

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD Y REPOSO PRESENTADO POR UNA PACIENTE TRAS CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN DEL MIOCARDIO. ESTUDIO DE UN CASO

Autores

Carvalho Sousa VE* , Nóbrega Fortes A** , De Oliveira Lopes MV***

*Alumna de enfermería de la Universidad Federal de Ceará (Brasil).

**Alumna del curso de Master en Enfermería de la Universidad Federal de Ceará (Brasil).

***Doctor en Enfermería. Profesor Adjunto del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Ceará (Brasil).

Resumen

Las enfermedades cardiovasculares afectan varias necesidades humanas de manera que, al recurrir a servicios especializados, los pacientes presentan una serie de respuestas, sobretodo cuando están sometidos a la intervención quirúrgica. Basado en esto, se desarrolló un estudio de caso de un paciente sometido a cirugía de revascularización del miocardio ingresado en la Unidad de enfermería de un hospital de la ciudad de Fortaleza-Ceará (Brasil), con el objetivo de evaluar las respuestas humanas y los factores que concurren para la alteración de las necesidades específicas de esta paciente. Los datos fueron recolectados por medio de formulario con datos sobre signos y síntomas, del examen físico del paciente y de la consulta al prontuario. Para la designación de los diagnósticos enfermeros se utilizó la Taxonomía II de la NANDA, específicamente la áreas relacionadas al Dominio 4 – Actividad / Reposo. Los diagnósticos enfermeros identificados fueron: Deterioro de la movilidad física, Intolerancia a la Actividad, Retraso en la recuperación quirúrgica, Déficit del Autocuidado: baño / higiene y Déficit del autocuidado: uso del WC. Se concluyó que las respuestas humanas se relacionaron con la dificultad en movilizarse, la falta de conocimiento en cuanto al valor de la actividad, a la resistencia cardiovascular limitada, al reposo prolongado en la cama, a la falta de motivación, a la debilidad o cansancio y a las barreras ambientales.

Palabras clave: Diagnósticos enfermeros, Cirugía cardíaca, Estudio de caso.

NURSING DIAGNOSES IN A PATIENT SUBMITTED TO THE SURGICAL INTERVENTION. CASE STUDY

Abstract

The cardiovascular diseases affect several human needs so that, when resorting for specialized services, the patients present one series of responses, above all when submitted to the surgical intervention. With base in this, it developed a case study of a patient submitted to myocardial revascularization surgery put into hospital in the Fortaleza city-Ceará (Brazil), with the goal of to evaluating the human responses and the factors that ran for the alteration of the specific needs of this patient. The data were collected by means of form with data about signals and symptoms, of the physical exam and of the consultation to records. For the nursing diagnoses nomination was used Taxonomy II of NANDA, specifically related to Domain 4 – Activity / Rest. The nursing diagnoses identified were: Impaired physical mobility, Activity intolerance, Delayed surgical recovery, Bathing/hygiene self-care deficit and Toileting self-care deficit. It was concluded that the human responses related with the reluctance in move itself, to the knowledge lack regarding the activity value, to the limited cardiovascular resistance, to the prolonged rest in bed, to the motivation lack, to the weakness or weariness and to the environmental barriers.

Key words: Nursing diagnoses, Cardiac surgery, Case study.

Dirección para correspondencia

Marcos Venícios de Oliveira Lopes. Doctor en Enfermería. Profesor adjunto del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Ceará, Brasil.
Correo electrónico: marcos@ufc.br

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) reciben gran atención en diversas publicaciones, al igual que en la práctica de los profesionales de la salud, dado su índice elevado en la morbilidad y mortalidad. Este hecho ha sido atribuido, principalmente, al contexto de las sociedades modernas, donde existe una exposición cada vez mayor a los riesgos asociados a las enfermedades cardiovasculares.

En base a la notificación de las ECV, las estadísticas apuntan que en los Estados Unidos de América, se dan sobre unos 6 a 16 millones de casos de angina y una incidencia de 150.000 nuevos casos al año. En Brasil, existen cerca de 900.000 brasileños con angina de pecho y unos 18.000 nuevos casos de la enfermedad por año, con una proporción de 30 casos de angina para cada caso de infarto agudo del miocardio¹.

