitats r/a <input type="checkbox"/> Factors psicològics. <input type="checkbox"/> Incapacitat per a ingerir els												

aliments.									
Data					Data				
Criteris de resultat – NOC					Intervencions – NIC				
0303 - Autocura: menjar (a)*. ➤ 030314 – Finalitza un menjar.					1830 - Ajuda amb les autocures: alimentació.				
1004 - Estat nutricional (b)*. ➤ 100402 – Ingestió alimentaria. ➤ 100405 – Relació pes/talla.					1260 - Maneig del pes. 1100 - Maneig de la nutrició.				
1006 - Pes: Índex de massa corporal (b)*. ➤ 100601 – Pes.					1260 - Maneig del pes.				

DE	DATA								
00195 – Risc de desequilibri electrolític r/a <input type="checkbox"/> Desequilibri de líquids. <input type="checkbox"/> Efectes secundaris del tractament.									
Data					Data				
Criteris de resultat – NOC					Intervencions – NIC				
0602 – Hidratació (a)*. ➤ 06025 – Ingesta de líquids. ➤ 060211 – Diüresis.					4180 - Maneig de la hipovolemia. 2080 - Maneig de líquids i electròlits.				

DE	DATA								
00085 – Deteriorament de la mobilitat física r/a <input type="checkbox"/> Ansietat. <input type="checkbox"/> Deteriorament cognitiu. <input type="checkbox"/> Estat d'humor depressiu. <input type="checkbox"/> Medicaments.									
Data					Data				
Criteris de resultat – NOC					Intervencions – NIC				
0208 – Mobilitat (a)*. ➤ 020806 – Ambulació. ➤ 020804 – Mobilitat articular.					0221 - Teràpia d'exercicis: deambulació. 0224 - Teràpia d'exercicis: mobilitat articular.				
0210 - Realització de transferència (a)*. ➤ 021001 – Trasllat del llit a la cadira. ➤ 021002 – Trasllat de la cadira al llit.					1806 - Ajuda amb les autocures: transferència.				

DE	DATA								
00193 – Descuido personal r/a <input type="checkbox"/> Depressió. <input type="checkbox"/> Deteriorament funcional.									
Data					Data				
Criteris de resultat – NOC					Intervencions – NIC				
1614 - Autonomia personal					5390 - Potenciació de la consciència				

(m)*.					de si mateix.				
➤ 161411 - Participa en les decisions de les cures de salut.					5400 - Potenciació de l'autoestima.				
➤ 161412 – Expressa satisfacció en les decisions de la vida.									
0300 - Autocures: Activitats de la vida diària (a)*.					1800 - Ajuda amb les autocures.				
➤ 030001 – Menja.									
➤ 030002 – Es vesteix.									
➤ 030006 – Higiene.									
➤ 030003 – Ús del lavabo.									

DE	DATA								
00173 – Risc de confusió aguda r/a									
<input type="checkbox"/> Disminució de la mobilitat.									
<input type="checkbox"/> Fluctuacions en el cicle son-vigília.									
<input type="checkbox"/> Deteriorament de la cognició.									
<input type="checkbox"/> Medicaments.									
Data					Data				
Críteris de resultat – NOC	Intervencions – NIC								
0912 - Estat neurològic: consciència (a)*.					4820 - Orientació de la realitat.				
➤ 091202 – Orientació cognitiva.					4720 - Estimulació cognoscitiva.				
➤ 091203 – Comunicació apropiada a la situació.									
0901 - Orientació cognitiva (a)*.					6450 - Maneig de idees il·lusòries.				
➤ 090101 – S'autoidentifica.					4820 - Orientació de la realitat.				
➤ 090103 Identificar el lloc on esta.									
➤ 090102 – Identifica els seus essers estimats.									
➤ 090106 – Identifica l'any actual.									

DE	DATA								
00126 – Coneixements deficients: envers el procés de la TEC r/a									
<input type="checkbox"/> Limitació cognitiva.									
<input type="checkbox"/> Falta d'exposició.									
<input type="checkbox"/> Incapacitat per a recordar.									
Data					Data				
Críteris de resultat – NOC	Intervencions – NIC								
1814 - Coneixement: procediments terapèutics (u)*.					5618 - Ensenyament: procediment/tractament.				
➤ 181401 – Procediment terapèutic.					5510 - Educació sanitària.				
➤ 181410 – Possibles efectes adversos.									

1803 - Coneixement: procés de la malaltia (u)*. ➤ 180302 – Procés de la malaltia. ➤ 180306 – Signes i símptomes de la malaltia.					5602 - Ensenyament: procés de la malaltia. 5510 - Educació sanitària.				
1813 - Coneixement: regim terapèutic. ➤ 181306 – Medicació prescrita. ➤ 181304 – Efectes esperats del tractament.					5618 - Ensenyament: procediment/ tractament. 5210 - Guia d'anticipació.				

DE	DATA								
00083 – Risc de conflictes de decisions: davant acceptar el tractament de la TEC r/a <input type="checkbox"/> Falta d'informació rellevant. <input type="checkbox"/> Múltiples fonts d'informació. <input type="checkbox"/> Dèficit del sistema de recolzament.									
Data					Data				
Criteris de resultat – NOC					Intervencions – NIC				
1614 - Autonomia personal (m)*. ➤ 161411 – Participa en les decisions de les cures de la salut. ➤ 161410 – Afirmar les preferències personals.					5250 - Recolzament en la presa de decisions. 4340 - Entrenament de l'assertivitat.				
0906 – Presa de decisions (a)*. ➤ 090609 – Escull entre varies alternatives.					5250 - Recolzament en la presa de decisions				

DE/PC	DATA								
00140 – Risc de violència autodirigida r/a <input type="checkbox"/> Problemes emocionals. <input type="checkbox"/> Ideació suïcida. <input type="checkbox"/> Claus verbals. <input type="checkbox"/> Claus conductuals. <input type="checkbox"/> Problemes de salut mental.									
Data					Data				
Criteris de resultat – NOC					Intervencions – NIC				
1401 – Autocontrol de l'agressió (m)*. ➤ 140110 – Identifica quan s'enfada. ➤ 140118 – Autocontrola conductes agressives.					4640 - Ajuda per al control de l'enuig. 6160 - Intervenció en cas de crisis.				
1406 – Control de l'automutilació (m)*. ➤ 140613 – Utilitza estratègies					4354 - Maneig de la conducta: Autolesió. 4370 - Entrenament per a controlar els impulsos.				

<ul style="list-style-type: none"> efectives d'afrontament. ➤ 140606 – No s'autolesiona. ➤ 140604 – Manté el compromís de no autolesionar-se. 					4380 - Establir límits.				
1202 – Identitat (m)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 120201 – Verbalitza afirmacions d'identitat personal. ➤ 120202 – Mostra una conducta verbal i no verbal congruent sobre si mateix. 					5390 - Potenciació de la consciència de si mateix.				
1408 - Autocontrol de l'impuls suïcida. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 140823 – Obté ajuda quan és necessari. ➤ 140816 – No intenta causar-se lesions greus. 					6487 - Maneig ambiental: prevenció de la violència.				
					4354 - Maneig de la conducta: Autolesió.				

DE	DATA								
00138 – Risc de violència dirigida a altres r/a <input type="checkbox"/> Llenguatge corporal. <input type="checkbox"/> Historia de violència dirigida a d'altres. <input type="checkbox"/> Impulsivitat <input type="checkbox"/> Simptomatologia psicòtica.									
Data					Data				
Criteris de resultat – NOC					Intervencions – NIC				
1401 - Autocontrol de l'agressió (m)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 140110 – Identifica quan s'enfada. ➤ 140118 – Autocontrola conductes agressives. 					4640 - Ajuda per al control de l'enuig.				
					6487 - Maneig ambiental: prevenció de la violència.				
1405 - Autocontrol dels impulsos (m)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 140501 – Identifica conductes impulsives perjudicials. ➤ 140512 – Manté l'autocontrol sense supervisió. ➤ 140516 – Obté ajuda quan presenta impulsos. 					5230 - Augmentar l'afrontament				
					4370 - Entrenament per a controlar els impulsos.				
					6487 - Maneig ambiental: prevenció de la violència.				
					6630 - Aïllament.				

