

6. ANEXOS:

Orientaciones para la categorización de los niveles de intensidad terapéutica, diagnóstica y de monitorización que es aconsejable establecer antes del ingreso de pacientes en UCI.

El ingreso de pacientes en UCI debe ser potencialmente reversible y con previsible ventaja para los mismos en cuanto al tratamiento, frente a otras formas y lugares de terapia. Este ingreso está motivado por la necesidad de beneficiarse de alguna de estas dos formas especiales de asistencia (**Tabla 36**):

- a. Tratamiento intensivo
- b. Monitorización intensiva

Los pacientes que requieren tratamiento intensivo siempre necesitan monitorización intensiva, sin embargo, pacientes que precisen monitorización intensiva pueden o no, necesitar tratamiento intensivo.

TABLA 36. FORMAS ESPECIALES DE ASISTENCIA EN UCI.	
TRATAMIENTO Y MONITORIZACION INTENSIVA	
Tratamiento Intensivo	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento artificial del eje faringo - laringo - traqueal. • Ventilación mecánica invasiva o no. • Aspiración de secreciones traqueales más de dos veces por turno de enfermería. • Perfusión continua de vasodilatadores con monitorización intraarterial de la presión arterial o de la presión capilar pulmonar. • Perfusión continua de vasoconstrictores con monitorización intraarterial de la presión arterial. • Perfusión continua de inotrópicos con monitorización de presiones de llenado o gasto cardíaco. • Fluidoterapia mayor de 250 mL/ h durante más de 12 horas. • Infusión de sodio a una concentración mayor o igual al 3% o de potasio a más de 15 mEq/h durante más de una hora. • Empleo de métodos de depuración extrarrenal o plasmaseparación en situaciones agudas. • Inducción de coma farmacológico.
Monitorización Intensiva	<ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales cada tres horas o menos. • Control del nivel de consciencia cada tres horas o menos. • Control horario de la diuresis. • Control electrocardiográfico continuo. • Control electroencefalográfico continuo. • Control continuo de la presión intracraneal y presión de perfusión cerebral. • Vigilancia de drenajes cada tres horas o menos. • Controles metabólicos cada tres horas o menos. • Vigilancia continua de la pulsioximetría.

Fuente: Elaboración propia

La necesidad de estas atenciones especiales nos puede orientar para establecer niveles de prioridad a la hora de tomar decisiones sobre el ingreso de pacientes críticos en UCI (**Tabla 37**). Todo ello con una llamada de atención y sin perder la consideración de que no priman sobre la valoración y evaluación individualizada e integral de cada paciente concreto, y que no cierran la posibilidad de contemplar otras actuaciones sanitarias de las que puede beneficiarse un determinado paciente crítico en su ingreso en UCI.

TABLA 37. NIVELES DE PRIORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y/O MONITORIZACIÓN INTENSIVA DE PACIENTES CRÍTICOS

NIVELES DE INTENSIDAD TERAPÉUTICA Y DE MONITORIZACIÓN INTENSIVA

Nivel I

- Pacientes que requieren tratamiento intensivo claro. Son pacientes con procesos vitales potencialmente reversibles, que necesitan atención urgente e intervención médica continua, no pudiendo ser tratados fuera del ámbito de la UCI.

Nivel II

- Pacientes que requieren vigilancia o monitorización continua:
 - II-a: Pacientes con un daño mayor reciente, pero con estabilidad fisiológica relativa y que precisan atención intensiva de Enfermería (trauma, hemorragias, IAM inestable con arritmias, etc.).
 - II-b: Pacientes estables con alto riesgo de desarrollar complicaciones vitales (IAM en fase aguda, pancreatitis severa, intoxicados, etc.).
 - II-c: Pacientes estables con baja probabilidad de desarrollar complicaciones pero que si ocurren, suponen un peligro vital (ciertos postoperatorios, etc.).

Nivel III

- Pacientes en situación aguda, con enfermedad subyacente avanzada que en conjunto reducen las posibilidades de recuperación y beneficio de un tratamiento en UCI (neoplasia complicada, enfermedad cardiopulmonar avanzada descompensada, etc.).

Nivel IV

- Pacientes no incluidos en los grupos anteriores, que son admitidos por motivos no clínicos tales como:
 - Deseo del médico/a que atiende al paciente, o de la familia en relación con falta de medios en planta.
 - Problemas sociales.
 - Problemas médico - legales.

Fuente: Elaboración propia

Modelo para la elaboración de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en la LET.