De toda la población que acude a los servicios de emergencia a causa de dolor torácico, más de la mitad no poseen enfermedad coronaria isquémica aguda. Sin embargo, muchos pacientes reciben el alta de los servicios de emergencia sin diagnóstico de síndrome isquémico miocárdico inestable, siendo portadores de enfermedad coronaria, lo que indica una deficiencia importante en los servicios de salud².

El dolor anginoso se caracteriza por la presencia de dolor o incomodidad en la región precordial o retroesternal, descrita como sensación de peso o de presión sobre el esternón. Éste puede irradiarse o no y su duración media es de 3 a 5 minutos, siendo desencadenada por esfuerzo físico o situaciones de estrés y que disminuye con el reposo y la administración de medicamentos específicos³.

Los factores de riesgo que predisponen a las enfermedades cardiovasculares pueden ser clasificados en hábitos de vida, susceptibilidad innata e historia familiar de enfermedad cardiovascular, además de factores predictores aterogénicos activos⁴.

En los casos más graves, los pacientes necesitan someterse a cirugía de revascularización del miocardio. La asistencia de enfermería en este periodo incluye desde la valoración clínica hasta el alta hospitalaria. En la valoración, son obtenidas las informaciones sobre los síntomas y actividades del paciente, sobretodo aquéllos que preceden y presentan la crisis de dolor anginoso. El enfermero evalúa el dolor anginoso, los

factores de riesgo para la enfermedad coronaria, la respuesta del paciente al dolor, la comprensión del diagnóstico por parte del paciente y la familia, y la adhesión al plan de tratamiento actual. Aliando los datos de la evaluación al tratamiento prescrito, son identificados los diagnósticos enfermeros para ser posteriormente trabajados, por medio de la planificación y de la intervención enfermera⁵.

Considerando que los pacientes sometidos a cirugía, que poseen este tipo de enfermedad, necesitan cuidados específicos, es importante la sistematización de estas acciones e intervenciones, utilizando para ello el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)⁶.

En este trabajo enfatizaremos nuestro interés en el diagnóstico de enfermería, que constituye la segunda fase dentro del PAE. En el día a día, la fase de diagnóstico enfermero es percibida como una tarea dificultosa por exigir, del profesional de enfermería, habilidades y conocimientos teórico-prácticos profundos, que garanticen los cuidados de calidad y centrados en las necesidades específicas del paciente⁷.

Estudios relacionados con la identificación de diagnósticos enfermeros en pacientes cardíacas, utilizando como referencia la Taxonomía de la NANDA, muestran una prevalencia importante de los diagnósticos del Dominio 4 – actividad y reposo⁸. De ahí, que el presente estudio tuviera como objetivo evaluar las respuestas humanas y los factores que concurrieron para la alteración de las necesidades relacionadas con este dominio actividad / reposo de una paciente con diagnóstico de angina inestable sometida a cirugía de revascularización miocárdica.

Material y métodos

Se trata de un estudio de un caso, técnica en la cual es realizada un análisis intensivo de una situación particular, de la cual son realizadas inferencias y conclusiones. En este tipo de investigación, el objeto de estudio es tratado como único, una representación singular de la realidad que es multidimensional e históricamente situada⁹. Se profundiza en el estudio en determinada realidad, permitiendo una mayor familiaridad con relación al hecho y se describe posteriormente las conclusiones encontradas, conforme a su objetivo¹⁰.

El estudio fue llevado a cabo en agosto de 2005, con una paciente con angina inestable, sometida a tratamiento quirúrgico de revascularización del miocardio. La institución elegida fue un hospital privado, de la ciudad de Fortaleza, Ceará (Brasil), específicamente en una unidad asistencial cardiológica.

La institución dispone de 44 camas en total, entre unidades de hospitalización y Unidades de Terapia Intensiva. Posee servicio de emergencia, ambulatorios, terapia intensiva y centro quirúrgico, contemplando

cirugía de emergencia, electiva, trasplante y cirugía pediátrica, además de disponer de procedimientos como cateterismo cardíaco, angioplastia e implantes de marcapaso.