DE	DATA I VALORACIÓ								
00035 - Risc de lesió r/a <input type="checkbox"/> Factors Humans <input type="checkbox"/> Factors del Sistema de									

Transport. <input type="checkbox"/> Factors físics. <input type="checkbox"/> Factors psicològics.									
Data					Data				
Criteris de resultat – NOC					Intervencions – NIC				
2405 - Estat neurològic: consciència. (a)*. ➤ 091202 – Orientació cognitiva. ➤ 091206 – Atén als estímuls ambientals.					4820 - Orientació de la realitat. 4720 - Estimulació cognoscitiva.				
1909 - Conducta de prevenció de caigudes (m)*. ➤ 190903 – Col·locació de barreres per a prevenir caigudes. ➤ 190901 – Ús correctes de dispositius d'ajuda. ➤ 190919 – Ús de mitjans de trasllat segurs.					6486 - Maneig ambiental: seguretat.				
1828 - Coneixement: prevenció de caigudes (u)*. ➤ 182801 – Ús correcte de dispositius d'ajuda. ➤ 182810 – Motiu de restriccions.					6486 - Maneig ambiental: seguretat. 6610 – Identificació de riscos.				

PC/CP	Intervencions – NIC	Data i Valoració			
PC: Insomni s/a TDM	2304 – Administració de medicació: oral. 5270 - Recolzament emocional. 4920 - Escolta activa.				
CP: Infecció s/a venopunció.	6540 – Control de infeccions. 6610 – Identificació de riscos. 2440 – Manteniment de dispositius d'accés venós. 6680 – Monitorització de signes vitals. 6550 – Protecció contra les infeccions.				
CP: Hipertensió arterial s/a procés anestèsic.	6520 – Anàlisis de la situació sanitària. 2880 – Coordinació preoperatòria. 2870 – Cures post-anestesia. 6610 – Identificació de riscos. 6680 – Monitorització de signes vitals.				
CP: Alteració de la memòria (2-270 dies) s/a TEC.	6520 – Anàlisis de la situació sanitària. 2870 – Cures post-anestesia. 6610 – Identificació de riscos.				
CP: Cefalea s/a TEC.	6520 – Anàlisis de la situació sanitària. 2870 – Cures post-anestesia. 6482 – Maneig ambiental: confort. 2304 – Administració de medicació: oral.				
CP: Miàlgia s/a convulsions.	6520 – Anàlisis de la situació sanitària. 0840 – Canvi de posició. 2870 – Cures post-anestesia. 6482 – Maneig ambiental: confort. 2690 – Precaucions contra les convulsions.				
CP: Fractures s/a convulsions.	6520 – Anàlisis de la situació sanitària. 0840 – Canvi de posició. 2880 – Coordinació preoperatòria. 2870 – Cures post-anestesia. 6486 – Maneig ambiental: seguretat. 2690 – Precaucions contra les convulsions.				
CP: Hipòxia s/a procés anestèsic.	6520 – Anàlisis de la situació sanitària.				

	3390 – Ajuda a la ventilació. 2880 – Coordinació preoperatòria. 2870 – Cures post-anestesia. 6610 – Identificació de riscos. 6680 – Monitorització de signes vitals.				
CP: Parada cardiorespiratòria s/a procés anestèsic.	6520 – Anàlisi de la situació sanitària. 3390 – Ajuda a la ventilació. 2314 – Administració de medicació endovenosa (e.v.). 2880 – Coordinació preoperatòria. 2870 – Cures post-anestesia. 6610 – Identificació de riscos. 6680 – Monitorització de signes vitals.				
CP: Convulsions perllongades.	6520 – Anàlisi de la situació sanitària. 2880 – Coordinació preoperatòria. 2870 – Cures post-anestesia. 6610 – Identificació de riscos. 6680 – Monitorització de signes vitals.				
CP: Bradicàrdia s/a procés anestèsic.	6520 – Anàlisi de la situació sanitària. 2314 – Administració de medicació endovenosa (e.v.). 2880 – Coordinació preoperatòria. 2870 – Cures post-anestesia. 6610 – Identificació de riscos. 6680 – Monitorització de signes vitals.				
CP: Retenció urinària s/a procés anestèsic.	6520 – Anàlisi de la situació sanitària. 2870 – Cures post-anestesia. 6610 – Identificació de riscos. 0590 – Maneig de la eliminació urinària.				
CP: Aspiració s/a procés anestèsic.	6520 – Anàlisi de la situació sanitària. 2314 – Administració de medicació endovenosa (e.v.). 3160 – Aspiració de les vies aèries. 2880 – Coordinació preoperatòria. 2870 – Cures post-anestesia. 6610 – Identificació de riscos. 6680 – Monitorització de signes vitals.				

*En l'annex 3 es pot trobar per la lletra, l'escala pertinent per a valorar adequadament l'Indicador dels criteris de resultat.

4.6. CRONOGRAMA.

	Treball Final de Grau																							
	Gener/15				Febrer/15				Març/15				Abril/15				Maig/15				Juny/15			
Treball Final de Grau I (TFGI). Memòria de Seguiment.	■				■				■															
Introducció	■																							
Redacció objectius					■																			
Elaboració de la metodologia					■																			
Revisió del treball					■																			
Tutories TFGI	■				■				■															
Lliurament Memòria TFGI via moodle					■																			
Elaboració PowerPoint de la Memòria de Seguiment TFGI					■																			
Presentació Memòria de Seguiment TFGI									■															
Treball Final de Grau II (TFGII). Memòria Final.									■				■				■				■			
Fase de Valoració i definició del pacient tipus al que se li aplicarà el PCE									■															
Identificació dels problemes de salut													■											
Identificació dels criteris de resultats													■											
Identificació de les intervencions																	■							
Elaboració del document on constarà el PCE																	■							
Tutories TFGII													■				■				■			
Lliurament Memòria final TFGII via moodle																					■			
Elaboració PowerPoint de la Memòria Final TFGII																					■		■	
Presentació Memòria Final TFGII																							■	

5. CONCLUSIONS I RECOMANACIONS DE PRAXIS FUTURES.

La realització d'un PCE és una tasca complexa, en la que s'han de tenir múltiples aspectes en compte per a poder desenvolupar-lo d'una manera objectiva, adequada, eficient i útil per a la realitat.

Aquest PCE ha tingut diverses dificultats per a elaborar-lo, però també varies oportunitats per a facilitar la seva creació. El poder accedir a una base de dades i poder-la explotar sense problemes, ha fet que es puguin extreure resultats reals d'una unitat de psiquiatria i juntament amb la recerca bibliogràfica s'ha pogut realitzar un PCE amb una base científica adaptada a les necessitats d'una unitat, on seria possible implementar-lo, i reforçada amb diverses investigacions. Aquesta combinació entre investigació en base de dades i recerca bibliogràfica s'ha fet per a poder millorar en tot el possible el que s'estava fent en aquests moments en la U. Aguts del HGG, podent-se extrapolar a altres persones, institucions, hospitals... interessats.

Encara que s'han elaborat la gran majoria de les parts del PCE, encara queden les dues últimes: la implementació i l'avaluació. Aquestes dues parts, són unes de les més importants, ja que si es porten a terme i es té un bon feedback i col·laboració amb els professionals que l'utilitzin, es podrà arribar a diverses conclusions per tal de millorar aspectes i saber si es un PCE amb una utilització en la realitat.

Un altre aspecte a millora serien les cures prestades cap al moment de la realització de la teràpia electroconvulsiva, on infermeria té un paper rellevant. Per tant, crec adequat, tenir present per a seguir millorant, el elaborar en el PCE un apartat concret per al moment de la TEC, ja que aquestes cures són molt específiques, interdisciplinars i tècniques però també tenen un paper rellevant per a l'atenció infermera. Un exemple d'aquestes cures, seria el no donar carbonat de liti el dia anterior, mantenir-se en dejú 8 hores abans, realitzar una venopunció, identificar adequadament al pacient...

Arribant a la conclusió anterior, la TEC al ésser un procediment majoritàriament mèdic, s'hauria de valorar la realització d'una trajectòria clínica on el PCE elaborat en aquest document, formes part d'aquesta.

L'anterior PCE s'ha portat a terme principalment per a augmentar la qualitat de les cures que es presten als pacients. Però el poder enregistrar adequadament tota la informació envers a les cures que es porten a terme a aquests tipus de pacients, fa que el paper de la infermeria es vegi reflectit d'una manera organitzada i correcte, així aconseguir un bon saber fer.

Com a punt final, aquest PCE s'hauria de seguir treballant acuradament per tal de definir certs aspectes, que influeixen en la practica clínica de la infermeria i per tant s'han de solucionar per assegurar la viabilitat del PCE.