Se sugieren a continuación los diagnósticos enfermeros que pueden establecerse en un proceso de LET, los criterios de resultados (NOC), que como instrumentos de valoración de las necesidades de cuidados orienten las intervenciones que deberían realizarse para conseguir los objetivos propuestos, como orientación para la organización del PAE (**Tabla 38**).

TABLA 38. POSIBLES DIAGNÓSTICOS, INTERVENCIONES Y OBJETIVOS A TENER EN CUENTA AL ELABORAR UN PAE EN LA LET ^{89, 90}		
DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
Dominio 6. AUTOPERCEPCIÓN		
Riesgo de baja autoestima situacional (00153) Baja autoestima situacional (00120)	1204. Equilibrio emocional. 1302. Afrontamiento de problemas. 1205. Autoestima. 1702. Creencias sobre salud: percepción de control.	4920. Escucha activa. 7560. Facilitar visitas. 5470. Apoyo emocional. 5400. Potenciación de la autoestima. 5390. Potenciación de la conciencia de sí mismo.
Riesgo de soledad (00054)	1204. Equilibrio emocional. 1203. Severidad de la soledad.	5470. Apoyo emocional. 7560. Facilitar visitas. 7170. Facilitar la presencia de la familia.
Dominio 7. ROL / RELACIONES		
Cansancio del rol de cuidador (00061)	2204. Relación entre cuidador principal y paciente. 2507. Salud física del cuidador principal. 2506. Salud emocional del cuidador principal.	7040. Apoyo al cuidador principal. 7110. Fomentar la implicación familiar. 7120. Movilización familiar. 5370. Potenciación de roles.
Procesos familiares disfuncionales (00063)	2600. Afrontamiento de los problemas de la familia. 2602. Funcionamiento de la familia. 0906. Toma de decisiones. 2609. Apoyo familiar durante el tratamiento.	7100. Estimulación de la integridad familiar. 7110. Fomento de la implicación familiar. 4410. Establecimiento de objetivos comunes. 5250. Apoyo en toma de decisiones. 5020. Mediación de conflictos. 7150. Terapia familiar.
Disposición para mejorar los procesos familiares (00159)	2600. Afrontamiento de los problemas de la familia. 2609. Apoyo familiar durante el tratamiento. 2605. Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional	7040 / 7140. Apoyo al cuidador principal/familia. 5270. Apoyo emocional. 5250. Apoyo en la toma de decisiones. 5820. Disminución de la ansiedad. 4920. Escucha activa. 7100. Estimulación de la integridad familiar. 7560. Facilitar las visitas. 7110. Fomentar la implicación familiar.

Dominio 9. AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS		
Duelo (00136)	1302. Afrontamiento de problemas. 1307. Muerte digna.	7040 / 7140. Apoyo al cuidador principal/familia 4920. Escucha activa. 5270. Apoyo emocional 5340. Presencia. 5290. Facilitar el duelo.
Riesgo de duelo complicado (00172)	1304. Resolución de la aflicción.	
Ansiedad ante la muerte (00147)	1300. Aceptación: estado de salud. 1307. Muerte digna. 1402. Control de la ansiedad. 1206. Deseo de vivir.	5820. Disminución de la ansiedad. 6482. Manejo ambiental: confort. 5470. Apoyo emocional. 5420. Apoyo espiritual. 5424. Facilitar la práctica religiosa 5260. Cuidados en la agonía.
Temor (00148)	1404. Autocontrol del miedo. 1704. Creencias sobre salud: percepción de amenaza. 1210. Nivel del miedo.	4920. Escucha activa. 5470. Apoyo emocional. 6160. Intervención en casos de crisis. 5380. Potenciación de la seguridad.
Negación ineficaz (00072)	1803. Conocimiento: proceso de la enfermedad. 1300. Aceptación: estado de salud. 2103. Severidad de los síntomas. 1402. Autocontrol de la ansiedad.	4920. Escucha activa. 5470. Apoyo emocional. 5240. Asesoramiento. 5230. Aumentar el afrontamiento. 4820. Orientación de la realidad.
Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)		5270. Apoyo emocional 5250. Apoyo en la toma de decisiones 5230. Aumentar el afrontamiento 5820. Disminución de la ansiedad
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar (00075)	1300. Aceptación: estado de salud. 1302. Afrontamiento de problemas. 2600. Afrontamiento de los problemas de la familia. 2211. Ejecución del rol de padres.	5424. Facilitar la práctica religiosa 7560. Facilitar las visitas 7040 / 7140. Apoyo al cuidador principal/familia 5270. Apoyo emocional 5250. Apoyo en la toma de decisiones 5230. Aumentar el afrontamiento 5820. Disminución de la ansiedad 4920. Escucha activa 7100. Estimulación de la integridad familiar 7110. Fomentar la implicación