Para la recogida de datos, se aplicó un formulario específico y examen físico de la paciente. El formulario constó de ítems que abordaban el Dominio 4 – Actividad / Reposo, bien como las respectivas clases presentadas en la Taxonomía II de la NANDA.

Anteriormente a la recogida de datos, la paciente fue informada acerca del objetivo de nuestro estudio, del uso de las informaciones obtenidas, y de la seguridad del anonimato, dando ésta su conformidad y autorización para su participación en el presente trabajo.

Observación clínica

Características personales:

Nombre: C.T.N; Edad: 66 años; Sexo: femenino; Estado Civil: viuda; Ocupación: ama de casa; Naturaleza: Pentecoste; Procedencia: Fortaleza, Ceará; Religión: evangélica; Utiliza Medicación: Ácido Acetilsalicílico, Clorhidrato de Ranitidina, Atenolol, Enalapril, Amilodipina, Hidroclorotiazida, Enoxaparina, Paracetamol y Bromuro de Ipratropio; Etnia: morena; Motivo de ingreso: cirugía de revascularización del miocardio; Problemas de relación con la familia: no presenta.

Examen físico:

Aspecto general: paciente alerta, consciente, orientada y cooperativa. Expresión facial denotando apatía y cansancio, pero se presenta bien humorada. Físicamente se encuentra bien nutrida y la piel presenta buena coloración e hidratación regular. Signos vitales: Tª: 36°C; PAS/PAD: 144/82 mm de Hg; Frecuencia respiratoria: 21 rpm; Frecuencia cardíaca: 66 lpm; IMC: 28,5; Cabeza: conformación craneana, ojos, oídos y pelos presentan aspectos normales. Boca: mucosa oral y lengua sin alteraciones. Utiliza prótesis dental; Garganta: presenta leve hiperemia; Cuello: exhibe leve distensión de la vena yugular; Tórax: expansión normal, profundidad y duración de la inspiración/expiración normal, sin dificultad respiratoria; Miembros superiores: conformación, aspecto de la piel, movilidad y sensibilidad normales; Abdomen: se presenta poco distendido, con ruidos intestinales y piel normales; Miembros inferiores: sensibilidad y movilidad normales con discreto edema bilateral (+/4+). La paciente deambula sin apoyo, sin embargo refiere cierta disminución en la movilidad física con relación a su estado anterior al ingreso; Informaciones adicionales: la paciente refiere que es diabética e hipertensa, y que seguía la prescripción médica en casa, sin embargo no seguía dieta alimentaria controlada. Negó hábito tabaquico y etilismo. Refiere sedentarismo. En el hospital sigue control nutricional y fisioterapia.

Diagnósticos Enfermeros:

La señora C.T.N, es una paciente de 66 años de edad, que se encontraba en el período postoperatorio de cirugía de revascularización miocárdica, presentando recuperación progresiva. La Tabla 1 presenta los diagnósticos enfermeros, características definidoras y factores relacionados identificados. Los hallazgos están relacionados a una situación parecida a la de la mayoría de los pacientes pos-quirúrgicos, es decir, a la larga permanencia en la cama, a la dificultad de moverse, a la deshidratación, además del estrés vivenciado y en la internación propiamente dicha.

Otro punto importante a ser considerado es la propia reducción del suministro sanguíneo, que concurre para diversos problemas al interferir directamente en la capacidad funcional del miocardio durante las actividades, lo que puede persistir como secuela tras el tratamiento.

Recogimos relatos de dificultad para deambular y una disminución en la velocidad de la marcha (andar claudicante), probablemente debido a la dificultad en movilizarse. Según nos comenta la paciente, hubo dificultad para comprender el valor de la actividad a causa del lenguaje utilizado por el equipo de salud, hecho que, en conjunto con el miedo de perjudicar la cicatrización posquirúrgica, fue importante para el diagnóstico presentado.

Visualizamos que el bajo nivel de escolarización presentado por la paciente (semi-analfabeta), se constituyó en una barrera importante en la comunicación, pues la paciente relató dificultad para comprender las instrucciones del equipo, y que su interacción fue perjudicada por esta limitación.