- No s'ha definit concretament, cada quan s'ha de revalorar els criteris de resultats (diàriament, setmanalment, bisetmanal...).
- No s'ha definit les causes dels diagnòstics infermers, ja que els pacients a aquest tipus de patologia és molt diferent entre ells (s'ha de realitzar un estudi més profund).
- Introduir el PCE al programa de cures d'infermeria utilitzat a la U. Aguts del HGG, per tal de facilitar la seva posada en marxa i utilització per part del personal d'infermeria.
- Definir els criteris d'avaluació per tal de rebre un feedback adequat.
- Tenir present la creació d'una trajectòria clínica, per tal d'arribar a tots els aspectes que afecten al pacient.

6. IMPLICACIONS POTENCIALS A LA PRACTICA PROFESSIONAL I INNOVACIÓ.

Aquest PCE s'ha elaborat en vista a la implementació i posada en marxa en la U. Aguts del HGG, s'ha utilitzat el model infermer implementat actualment en la unitat i les dades extretes han sigut dels plans de cures elaborats pels propis infermers. Encara existeixen diferents aspectes de millora, però confio que amb més treball i l'ajuda de l'avaluació en la possible posada en marxa, es pugui arribar a un PCE utilitzable en més d'una unitat o si més no, com a ajut per a altres companys.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Bernardo M [Coordinador]. Consenso Español sobre la teràpia electroconvulsiva TEC. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría; 1999 [accés 14 de gener del 2015]. Disponible a: <http://www.sepsig.org/file/Consenso%20TEC.pdf>
2. Gascón J, Simón O, Morillas L i Alberto M. Teràpia electroconvulsiva. Grupo Ars XXI de Comunicación; [accés 15 de gener del 2015]. (15) 803-820. Disponible a: http://www.imedinas.com/pfw_files/cma/pdf/files/849706028/C32705122.pdf
3. Desviat M. La antipsiquiatría: crítica de la razón psiquiàtrica. Norte de Salud Mental 2006; 6(25): 8-14.
4. Haro JM, Palacín C, Vilagut GM, Romera B, Codony M, Autonell J, et al. La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación del estudio ESEMeD-España. Actas Esp Psiquiatr. 2003; 31:182-91.
5. Toquero F i Rodríguez JJ. Atención Primaria de Calidad: Guía de buena práctica clínica en la depresión y la ansiedad. 2a Edició. Madrid: IM&C; 2008.
6. Fornés J. Enfermería de Salud mental y Psiquiàtrica: Planes de cuidados. 1ª Edición. Madrid: Médica Panamericana; 2005.
7. Bernardo M [Coordinador]. Pla director de salut mental i addiccions. Guia de bona pràctica clínica sobre la teràpia electroconvulsiva. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya; 2014.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5a Edició. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2013.
9. Alfaro-LeFevre R. Applying Nursing Process: The Foundation for Clinical Reasoning. 8a Edició. Philadelphia: Wolters Kluwer Health-Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
10. Aguilera M [Coordinadora]. Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de Salud; 2001.
11. García J, Díez J, Chamorro L, Navas A i Franco A. Vías Clínicas. Madrid: Unidad de Garantía de Calidad; 2010.
12. Contreras E [Coordinador]. Planes de cuidados enfermeros estandarizados: atención primaria. 1a Edición. Màlaga: Equipo de autores de la obra; 2000.
13. Jakobsson J i Wann-Hansson C. Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study. Scand. J. Caring Sci.; 2013; 27(4): 945-952.
14. Olsson PT, Petersson H, Willman A i Gardulf A. Standardized care plans in Swedish health care: their quality and the extent to which they are used. Scand J Caring Sci. 2009 Dec; 23(4):820-5.

15. Brito PR. Relaciones conceptuales en el modelo enfermero basado en el modelo vital de Roper, Logan y Tierney. Enfermería Global [revista en Internet] 2008 Febrer [ácces 25 de gener del 2015]; (12) 1-6. Disponible a: <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/viewFile/1001/1011>
16. Herdman TH [Editor]. Diagnósticos enfermeros: definicions y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
17. Moorhead S, Johnson M, Maas ML i Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería. NOC. Medición de Resultados en Salud. 5a Edició. Barcelona: Elsevier; 2013.
18. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J i Wagner CM. Clasificación de Intervencions de Enfermería. NIC. 6a Edició. Barcelona: Elsevier España; 2013.
19. Johnson M, Bulechek GM, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones. NANDA, NOC y NIC. 2a Edició. Madrid: MMVI Mosby, Inc., an Elsevier Print; 2007.
20. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales [Sede Web]. Granada: Junta de Andalucía; [ácces 25 de gener del 2015]. Datos sobre enfermedad mental. Disponible a: <http://www.1decada4.es/profmedios/datos/>
21. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
22. Institut Català de la Salut. Memòria 2013. Barcelona: ICS; 2014.Registro de Altas de los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud. CMBD. Norma Estatal. Disponible a: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd.htm>
23. National Institute For Health and Clinical Excellence. Guidance on the Use of Electroconvulsive Therapy. NICE. NICE (National Institute for Clinical Excellence). Technology Appraisal Guidance 59; 2003 Abril [última actualització 2009; ácces 25 de gener del 2015]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/guidance/ta59/resources/guidance-guidance-on-the-use-of-electroconvulsive-therapy-pdf>
24. New York State. Office of Mental Health [Sede Web]. Nova York: New York State; [última actualització 15 de novembre del 2012; ácces 31 de gener del 2015]. Disponible a: <https://www.omh.ny.gov/omhweb/ect/guidelines.htm>
25. Carpenito LJ. Diagnósticos de Enfermería: Aplicación a la práctica clínica. 9ª Edició. Aravaca: McGraw-Hill; 2002.
26. Burns MC. Tratamientos somáticos. En: Stuart G i Laraia M. Enfermería psiquiátrica: Principios y práctica. 8ª Ed. Madrid: Elsevier; 2006. 602-617.

27. Faura T i Bernardo M. Terapia electroconvulsiva. En: Bobes J, coordinador. Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica. 1ª Ed. Madrid: Editorial Síntesis; 489-496.
28. Tratamiento electroconvulsivo. Rebraca L. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental: Conceptos básicos. 6ª Ed. Madrid: McGraw-Hill/ Interamericana de España; 219-227.
29. Martín J i Hernández MR [Coordinadors]. Guia de practica clínica de los trastornos depresivos. Murcia: Servicio Murciano de Salud. Disponible a: <https://feafes.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
30. García-Herrera JM, Nogueras EV, Muñoz F i Morales JM. Guía de Practica Clinica para el Tratamiento de la Depresión en la Atención Primaria. Màlaga: Distrito Sanitario Màlaga-UGC Salud Mental Hospital regional Universitario "Carlos Haya". 2011. Disponible a: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_488_Depresion_AP_resum.pdf
31. Aragonès E, Gutiérrez MA, Pino M, Lucena C, Cervera J i Garreta I. Prevalencia y características de la depresión mayor y la disitimia en la atención primaria. Atención Primaria [Revista en Internet] 2001-maig. [accés 29 d'Abril del 2015]; 27(9). Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701788701>
32. Aragonès E, Piñol JL i Labad A. Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. Atención Primaria [Revista en Internet] 2009-octubre. [accés 29 d'Abril del 2015]; 41(10). Disponible a: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-comorbilidad-depresion-mayor-con-otros-13141700>

ANNEX 1

VALORACIÓN AL INGRESO COMÚN A TODOS LOS DIOSPOSITIVOS SEGÚN MODELO ROPER.

1- ENTORNO SEGURO

No Alterado

Alterado

Por factores físicos

Por factores psicológicos

Por factores socioculturales

Por factores ambientales

Por factores político-económicos

Grado de Dependencia

4-Dependencia Total (Ej. Precisa siempre la intervención directa del personal asistencial para realizar la AV de forma segura, agresividad, riesgo autolítico, riesgo de fuga, desorganizado o inadaptado al régimen terapéutico que precisa cm o aislamiento, alto riesgo de caídas precisando contención mecánica)

3-Dependencia severa (Ej. Precisa la intervención directa del personal asistencial para los cuidados, solo en algunos casos requiera solo supervisión Descompensación psicopatológica - delirante, alteraciones del estado de ánimo, consumo de tóxicos -que influye en el comportamiento, barandillas, contención en sala.)

2-Dependencia moderada (Ej. Necesidad de supervisión aunque la sintomatología del paciente no suponga un riesgo para él o para su entorno...)

1-Dependencia ligera (Ej. El paciente no requiere la intervención del personal asistencial para su cuidados, solo en algún caso supervisión..)

0-Independiente (Ej. Lleva a cabo las actividades de la AV de una manera segura...)