		familiar.
Afrontamiento familiar incapacitante (00073)	2600. Afrontamiento de los problemas de la familia. 2609. Apoyo familiar durante el tratamiento	7040 / 7140. Apoyo al cuidador principal/familia. 5270. Apoyo emocional. 5250. Apoyo en la toma de decisiones. 5820. Disminución de la ansiedad. 4920. Escucha activa. 7100. Estimulación de la integridad familiar. 5230. Aumentar el afrontamiento. 7110. Fomento de la implicación familiar.
Afrontamiento familiar comprometido (00074)		
Afrontamiento ineficaz (00069)	1302. Afrontamiento de problemas. 1300. Aceptación: estado de salud. 0906. Toma de decisiones.	5230. Aumentar el afrontamiento. 5390. Potenciación de la conciencia de sí mismo. 4640. Ayuda para el control del enfado. 5820. Disminución de la ansiedad. 4920. Escucha activa. 5270. Apoyo emocional.
Afrontamiento defensivo (00071)		
Deterioro generalizado del adulto (00101)	0300. Autocuidados AVD. 0900. Cognición. 0208. Movilidad. 0802. Signos vitales. 0503. Eliminación urinaria. 0501. Eliminación intestinal. 1101. Integridad tisular.	1800. Ayuda al autocuidado. 5260. Cuidados en la agonía. 6482. Manejo ambiental: confort. 0180. Manejo de la energía. Manejo de la medicación (2380)/nutrición (1100)/líquidos-electrolitos (2080)/ sedación (2260)/presiones (3500)/ dolor (1400) /intestinal (0430) 1850. Mejorar el sueño. 2620. Monitorización neurológica. 3350. Monitorización respiratoria.
Dominio 10. PRINCIPIOS VITALES	1302. Afrontamiento de problemas. 2011. Estado de comodidad: psicoespiritual. 2001. Salud espiritual. 1307. Muerte digna.	5480. Clarificación de valores. 5300. Facilitar la expresión de sentimiento de culpa. 5230. Aumentar el afrontamiento. 5250. Apoyo en toma de
Riesgo de sufrimiento espiritual Sufrimiento espiritual (00066)		

<p>Sufrimiento moral (00075)</p>	<p>1700. Creencias sobre salud. 2000. Calidad de vida. 2003. Severidad del sufrimiento.</p>	<p>decisiones. 5420. Apoyo espiritual. 5470. Apoyo emocional. 5424. Facilitar la práctica religiosa.</p>	
<p>Conflicto de decisiones (00083)</p>	<p>1614. Autonomía personal. 0906. Toma de decisiones.</p>	<p>5250. Apoyo en la toma de decisiones. 5820. Disminución de la ansiedad. 4920. Escucha activa. 7100. Estimulación de la integridad familiar.</p>	
<p>Disposición para mejorar la toma de decisiones (00184)</p>	<p>1614. Autonomía personal. 0906. Toma de decisiones. 2605. Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.</p>	<p>7040 / 7140. Apoyo al cuidador principal/familia. 5250. Apoyo en la toma de decisiones. 5820. Disminución de la ansiedad. 4920. Escucha activa. 7100. Estimulación de la integridad familiar. 7110. Fomentar la implicación familiar.</p>	
<p>Dominio 12. CONFORT</p>			
<p>Dolor agudo (00132)</p>	<p>1605. Control del dolor. 2100. Nivel de comodidad. 2012. Nivel del dolor. 2008. Estado de comodidad. 0003. Descanso. 1302. Afrontamiento de problemas. 1304. Resolución de la aflicción.</p>	<p>1400. Manejo del dolor 6482. Manejo ambiental: confort 2260. Manejo de la sedación. 2300. Administración de medicación/analgésicos Manejo de la medicación (2380)/nutrición (1100)/líquidos-electrolitos (2080)/ sedación (2260)/presiones (3500)/ dolor (1400) /intestinal (0430) 2300.</p>	
<p>Dolor crónico (00133)</p>			
<p>Disconfort (00214)</p>			<p>5260. Cuidados en la agonía 4920. Escucha activa 6482. Manejo ambiental: confort 1850. Mejorar el sueño.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de taxonomía estandarizada enfermera (Nanda, NOC, NIC)