Con relación al diagnóstico *Intolerancia a la actividad*, su origen estuvo asociado a la dificultad en la movilización, lo que ha conducido a una larga permanencia en la cama. Además, el proceso patológico y el estilo de vida sedentario, facilitaron su presentación, toda vez que además la paciente relató no realizar actividades físicas anteriores a su ingreso.

Otro diagnóstico identificado fue el de *Déficit del autocuidado: baño/higiene*. El posible estímulo focal para este diagnóstico fue la existencia de barreras ambientales, visto que el cuarto de baño no poseía apoyos, dejando la paciente insegura y dependiente del auxilio de un acompañante para ayudarse y supervisión durante la actividad (clasificación funcional 2, presentada en la NANDA).

El diagnóstico de *Retraso en la recuperación quirúrgica* fue identificado a través de la observación de que todavía en el noveno día postoperatorio, se observaban algunas dificultades ya presentes en los primeros días posintervención, además de los relatos de dificultad en ejecutar las actividades que aportarían para el bienestar de la paciente.

Discusión

El cuidado a pacientes sometidos a la cirugía de revascularización demanda atención especial de los profesionales de enfermería, toda vez que éstos actúan constantemente junto a ellos en la búsqueda de su pronta recuperación. Para proporcionar resultados satisfactorios al paciente es necesario, por tanto, una participación sustancial de enfermería al evaluar individualmente, identificar diagnósticos enfermeros y plantear planes y metas conducentes en cada caso en particular.

Existen pocos estudios abordando datos estadísticos consistentes en cuanto a la angina inestable y a la cirugía de revascularización, lo cual es sorprendente, particularmente cuando se considera el importante número de ingresos hospitalarios por angina inestable en los servicios de cardiología. Además, el riesgo de muerte durante el período de ingreso en ese grupo de pacientes puede alcanzar del 5% al 10%¹¹. El número de estudios científicos abordando diagnósticos enfermeros es aún menor, lo que indica la importancia de incrementar las publicaciones científicas enfermeras en este campo.

Los ancianos con síndrome isquémico miocárdico inestable, comúnmente presentan un perfil de riesgo distinto al de los jóvenes, presentando una mayor prevalencia de alteraciones cardiocirculatorias. En contrapartida, presentan niveles menos elevados de colesterol y menor prevalencia de tabaquismo. En la mayoría de las veces, el anciano busca la consulta médica más tardíamente tras el inicio de los síntomas, lo que puede agravar la situación clínica y aumentar su estancia intrahospitalaria¹².

En cuanto al *Deterioro de la movilidad física*, se comprende que movilidad e inmovilidad pueden ser contempladas sociológica, psicológica y funcionalmente. Se cree que las enfermeras han manejado las necesidades de movilidad de pacientes, incorporando el uso de la taxonomía de los diagnósticos enfermeros, sin embargo el conocimiento para apoyar este diagnóstico aún no se ha desarrollado completamente¹³. Podemos plantear una relación entre la deficiencia apuntada en el estudio de Oullet & Rush¹³ y el presente trabajo en cuanto a la observación de los factores que condujeron al diagnóstico en nuestro estudio de caso. Es importante decir que la inmovilidad no ha sido contemplada con éxito durante la asistencia, donde se comprueba que en el período en el que el paciente fue evaluado, hubo carencia en cuanto a un abordaje diferencial de sus necesidades.

La *Intolerancia a la actividad* es puesta como resultado de la falta de motivación en la secuencia de una inmovilización prolongada o de una patología cardiorrespiratoria, incluyendo las coronarias, vasculares periféricas, arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca

congestiva y otras que reducen la oxigenación de los tejidos y, por consiguiente, la tolerancia a los esfuerzos, siendo esperado que una persona con intolerancia a la actividad presente o venga a presentar alteraciones en la movilidad y que una persona con problemas de movilidad pueda desarrollar la intolerancia¹⁴. La paciente estudiada se encuadra en esta caracterización, una vez que presentó ambos diagnósticos ya citados, y se ha sometido a un período de inmovilización prolongado asociado al tratamiento de una cardiopatía, siendo esta inmovilización la probable etiología del problema.