Violencia (Empleo de la fuerza o poder excesivos de modo que provoque lesión o abuso)

Lesión física (Lesión o daño corporal)

Peligros ambientales (Fuentes de peligro en el entorno)

Procesos defensivos (Procesos mediante los que la persona se autoprotege de lo que no es ella misma)

Infeción (Respuesta de huésped a la infección por gérmenes patógenos)

Respuesta postraumática (Reacciones tras un trauma físico o psicológico)

Respuesta de afrontamiento (Procesos para manejar el estrés ambiental)

Estrés neurocomportamental (Respuestas conductuales que reflejan la función nerviosa y cerebral)

Confort ambiental (Sensación de bienestar o comodidad en el propio entorno)

Confort físico*(Sensación de bienestar o comodidad)

-
- Autoconcepto** (Percepción o percepciones sobre la totalidad del propio ser)

 - Autoestima** (Valoración de la propia valía personal, significación, capacidad y éxito)

 - Imagen corporal** (Imagen mental del propio cuerpo)

 - Toma de conciencia de la salud**(Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal)

 - Manejo de la salud** (Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y bienestar)

 - Valores *** (Identificación y jerarquización de los objetivos finales o modos de conducta preferidos)

 - Creencias*** (Opiniones, expectativas o juicios sobre actos, conductas o instituciones considerados verdaderos o poseedores de un valor intrínseco)

 - Congruencia de las acciones valores/creencias*** (Congruencia o equilibrio entre los valores, las creencias y las acciones)

 - Crecimiento** (Aumento o mejora de las dimensiones físicas o madurez de los sistemas corporales)

 - Desarrollo** (Logro, falta de logro o pérdida de las tareas de desarrollo)

 - Equilibrio de la energía** (Estado de armonía dinámica entre el aporte y el gasto de energía)

 - Atención** (Capacidad mental para percatarse de algo u observar)

 - Orientación** (Conciencia del tiempo, el espacio y las personas)

 - Sensación /Percepción** (Recepción de información visual, auditiva, gustativa, olfatoria, táctil y cinestésica a través de los sentidos, así como la comprensión de tales datos que conducen a la identificación, asociación y reconocimiento)

 - Cognición** (Uso de la memoria, el aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje)

2- COMUNICACIÓN

No Alterado

Alterado

Por factores físicos

Por factores psicológicos

Por factores socioculturales

Por factores ambientales

Por factores político-económicos

Grado de Dependencia

4-Dependencia Total (Ej. Paciente sedado, mutista, con nivel de conciencia alterado que precisa que intervenga siempre el personal asistencial para comunicarse...)

3-Dependencia severa (Ej. Lenguaje incoherente por alteración del pensamiento, solo comprende órdenes simples, solo pronuncia monosílabos, presenta déficit sensoriales profundos: ceguera, sordera, problemas vasculares que precisan suplencia en la AV, en alguna ocasión sólo precisa suplencia...)

2-Dependencia moderada (Ej. Verborrea, poco comunicativo, lenguaje manipulador, somatización, demandas de atención que requieren principalmente supervisión en la AV...)

1-Dependencia ligera (Ej. Problemas del lenguaje, precisa repeticiones y / o se expresa con dificultad o de forma lenta, idioma extranjero con posibilidad de traducción, problemas funcionales leves que apenas dificulten la comunicación, solo requiere supervisión en la AV..)

0-Independiente (Ej. Se comunica con fluidez y coherentemente...)

Comunicación (Enviar y recibir información verbal y no verbal)

3- RESPIRACIÓN

No Alterado

Alterado

Por factores físicos

Por factores psicológicos

Por factores socioculturales

Por factores ambientales

Por factores político-económicos

Grado de Dependencia

4-Dependencia Total (Ej. El paciente precisa siempre la intervención directa del personal asistencial. Precisa fuente de O2 permanente o intermitente etc...)

3-Dependencia severa (Ej. El paciente precisa ser suplido por el personal asistencial, pero en alguna ocasión puede realizar su autocuidado con supervisión - Disnea, problemas respiratorios...)

2-Dependencia moderada (Ej. El paciente realiza su autocuidado con supervisión solo requiere la intervención directa del personal asistencial en algún caso - Precisa inhaladores, síntomas de alergia leves que requieren tratamiento farmacológico...)

1-Dependencia ligera (Ej. El paciente realiza su autocuidado pero requiere en alguna ocasión supervisión y seguimiento -Precisa controles de TA etc...)

0-Independiente (Ej. Autocuidado...)

Sistema pulmonar (Eliminación de los derivados de los productos metabólicos, secreciones y material extraño de los pulmones y bronquios)

Respuestas cardiovasculares/respiratorias (Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo)

4-INGESTA/ COMIDA

No Alterado

Alterado

Por factores físicos

Por factores psicológicos

Por factores socioculturales

Por factores ambientales

Por factores político-económicos

Grado de Dependencia

4-Dependencia Total (Ej. Precisa alimentación por SNG o sueroterapia, deshidratación, anorexia, bulimia, precisa suplencia en la AV...)

3-Dependencia severa (Ej. Alteraciones en la deglución, alteraciones graves de peso que requieren suplencia, dependencia en la alimentación del paciente ya sea por problema somático o psiquiátrico que precisa mayoritariamente suplencia en la AV...)

2-Dependencia moderada (Ej. Dependencia en la alimentación ya sea por patología somática o psiquiátrica que precisa supervisión en la ingesta y en alguna ocasión suplencia...)

1-Dependencia ligera (Ej. Supervisión de dietas espaciales, necesita ayuda parcial, lesiones bucales o dentales, solo requiere supervisión en la AV...)

0-Independiente (Ej. Sin alteraciones...)

Ingestión (Introducción a través de la boca de alimentos y nutrientes en el cuerpo)

Digestión (Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias apropiadas para su absorción y asimilación)

Absorción (Acto de captar nutrientes a través de los tejidos corporales)

Metabolismo(Procesos físicos y químicos que se producen en los organismos y células vivas para el desarrollo y uso de protoplasma, la producción de productos de desecho y energía y la liberalización de energía para todos los procesos vitales)

Hidratación (Captación y absorción de líquidos y electrolitos)

5- ELIMINACIÓN

No Alterado

Alterado

Por factores físicos

Por factores psicológicos

Por factores socioculturales

Por factores ambientales

Por factores político-económicos

Grado de Dependencia

4-Dependencia Total (Ej. Incontinencia fecal o urinaria, sonda vesical, estoma sin posibilidad de autocuidado, requiere suplencia en la AV..)

3-Dependencia severa (Ej. Incontinencia fecal y /o urinaria que requiere suplencia en la mayoría de ocasiones.)

2-Dependencia moderada (Ej. Estreñimiento, diarrea, infección urinaria que requieren supervisión y seguimiento del personal asistencial y en algún caso su intervención directa...)

1-Dependencia ligera (Ej. Incontinencia urinaria o fecal esporádica, alteraciones menstruales, alteraciones en salivación etc que solo precisan en alguna ocasión la supervisión del personal asistencial..)

0-Independiente (Ej. Sin alteraciones...)

Sistema Urinario (Procesos de excreción y secreción de orina)

Sistema Gastrointestinal (Expulsión y excreción de productos de desecho del intestino)

Sistema Integumentario (Procesos de secreción y excreción a través de la piel)

6- LIMPIEZA / ARREGLO PERSONAL

No Alterado

Alterado

Por factores físicos

Por factores psicológicos

Por factores socioculturales

Por factores ambientales

Por factores político-económicos

Grado de Dependencia

4-Dependencia Total (Ej. Alteración en la integridad de la piel, UPP, riesgo en la transmisión de infecciones, alto riesgo autolítico que requiere ser suplido por el personal en la AV, ...)

3-Dependencia severa (Ej. Ha de ser suplido en la AV por lesiones físicas o psicológicas como parálisis parciales, lesiones en proceso de curación, poliartritis, parkinsonismo, politraumatismo, pero participa en algunas ocasiones en su cuidado...)

2-Dependencia moderada (Ej. El paciente realiza el autocuidado en la AV pero precisa vigilancia (ya sea por problema físico o psicológico) y en algún caso se le tiene que ayudar en la AV...)

1-Dependencia ligera (Ej. Precisa solo supervisión en la AV..)

0-Independiente (Ej. Autónomo...)

- Actividad ejercicio** (Movimiento de partes del cuerpo, hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente contra resistencia)
-

7- CONTROL TEMPERATURA CORPORAL

- No Alterado Alterado
-

- Por factores físicos
- Por factores psicológicos
- Por factores socioculturales
- Por factores ambientales
- Por factores político-económicos
-

- Grado de Dependencia

4-Dependencia Total (Ej. Termorregulación inefectiva que requiere suplencia en los cuidados del paciente referentes a la AV...)

3-Dependencia severa (Ej. Termorregulación inefectiva que requiere en la mayoría de ocasiones suplencia en los cuidados del paciente referentes a la AV...)

2-Dependencia moderada (Ej. El paciente ha de seguir controles y supervisión de sus cuidados referentes a la termorregulación y solo precisa intervención directa del personal asistencial en alguna ocasión..)

1-Dependencia ligera (Ej. El paciente precisa controles que realiza el mismo y solo en algunos casos precisa supervisión....)

0-Independiente (Ej. Autocuidado...)

- Termorregulación** (procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía corporales con el objetivo de proteger el organismo)
-

8- MOVILIDAD

- No Alterado Alterado
-

- Por factores físicos
- Por factores psicológicos
- Por factores socioculturales
- Por factores ambientales

Por factores político-económicos

Grado de Dependencia

4-Dependencia Total (Ej. Paciente inmovilizado ya sea por patología somática o psiquiátrica que precisa suplencia en la AV...)

3-Dependencia severa (Ej. Paciente que se moviliza de forma parcial pero no realiza su autocuidado ya sea por patología psiquiátrica o somática y requiere mayoritariamente suplencia en la AV...)

2-Dependencia moderada (Ej. El paciente presenta limitaciones ya sea por patología somática o psiquiátrica pero realiza su autocuidado aunque precisa ser supervisado por el personal, solo se le suple en alguna ocasión...)

1-Dependencia ligera (Ej. El paciente presenta limitaciones ya sea por patología psiquiátrica o somática pero realiza su autocuidado de forma adecuada precisando solo en alguna ocasión supervisión...)

0-Independiente (Ej. Autocuidado...)

Actividad ejercicio* (Movimiento de partes del cuerpo, hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente contra resistencia)

9- REPOSO / SUEÑO

No Alterado

Alterado

Por factores físicos

Por factores psicológicos

Por factores socioculturales

Por factores ambientales

Por factores político-económicos

Grado de Dependencia

4-Dependencia Total (Ej. El paciente requiere siempre la intervención del personal (ya sea por problema somático u psiquiátrico) para realizar de forma adecuada la AV ..)

3-Dependencia severa (Ej. El paciente requiere mayoritariamente la intervención del personal (ya sea por problema somático u psiquiátrico) para realizar de forma adecuada la AV aunque en algunos casos solo precisa supervisión ..)

2-Dependencia moderada (Ej. El paciente requiere solo la supervisión de sus cuidados (ya sea por patología psiquiátrica u orgánica) en la AV aunque en algún caso precisa la intervención directa del personal...)

1-Dependencia ligera (Ej. El paciente solo requiere en algunos casos la supervisión del personal..)

0-Independiente (Ej. Autocuidado...)

Reposo / sueño (Sueño ,descanso, tranquilidad o inactividad)

10- TRABAJO /DIVERSIÓN

No Alterado

Alterado

Por factores físicos

Por factores psicológicos

Por factores socioculturales

Por factores ambientales

Por factores político-económicos

Grado de Dependencia

4-Dependencia Total (Ej. Ya sea por patología psiquiátrica u orgánica el paciente requiere siempre intervención del personal en la AV)

3-Dependencia severa (Ej. Ya sea por patología psiquiátrica u orgánica el paciente requiere siempre intervención del personal en la AV pero en algunas ocasiones sólo precisa supervisión)

2-Dependencia moderada (Ej. El paciente requiere (por patología psiquiátrica o somática) la supervisión en la AV)

1-Dependencia ligera (Ej. El paciente apenas requiere supervisión en la AV, se organiza de forma adecuada)

0-Independiente (Ej. Autocuidado...)

Confort social (Sensación de bienestar o comodidad en las situaciones sociales)

Rol del cuidador (Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que brindan cuidados sin ser profesionales de salud)

Relaciones familiares (Asociaciones de personas relacionadas biológicamente o por elección propia)

Desempeño del rol (Calidad de funcionamiento con los patrones socialmente esperados)

11- EXPRESIÓN DE LA SEXUALIDAD

No Alterado

Alterado

Por factores físicos

Por factores psicológicos

- Por factores socioculturales
 - Por factores ambientales
 - Por factores político-económicos
-

Grado de Dependencia

4-Dependencia Total (Ej. El paciente requiere (por patología psiquiátrica o somática) siempre la intervención del personal asistencial en esta área de cuidados por conducta sexual agresiva etc. ..)

3-Dependencia severa (Ej. El paciente requiere (por patología psiquiátrica o somática) siempre la intervención del personal asistencial en esta área de cuidados ya sea por desinhibición sexual con conductas de riesgo hacia otros, impotencia etc. -, solo requiere en alguna ocasión supervisión...)

2-Dependencia moderada (Ej. El paciente no requiere actuación directa del personal asistencial, solo en alguna ocasión , pero se ha de mantener la supervisión en la AV)

1-Dependencia ligera (Ej. El paciente realiza su autocuidado en la AV, solo requiere supervisión del personal asistencial en alguna ocasión...)

0-Independiente (Ej. Autocuidado...)

Identidad sexual (Forma de ser de una persona específica respecto a la sexualidad o el género)

Función sexual (Capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales)

Reproducción (Cualquier proceso en el que se producen nuevos individuos)

12- MUERTE

No Alterado

Alterado

Por factores físicos

Por factores psicológicos

Por factores socioculturales

Por factores ambientales

Por factores político-económicos

Grado de Dependencia

4-Dependencia Total (Ej. El paciente que requiere la suplencia del personal asistencial para sus cuidados(paciente en coma, con alto riesgo autolítico etc...) en la AV)

3-Dependencia severa (Ej. El paciente requiere cuidados constantes del personal en la AV, solo en algún caso puede realizar su autocuidado en alguna área que realizará con supervisión...)

2-Dependencia moderada (Ej. El paciente es capaz de realizar casi siempre su autocuidado aunque en alguna ocasión precisa la intervención directa del personal asistencial...)

1-Dependencia ligera (Ej. El paciente realiza su autocuidado y requiere solo la supervisión del personal asistencial en alguna área, no requiere la intervención directa..)

0-Independiente (Ej. El paciente no requiere la intervención ni la supervisión del personal asistencial...)

Confort Físico* (Sensación de bienestar o comodidad)

Valores * (Identificación y jerarquización de los objetivos finales o modos de conducta preferidos)

Creencias* (Opiniones, expectativas o juicios sobre actos, conductas o instituciones considerados verdaderos o poseedores de un valor intrínseco)

Consecuencia de las acciones valores/creencias* (Congruencia o equilibrio entre los valores, las creencias y las acciones)

ANNEX 2

DE/PC	NOC	NIC
00069 - Afrontament ineficax r/a <ul style="list-style-type: none"> • Trastorn dels patrons de alliberació de la tensió. • Falta de confiança en la capacitat per afrontar la situació. • Crisis situacionals. • Recursos disponibles inadequats. 	1300 – Acceptació de l'estat de salut (m)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 130008 – Reconeixement de la realitat de la situació de salut. ➤ 130007 – Expressa sentiments sobre l'estat de salut. ➤ 130001 - Tranquil·litat. 	5270 - Recolzament emocional. 6330 - Control de l'humor.
	1405 – Autocontrol dels impulsos(m)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 140501 – Identifica conductes impulsives perjudicials. ➤ 140505 – Reconeix els riscos ambientals. ➤ 140507 – Verbalitza control dels impulsos. 	5230 - Augmentar l'afrontament. 4370 - Entrenament per a controlar els impulsos. 6487 - Maneig ambiental: prevenció de la violència.
	1402 – Autocontrol de l'ansietat (m)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 140202 – Elimina precursors de l'ansietat. ➤ 140217 – Controla la resposta de l'ansietat. 	5820 - Disminució de l'ansietat.
	1302 - Afrontament dels problemes (m)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 130223 – Obté ajuda d'un professional sanitari. ➤ 130217 – Refereix la disminució dels sentiments negatius. ➤ 130218 – Refereix augment del benestar psicològic. ➤ 130201 – Identifica patrons de superació eficaços. 	5270 - Recolzament emocional. 4920 - Escolta activa. 5210 - Guia d'anticipació. 5310 - Donar esperança.
00052 - Deteriorament de la interacció social r/a <ul style="list-style-type: none"> • Alteració dels processos del pensament. • Trastorn de l'autoconcepte. 	1502 – Habilitats de la interacció social (m)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 150212 – Relacions amb els demes. ➤ 150203 – Cooperació amb els demes. ➤ 150205 – Ús de l'assertivitat si procedeix. ➤ 150216 – Utilitzar 	4480 - Facilitar l'autoresponsabilitat 4362 - Modificació de la conducta: habilitats socials. 5390 - Potenciació de la consciència de si mateix. 5000 - Relacions complexes en l'hospital.