En cuanto al diagnóstico *Retraso en la recuperación quirúrgica*, fue encontrado solamente un artículo que contemplaba el tema, lo que indica la necesidad de ampliar las investigaciones sobre este diagnóstico. En un estudio realizado con 103 ancianos atendidos en ambulatorio, el diagnóstico fue detectado en un 4% de los pacientes¹⁴. En el presente estudio, es posible destacar el alargamiento de días postoperatorios además del normal necesario para la recuperación de la movilidad, que contribuye a un período de ingreso mayor y una dependencia creciente del paciente en cuanto a la realización de actividades y del autocuidado.

El diagnóstico *Déficit en el autocuidado* ha sido contemplado constantemente en investigaciones de Enfermería. Un estudio de validación para las características definitorias de 10 de los diagnósticos más frecuentes en el área hospitalaria fue realizado en una investigación con 76 enfermeras¹⁵. En otro estudio, fueron evaluados 148 registros de enfermería en la ciudad de Nueva York, considerando la lista de características definitorias de la NANDA para los seis diagnósticos enfermeros más frecuentes¹⁶. Los estudios sobre diagnósticos incluyen, entre otras, las alteraciones en el confort, tales como: *Dolor*, *Déficit del autocuidado* y *Deterioro de la movilidad física*. Comparándose los resultados de éstos dos grandes estudios, la conclusión es que algunas características definitorias críticas aún no habían sido contempladas por la NANDA (concordancia del 69%)¹⁷.

En un estudio semejante, se evaluaron diagnósticos en una base de datos computarizada, detectando la asociación de las características definidoras más frecuentes en el ambiente hospitalario con el diagnóstico *Déficit del autocuidado: baño/higiene*. Hubo que destacar principalmente la "incapacidad para lavarse el cuerpo o partes del cuerpo" y secundariamente la "incapacidad de obtener o llegar a la fuente de agua"¹⁸. Estos datos son semejantes a los presentados por la paciente estudiada, que relató temor en esforzarse durante el baño y de ahí poder causar daño a la herida quirúrgica.

Finalmente, es importante considerar una posible

relación entre los diagnósticos *Déficit del autocuidado* y *Deterioro de la movilidad física*. En un estudio desarrollado para examinar la validación de las medidas de diagnósticos enfermeros, fueron detectadas correlaciones significativas entre *Déficit del autocuidado/Movilidad perjudicada* en los pacientes evaluados por un equipo de especialistas¹⁸. El presente estudio de caso también indica tal relación, dado que la dificultad para realizar la higiene corporal e íntima presentada, está relacionada con la dificultad general para moverse, contribuyendo simultáneamente al diagnóstico de *Deterioro de la movilidad física*. Una explicación posible es que la inmovilidad sea un factor etiológico que aporta para el establecimiento de *déficit del autocuidado*.

Conclusiones

Los resultados se refieren a la evaluación de un paciente ingresado tras la cirugía de revascularización del miocardio. Relacionando las respuestas humanas

fueron encontrados los diagnósticos contemplando el Dominio 4 – actividad / reposo de la NANDA a continuación: *Deterioro de la movilidad física*, *Intolerancia a la actividad*, *Retraso en la recuperación quirúrgica*, *Déficit del autocuidado: baño/higiene* y *Déficit del autocuidado: uso del WC*.

A pesar de ser un estudio desarrollado con solamente un paciente, fue posible contemplar diversos aspectos del contexto de la aplicación del proceso de enfermería, bien como reforzar la importancia de la interacción enfermero-paciente de forma individual y personalizada para la detección de las necesidades humanas básicas afectadas.

Por fin, comprendemos que este estudio remite a la importancia de la intervención precoz en el cuidado de pacientes quirúrgicos, tanto en la rehabilitación como en la prevención, y que la implementación de cuidados se presenta eficiente si hay una investigación profunda y detenida en el paciente y sus especificidades, implicando por tanto en la necesidad de investigaciones en el área de diagnósticos enfermeros.