<ul style="list-style-type: none"> Limitació de la mobilitat física. 	estratègies de solució de conflictes.	
	1503 – Implicació social (m)*. ➤ 150311 – Participació en activitats d’oci.	5100 - Potenciació de la socialització.
	1604 - Participació en activitats d’oci (m)*. ➤ 160411 – Participa en activitats d’oci que requereixen poc esforç.	5100 - Potenciació de la socialització.
00051 - Deteriorament de la comunicació verbal r/a <ul style="list-style-type: none"> Alteració de l’autoconcepte. Estrès. Condicions emocionals. 	0902 – Capacitat de comunicació (a)*. ➤ 090208 – Intercanvia missatges amb els demes.	4920 - Escolta activa.
	0907 – Elaboració de la informació (a)*. ➤ 090705 – Mostra processos de pensament lògics.	5820 - Disminució de l’ansietat. 4760 - Entrenament de la memòria.
00002 – Risc de Desequilibri nutricional: ingesta inferior a les necessitats r/a <ul style="list-style-type: none"> Factors psicològics. Incapacitat per a ingerir els aliments. 	0303 - Autocura: menjar (a)*. ➤ 030314 – Finalitza un menjar.	1830 - Ajuda amb les autocures: alimentació.
	1004 - Estat nutricional (b)*. ➤ 100402 – Ingestió alimentària. ➤ 100405 – Relació pes/talla.	1260 - Maneig del pes. 1100 - Maneig de la nutrició.
	1006 - Pes: Índex de massa corporal (b)*. ➤ 100601 – Pes.	1260 - Maneig del pes.
00195 – Risc de desequilibri electrolític r/a <ul style="list-style-type: none"> Desequilibri de líquids. Efectes secundaris del tractament. 	0602 – Hidratació (a)*. ➤ 06025 – Ingesta de líquids. ➤ 060211 – Diüresis.	4180 - Maneig de la hipovolemia. 2080 - Maneig de líquids i electrolits.
	00085 – Deteriorament de la mobilitat física r/a <ul style="list-style-type: none"> Ansietat. Deteriorament cognitiu. Estat d’humor depressiu. Medicaments. 	0208 – Mobilitat (a)*. ➤ 020806 – Ambulació. ➤ 020804 – Mobilitat articular.
0210 - Realització de transferència (a)*. ➤ 021001 – Trasllat del llit a la cadira. ➤ 021002 – Trasllat de la cadira al llit.		1806 - Ajuda amb les autocures: transferència.
00193 – Descuido	1614 - Autonomia personal (m)*.	5390 - Potenciació de la consciència de si

personal r/a <ul style="list-style-type: none"> • Depressió. • Deteriorament funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 161411 - Participa en les decisions de les cures de salut. ➤ 161412 – Expressa satisfacció en les decisions de la vida. 	mateix. 5400 - Potenciació de l'autoestima.
	0300 - Autocures: Activitats de la vida diària (a)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 030001 – Menja. ➤ 030002 – Es vesteix. ➤ 030006 – Higiene. ➤ 030003 – Ús del lavabo. 	1800 - Ajuda amb les autocures.
00173 – Risc de confusió aguda r/a <ul style="list-style-type: none"> • Disminució de la mobilitat. • Fluctuacions en el cicle son-vigília. • Deteriorament de la cognició. • Medicaments. 	0912 - Estat neurològic: consciència (a)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 091202 – Orientació cognitiva. ➤ 091203 – Comunicació apropiada a la situació. 	4820 - Orientació de la realitat. 4720 - Estimulació cognoscitiva.
	0901 - Orientació cognitiva (a)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 090101 – S'autoidentifica. ➤ 090103 Identificar el lloc on esta. ➤ 090102 – Identifica els seus essers estimats. ➤ 090106 – Identifica l'any actual. 	6450 - Maneig de idees il·lusòries. 4820 - Orientació de la realitat.
00126 – Coneixements deficients: envers el procés de la TEC r/a <ul style="list-style-type: none"> • Limitació cognitiva. • Falta d'exposició. • Incapacitat per a recordar. 	1814 - Coneixement: procediments terapèutics (u)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 181401 – Procediment terapèutic. ➤ 181410 – Possibles efectes adversos. 	5618 - Ensenyament: procediment/tractament. 5510 - Educació sanitària.
	1803 - Coneixement: procés de la malaltia (u)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 180302 – Procés de la malaltia. ➤ 180306 – Signes i símptomes de la malaltia. 	5602 - Ensenyament: procés de la malaltia. 5510 - Educació sanitària.
	1813 - Coneixement: regim terapèutic (u)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 181306 – Medicació prescrita. ➤ 181304 – Efectes esperats del tractament. 	5618 - Ensenyament: procediment/tractament. 5210 - Guia d'anticipació.
00083 – Risc de conflictes de decisions: davant acceptar el tractament de la TEC r/a	1614 - Autonomia personal (m)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 161411 – Participa en les decisions de les cures de la salut. ➤ 161410 – Afirmar les 	5250 - Recolzament en la presa de decisions.
		4340 - Entrenament de l'assertivitat.

<ul style="list-style-type: none"> Falta d'informació rellevant. Múltiples fonts d'informació. Dèficit del sistema de recolzament. 	preferències personals.		
	906 – Presa de decisions (a)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 090609 – Escull entre varies alternatives. 	5250 - Recolzament en la presa de decisions.	
00140 – Risc de violència autodirigida r/a <ul style="list-style-type: none"> Problemes emocionals. Ideació suïcida. Claus verbals. Claus conductuals. Problemes de salut mental. 	1401 – Autocontrol de l'agressió (m)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 140110 – Identifica quan s'enfada. ➤ 140118 – Autocontrola conductes agressives. 	4640 - Ajuda per al control de l'enuig. 6160 - Intervenció en cas de crisis.	
	1406 – Control de l'automutilació (m)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 140613 – Utilitza estratègies efectives d'afrontament. ➤ 140606 – No s'autolesiona. ➤ 140604 – Manté el compromís de no autolesionar-se. 	4354 - Maneig de la conducta: Autolesió. 4370 - Entrenament per a controlar els impulsos. 4380 - Establir límits.	
		1202 – Identitat (m)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 120201 – Verbalitza afirmacions d'identitat personal. ➤ 120202 – Mostra una conducta verbal i no verbal congruent sobre si mateix. 	5390 - Potenciació de la consciència de si mateix. 4700 - Reestructuració cognitiva.
			1408 - Autocontrol de l'impuls suïcida (m)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 140823 – Obté ajuda quan és necessari. ➤ 140816 – No intenta causar-se lesions greus.
	00138 – Risc de violència dirigida a altres r/a <ul style="list-style-type: none"> Llenguatge corporal. Historia de violència dirigida a d'altres. Impulsivitat Simptomatologia 	1401 - Autocontrol de l'agressió (m)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 140110 – Identifica quan s'enfada. ➤ 140118 – Autocontrola conductes agressives. 	4640 - Ajuda per al control de l'enuig.
			6487 - Maneig ambiental: prevenció de la violència.
		1405 - Autocontrol dels impulsos (m)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 140501 – Identifica conductes impulsives 	5230 - Augmentar l'afrontament 4370 - Entrenament per a controlar els impulsos.
			6487 - Maneig ambiental: prevenció de la

psicòtica.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ perjudicials. ➤ 140512 – Manté l'autocontrol sense supervisió. ➤ 140516 – Obté ajuda quan presenta impulsos. 	violència. 6630 - Aïllament.
00035 - Risc de lesió r/a <ul style="list-style-type: none"> • Factors Humans • Factors del Sistema de Transport. • Factors físics. • Factors psicològics. 	0912 - Estat neurològic: consciència (a)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 091202 – Orientació cognitiva. ➤ 091206 – Atén als estímuls ambientals. 	4820 - Orientació de la realitat.
		4720 - Estimulació cognoscitiva.
	1909 - Conducta de prevenció de caigudes (m)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 190903 – Col·locació de barreres per a prevenir caigudes. ➤ 190901 – Ús correctes de dispositius d'ajuda. ➤ 190919 – Ús de mitjans de trasllat segurs. 	6486 - Maneig ambiental: seguretat.
	1828 - Coneixement: prevenció de caigudes (u)*. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 182801 – Ús correcte de dispositius d'ajuda. ➤ 182810 – Motiu de restriccions. 	6486 - Maneig ambiental: seguretat. 6610 – Identificació de riscos.
PC: Insomni s/a TDM	-	2304 – Administració de medicació: oral. 5270 - Recolzament emocional. 4920 - Escolta activa.
CP: Infecció s/a venopunció.	-	6540 – Control de infeccions. 6610 – Identificació de riscos. 2440 – Manteniment de dispositius d'accés venós. 6680 – Monitorització de signes vitals. 6550 – Protecció contra les infeccions.
CP: Hipertensió arterial s/a procés anestèsic.	-	6520 – Anàlisi de la situació sanitària. 2880 – Coordinació preoperatòria. 2870 – Cures post-anestesia. 6610 – Identificació de riscos. 6680 – Monitorització de signes vitals.
CP: Alteració de la memòria (2-270 dies) s/a TEC.	-	6520 – Anàlisi de la situació sanitària. 2870 – Cures post-anestesia. 6610 – Identificació de riscos.
CP: Cefalea s/a TEC.	-	6520 – Anàlisi de la situació sanitària. 2870 – Cures post-anestesia. 6482 – Maneig ambiental: confort. 2304 – Administració de medicació: oral.
CP: Miàlgia s/a	-	6520 – Anàlisi de la situació sanitària.

convulsions.		0840 – Canvi de posició. 2870 – Cures post-anestesia. 6482 – Maneig ambiental: confort. 2690 – Precaucions contra les convulsions.
CP: Fractures s/a convulsions.	-	6520 – Anàlisi de la situació sanitària. 0840 – Canvi de posició. 2880 – Coordinació preoperatòria. 2870 – Cures post-anestesia. 6486 – Maneig ambiental: seguretat. 2690 – Precaucions contra les convulsions.
CP: Hipòxia s/a procés anestèsic.	-	6520 – Anàlisi de la situació sanitària. 3390 – Ajuda a la ventilació. 2880 – Coordinació preoperatòria. 2870 – Cures post-anestesia. 6610 – Identificació de riscos. 6680 – Monitorització de signes vitals.
CP: Parada cardiorespiratòria s/a procés anestèsic.	-	6520 – Anàlisi de la situació sanitària. 3390 – Ajuda a la ventilació. 2314 – Administració de medicació endovenosa (e.v.). 2880 – Coordinació preoperatòria. 2870 – Cures post-anestesia. 6610 – Identificació de riscos. 6680 – Monitorització de signes vitals.
CP: Convulsions perllongades.	-	6520 – Anàlisi de la situació sanitària. 2880 – Coordinació preoperatòria. 2870 – Cures post-anestesia. 6610 – Identificació de riscos. 6680 – Monitorització de signes vitals.
CP: Bradicàrdia s/a procés anestèsic.	-	6520 – Anàlisi de la situació sanitària. 2314 – Administració de medicació endovenosa (e.v.). 2880 – Coordinació preoperatòria. 2870 – Cures post-anestesia. 6610 – Identificació de riscos. 6680 – Monitorització de signes vitals.
CP: Retenció urinària s/a procés anestèsic.	-	6520 – Anàlisi de la situació sanitària. 2870 – Cures post-anestesia. 6610 – Identificació de riscos. 0590 – Maneig de la eliminació urinària.
CP: Aspiració s/a procés anestèsic.	-	6520 – Anàlisi de la situació sanitària. 2314 – Administració de medicació endovenosa (e.v.). 3160 – Aspiració de les vies aèries. 2880 – Coordinació preoperatòria. 2870 – Cures post-anestesia. 6610 – Identificació de riscos. 6680 – Monitorització de signes vitals.

*En l'annex 3 es pot trobar per la lletra, l'escala pertinent per a valorar adequadament l'Indicador dels criteris de resultat.

ANNEX 3

48 Primera parte NOC: desarrollo, perfeccionamiento y uso en la práctica, investigación y enseñanza

Tabla 2-3 ESCALAS PRINCIPALES DE MEDICIÓN UTILIZADAS EN LA NOC

Letra de la escala	Escala			Escala y resultados asociados	
	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
a					
	DEFINICIÓN: Grado de deterioro de la salud o el bienestar				
	Adaptación del prematuro		Bienestar personal	Memoria	
	Ambular		Cognición	Movilidad	
	Ambular: silla de ruedas		Comunicación	Movimiento coordinado	
	Apetito		Comunicación: expresiva	Nivel de autocuidado	
	Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)		Comunicación: receptiva	Orientación cognitiva	
	Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)		Concentración	Posición corporal: autoiniciada	
	Autocuidados: baño		Descanso	Realización de transferencia	
	Autocuidados: comer		Elaboración de la información	Salud espiritual	
	Autocuidados: higiene		Estado de comodidad	Salud física del cuidador principal	
	Autocuidados: higiene bucal		Estado de comodidad: entorno	Tolerancia de la actividad	
	Autocuidados: medicación no parenteral		Estado de comodidad: sociocultural	Toma de decisiones	
	Autocuidados: medicación parenteral		Forma física		
	Autocuidados: uso del inodoro		Función esquelética		
	Autocuidados: vestir				
b					
	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
	DEFINICIÓN: Grado de desviación de una norma o estándar establecido				
	Adaptación del recién nacido		Estado nutricional: energía	Movimiento articular: dedos	
	Control de peso		Maduración física: femenina	Movimiento articular: hombro	
	Crecimiento		Maduración física: masculina	Movimiento articular: muñeca	
	Envejecimiento físico		Movimiento articular	Movimiento articular: pasivo	
	Estado de la función sensorial		Movimiento articular: cadera	Movimiento articular: rodilla	
	Estado fetal: durante el parto		Movimiento articular: codo	Movimiento articular: tobillo	
	Estado fetal: prenatal		Movimiento articular: columna vertebral	Nivel de glucemia	
	Estado nutricional		Movimiento articular: cuello	Signos vitales	
	Estado nutricional: determinaciones bioquímicas				
f					
	Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado	Completamente adecuado
	DEFINICIÓN: Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado				
	Ambiente seguro del hogar		Lactancia materna: destete	Preparación antes del procedimiento	
	Ejecución del rol		Mantenimiento de la lactancia materna	Protección del abuso	
	Establecimiento de la lactancia materna: lactante		Preparación del cuidador principal domiciliario	Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos	
	Establecimiento de la lactancia materna: materna		Preparación para un desastre en la comunidad	Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectos	
	Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos			Resistencia del papel de cuidador	
	Estado nutricional: ingestión de nutrientes			Respuesta ante un desastre en la comunidad	
				Soporte social	
g					
	Mayor de 10	7-9	4-6	1-3	Ninguno
	DEFINICIÓN: Número de presentaciones				
	Caidas		Fugas		
i					
	Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso
	DEFINICIÓN: Rango sobre el que se extiende una entidad				
	Cese de la desatención		Recuperación tras el abuso: económico		
	Cese del abuso		Recuperación tras el abuso: físico		
	Estado de recuperación del abuso				

N = 38
N = 25
N = 17
N = 2
N = 5
(Continúa)

Tabla 2-3 ESCALAS PRINCIPALES DE MEDICIÓN UTILIZADAS EN LA NOC (Cont.)