TABLA 1. Diagnósticos enfermeros, características definitorias y factores relacionados detectados.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
Deterioro de la movilidad física	Cambios en la marcha: velocidad de marcha disminuida; Lentitud de movimientos.	<i>Dificultad en empezar el movimiento;</i> <i>Falta de conocimiento en cuanto al valor de la actividad;</i> <i>Resistencia cardiovascular limitada.</i>
Intolerancia a la actividad	Alteraciones electrocardiográficas reflejando isquemia; Relato verbal de debilidad.	<i>Reposo en la cama o inmovilidad;</i> <i>Estilo de vida sedentario.</i>
Retraso en la recuperación quirúrgica	Dificultad para moverse.	
Déficit del autocuidado: baño / higiene	Incapacidad de lavarse el cuerpo o partes del cuerpo; coger los objetos para el baño; secar el cuerpo; entrar y salir del baño.	<i>Motivación disminuída o falta de motivación;</i> <i>Debilidad o cansancio;</i> <i>Barreras ambientales.</i>
Déficit del autocuidado: uso del WC	Incapacidad para realizar o completar por sí mismo las actividades del uso del WC.	<i>Barreras ambientales;</i> <i>Debilidad o cansancio;</i> <i>Motivación disminuída;</i> <i>Capacidad de transferencia perjudicada.</i>

Referencias

- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes de Doença Coronariana Crônica Angina Estável. Arq Bras Cardiol. 2004; 83(2):6-31.
- Fonseca LAM, Laurenti R. Epidemiologia das Cardiopatias nas Últimas Duas Décadas: Dados Internacionais e Dados Brasileiros. En: Giannini SD, Forti N, Diamant J. (Org.). Cardiologia Preventiva: prevenção primária e secundária. São Paulo: Atheneu. 2000. p. 3 - 8.
- Ribeiro ALP. Estratégias Diagnósticas na Angina de Peito. Rev Med Minas Gerais. 2000; 10(1):22-7.
- Silva SS. Angina Pectoris Instável: Perfil de Clientes de uma Instituição Privada [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo/USP; 2003.
- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
- Paiva GS. Respostas humanas identificadas em pacientes con Infarto Agudo del Miocardio ingresados en una Unidad de Terapia Intensiva. Enferm Cardiol. 2005;11(36):22-27.
- Fortes NA, Silva VM, Lopes MVO. Problemas de adaptación fisiológica en personas con angina. Cul Cuid. 2006;10(19):87-92.
- Bressan F. O Método do Estudo de Caso. São Paulo: Universidade de São Paulo/USP; 2000.
- Leopardi MT. Metodologia da Pesquisa na Saúde. Florianópolis: UFSC; 2002.
- Passos LCS, Lopes AA, Costa U, Lobo N. Diferença de Letalidade Hospitalar da Angina Instável entre Homens e Mulheres. Arq Bras Cardiol. 1999;72(6):669-72.
- Nicolau JC, Cesar LAM, Timerman A, Piegas LS, Marin-Neto, JA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2001;77(2):3-23.
- Oullet LL, Rush KL. A Synthesis of Selected Literature on Mobility: A Basis for Studying Impaired Mobility. Nurs Diagnosis. 1992;3(2):72-80.
- Araújo LAO, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem do Padrão Mover em Idosos de uma Comunidade Atendida pelo Programa Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(1): 53-61.
- Metzger, KL, Hiltunen EF. Diagnostic content validation of ten frequently reported nursing diagnoses. En: Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of 7th Conference of the North American Nursing Diagnosis Association. 1987;144-52.
- Levin RF, Krainovitch BC, Bahrenburg E, Mitchell CA. Diagnostic content validity of nursing diagnoses. Nurs Scholarship. 1989;21(1): 40-9.
- Chang BL. Nursing Diagnosis and Construct Validity of Pain, Self-Care Deficit and Impaired Mobility. Int J Nurs Stud. 1995; 32(6):556-67.
- Mckeighen RJ, Mehmert PA. Bathing/Hygiene Self-Care Deficit: Defining characteristics and related factors across Age Groups and Diagnosis-Related Groups in an Acute Setting. Nurs Diagnosis. 1990;1(4):155-61.