	<i>Nunca positivo</i>	<i>Raramente positivo</i>	<i>A veces positivo</i>	<i>Frecuentemente positivo</i>	<i>Siempre positivo</i>
<i>k</i>	DEFINICIÓN: Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación Autoestima Imagen corporal				
			Relación entre el cuidador principal y el paciente		
					N = 3
<i>l</i>	<i>Muy débil</i>	<i>Débil</i>	<i>Moderado</i>	<i>Intenso</i>	<i>Muy intenso</i>
	DEFINICIÓN: Grado de intensidad Creencias sobre la salud Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar			Creencias sobre la salud: percepción de recursos Orientación sobre la salud	
			Creencias sobre la salud: percepción de amenazas Creencias sobre la salud: percepción de control		
					N = 6
<i>m</i>	<i>Nunca demostrado</i>	<i>Raramente demostrado</i>	<i>A veces demostrado</i>	<i>Frecuentemente demostrado</i>	<i>Siempre demostrado</i>
	DEFINICIÓN: Frecuencia de aclarar por informe o conducta Aceptación: estado de salud Adaptación a la discapacidad física Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario Afrontamiento de los problemas de la familia Afrontamiento de problemas Apoyo familiar durante el tratamiento Atención al lado afectado Autocontrol de la agresión Autocontrol de la ansiedad Autocontrol de la conducta abusiva Autocontrol de la depresión Autocontrol de la diabetes Autocontrol de la enfermedad cardíaca Autocontrol de los impulsos Autocontrol del impulso suicida Autocontrol del miedo Autocontrol del pensamiento distorsionado Autocuidado de la ostomía Autogestión de los cuidados Automanejo de la esclerosis múltiple Autonomía personal Capacidad personal de recuperación Clima social de la familia Conducta de abandono del consumo de alcohol Conducta de abandono del consumo de drogas Conducta de abandono del consumo de tabaco Conducta de adhesión Conducta de adhesión: dieta saludable Conducta de aumento de peso Conducta de búsqueda de la salud Conducta de compensación auditiva Conducta de compensación visual Conducta de cumplimiento: dieta prescrita Conducta de cumplimiento: medicación prescrita Conducta de fomento de la salud Conducta de la salud maternal en el parto Conducta de mantenimiento del peso Conducta de pérdida de peso			Conductas de vacunación Conservación de la energía Control de la automutilación Control de las convulsiones Control de náuseas y vómitos Control de síntomas Control del dolor Control del riesgo Control del riesgo: cáncer Control del riesgo: consumo de alcohol Control del riesgo: consumo de drogas Control del riesgo: consumo de tabaco Control del riesgo: deterioro auditivo Control del riesgo: deterioro visual Control del riesgo: embarazo no deseado Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual (ETS) Control del riesgo: exposición al sol Control del riesgo: hipertermia Control del riesgo: hipotermia Control del riesgo: proceso infeccioso Control del riesgo: salud cardiovascular Cuidado de los hijos: seguridad física del adolescente Cuidado de los hijos: seguridad física del lactante y del preescolar Cuidado de los hijos: seguridad física en la primera y segunda infancia Cuidado de los hijos: seguridad psicosocial Desarrollo infantil: 1 mes Desarrollo infantil: 2 meses Desarrollo infantil: 4 meses Desarrollo infantil: 6 meses Desarrollo infantil: 12 meses Desarrollo infantil: 2 años Desarrollo infantil: 3 años	Desarrollo infantil: 4 años Desarrollo infantil: 5 años Desarrollo infantil: adolescencia Desarrollo infantil: segunda infancia Detección del riesgo Ejecución del rol de los padres Esperanza Funcionamiento de la familia Funcionamiento sexual Habilidades de interacción social Identidad Identidad sexual Implicación social Integridad de la familia Lazos afectivos padres-hijos Modificación psicosocial: cambio de vida Motivación Muerte digna Normalización de la familia Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional Participación en actividades de ocio Participación en juegos Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria Preparación para el alta: vida independiente Prevención de la aspiración Rendimiento de los mecanismos corporales Resistencia familiar Resolución de la aflicción Riesgo de tendencia a las fugas

Tabla 2-3 ESCALAS PRINCIPALES DE MEDICIÓN UTILIZADAS EN LA NOC (Cont.)

<i>m</i>	<i>Nunca demostrado</i> Conducta de prevención de caídas Conducta del cumplimiento Conducta sanitaria prenatal Conducta terapéutica: enfermedad o lesión Conductas de seguridad personal	<i>Raramente demostrado</i>	<i>A veces demostrado</i>	<i>Frecuentemente demostrado</i>	<i>Siempre demostrado</i>	N = 104
<i>n</i>	<i>Grave</i> DEFINICIÓN: Grado de un estado o respuesta negativo o adverso Consecuencias de la adicción a sustancias psicoactivas Dolor: respuesta psicológica adversa Factores estresantes del cuidador familiar Náuseas y vómitos: efectos nocivos Nivel de agitación Nivel de ansiedad Nivel de confusión aguda Nivel de depresión Nivel de estrés Nivel de hiperactividad Nivel de malestar	<i>Sustancial</i>	<i>Moderado</i> Nivel de miedo Nivel de miedo: infantil Reacción transfusional sanguínea Respuesta alérgica: localizada Respuesta alérgica: sistémica Severidad de la infección Severidad de la infección: recién nacido Severidad de la lesión física	<i>Leve</i> Severidad de la pérdida de sangre Severidad de la sobrecarga de líquidos Severidad de la retirada de sustancias Severidad de la soledad Severidad de las náuseas y los vómitos Severidad de los síntomas Severidad de los síntomas: perimenopausia Severidad de los síntomas: síndrome premenstrual (SPM) Severidad del sufrimiento	<i>Ninguno</i>	N = 28
<i>r</i>	<i>Escasa</i> DEFINICIÓN: Grado de proximidad a un estado deseado Competencia social Control del riesgo social: enfermedad crónica Control del riesgo social: enfermedad transmisible	<i>Justa</i>	<i>Buena</i> Control del riesgo social: exposición al plomo Control del riesgo social: violencia Estado de salud de la comunidad	<i>Muy buena</i> Estado de salud de la comunidad: inmunidad Nivel de violencia social	<i>Excelente</i>	N = 8
<i>s</i>	<i>No del todo satisfecho</i> DEFINICIÓN: Grado de percepción de expectativas positivas Bienestar del cuidador principal Bienestar personal Calidad de vida Satisfacción del paciente/usuario Satisfacción del paciente/usuario: acceso a los recursos asistenciales Satisfacción del paciente/usuario: asistencia funcional Satisfacción del paciente/usuario: aspectos técnicos del cuidado Satisfacción del paciente/usuario: comunicación	<i>Algo satisfecho</i>	<i>Moderadamente satisfecho</i> Satisfacción del paciente/usuario: continuidad de los cuidados Satisfacción del paciente/usuario: control de Satisfacción del paciente/usuario: cuidado físico Satisfacción del paciente/usuario: cuidado psicológico Satisfacción del paciente/usuario: cuidados Satisfacción del paciente/usuario: cumplimiento de las necesidades culturales	<i>Muy satisfecho</i> Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza Satisfacción del paciente/usuario: entorno físico Satisfacción del paciente/usuario: gestión de casos Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor Satisfacción del paciente/usuario: protección de sus derechos Satisfacción del paciente/usuario: seguridad	<i>Completamente satisfecho</i>	N = 20
<i>u</i>	<i>Ningún conocimiento</i> DEFINICIÓN: Grado de información cognitiva que se comprende Conocimiento: actividad prescrita Conocimiento: conducta sanitaria Conocimiento: conservación de la energía Conocimiento: control de la diabetes Conocimiento: control de la enfermedad cardíaca Conocimiento: control de la hipertensión Conocimiento: control de la infección Conocimiento: control del consumo de sustancias Conocimiento: cuidado de la ostomía	<i>Conocimiento escaso</i>	<i>Conocimiento moderado</i> Conocimiento: cuidado de los hijos Conocimiento: cuidados del lactante	<i>Conocimiento sustancial</i>	<i>Conocimiento extenso</i>	N = 42

(Continúa)

Tabla 2-3 ESCALAS PRINCIPALES DE MEDICIÓN UTILIZADAS EN LA NOC (Cont.)

<i>u</i>	<i>Conocimiento sustancial</i> Conocimiento: cuidados del recién nacido pretérmino Conocimiento: cuidados en la enfermedad Conocimiento: dieta Conocimiento: embarazo Conocimiento: fomento de la fertilidad Conocimiento: fomento de la salud Conocimiento: funcionamiento sexual Conocimiento: funcionamiento sexual durante el embarazo y el puerperio Conocimiento: lactancia materna Conocimiento: manejo de la artritis Conocimiento: manejo de la depresión Conocimiento: manejo de la esclerosis múltiple Conocimiento: manejo de la insuficiencia cardíaca congestiva	<i>Conocimiento extenso</i> Conocimiento: manejo del asma Conocimiento: manejo del cáncer Conocimiento: manejo del dolor Conocimiento: manejo del peso Conocimiento: mecanismos corporales Conocimiento: medicación Conocimiento: parto y alumbramiento Conocimiento: prevención de caídas Conocimiento: prevención del embarazo	<i>Conocimiento: procedimiento terapéutico</i> Conocimiento: proceso de la enfermedad Conocimiento: recursos sanitarios Conocimiento: reducción de la amenaza de cáncer Conocimiento: régimen terapéutico Conocimiento: salud materna en el puerperio Conocimiento: salud materna en la preconcepción Conocimiento: seguridad física infantil Conocimiento: seguridad personal	N = 42
----------	---	---	--	--------