



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo

Silvia Alejandra Ruiz Arias

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería con Profundización en Cuidado Crítico
Bogotá. Colombia
2018

Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo

Silvia Alejandra Ruiz Arias

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Enfermería con profundización en cuidado crítico

Directora:

Mg. Ximena Sáenz Montoya

Grupo de Investigación:

Urgencias y Cuidado Crítico

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Maestría en Enfermería con Profundización en Cuidado Crítico

Bogotá. Colombia

2018

Dedicatoria

Así que no miramos las dificultades que ahora vemos; en cambio, fijamos nuestra vista en cosas que no pueden verse. Pues las cosas que ahora podemos ver pronto se habrán ido, pero las cosas que no podemos ver permanecerán para siempre (2 Corintios: 4:18).

A Dios, por darme una nueva oportunidad cada día.

A la Virgen María y a los Ángeles, por ser mi compañía.

A mi familia, mi abuelita, mis padres, mis hermanos y mi sobrinita, por ser mi fuente de inspiración, motivación y felicidad; por su comprensión, porque cerca o lejos sé que siempre puedo contar con ellos y, especialmente, por todo el tiempo en que he estado ausente, durante los mejores y no tan buenos momentos.

Especialmente, a mi madre, por su apoyo incondicional, por sus palabras de aliento, motivación y fortaleza; por estar ahí siempre, día y noche, y ser la mejor madre del mundo.

Agradecimientos

A Dios, por darme fuerza, fe, esperanza, confianza, voluntad, paciencia, persistencia y, ante todo, perseverancia para seguir adelante cada día.

A mi familia, a mi abuelita, mi madre, padre y hermanos por su amor, paciencia, comprensión y apoyo incondicional a pesar de la distancia y por todos los momentos en los cuales no he estado presente y especialmente a mi sobrinita Sofi, quien nos ha enseñado una lección de vida y quien apenas empieza a vivir.

A los pacientes y a las familias que se encuentran al final de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo, porque son la razón de ser de este plan de cuidado de enfermería.

A mi tutora, Ximena Sáenz Montoya, por su tiempo, dedicación, entrega, paciencia, ayuda, apoyo, colaboración, disposición y compromiso constante durante cada asesoría; por su formación, conocimiento y, ante todo, por su calidad humana, imprescindibles para la realización del presente trabajo de grado.

A los docentes del programa de Maestría de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, por todos los aportes brindados en cada clase, práctica y asesoría durante este proceso de formación posgradual.

A la docente Cándida Rosa Castañeda, de la Universidad de Caldas, por acompañar y fortalecer mi proceso de formación durante el pregrado y el posgrado, desde el conocimiento y la calidad humana.

A Yardley Nayibe Vallejo Forero, Secretaria de Posgrados del Área Curricular de Enfermería, por su constante apoyo y acompañamiento durante la maestría.

Al programa *LEA en la UN*, por las clases, asesorías y apoyo respectivo.

A la señora Indira del Carmen Vergara Izquierdo, referencista de la Biblioteca Central Gabriel García Márquez, de la Universidad Nacional de Colombia, por su paciencia, ayuda, colaboración y disposición durante el proceso de búsquedas bibliográficas.

Al servicio de Obtención de Documentos de la Biblioteca Central Gabriel García Márquez, por el apoyo durante el proceso de búsquedas bibliográficas.

Al Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos (*Proyecto HUCI España: bendita locura*) y a la Fundación Humanizando los Cuidados Intensivos (FHUCI, Colombia), al doctor Augusto Arturo Arias Antun, anestesiólogo, intensivista de la Clínica Norte y docente de la Fundación Universitaria Ciencias de la Salud (FUCS), por sus valiosos aportes y experiencias en el cuidado al final de la vida en la UCI.

Al Hospital Universitario Nacional de Colombia (HUNC), por permitir a futuro la aplicación del presente trabajo de grado, como premisa de “Humanización en la UCI”.

A todas las personas que de una u otra forma han contribuido a que este sueño se hiciera realidad.

Resumen

Introducción: Las UCI son unidades especializadas para la atención de personas en estado crítico de salud. Sin embargo, no todos los pacientes que ingresan son susceptibles de recuperación y muchos de estos experimentan la última etapa de la vida en estas unidades. El cuidado de enfermería se da desde el origen hasta el final de la vida. Esta etapa requiere de preparación por parte de los enfermeros para brindar cuidados acordes con las necesidades del paciente y su familia. En estos momentos tan trascendentales de la vida, es necesario preservar la dignidad y el respeto ante todo, proporcionando comodidad, bienestar y alivio del sufrimiento y facilitando la presencia de los familiares. La presente propuesta, enmarcada desde la perspectiva teórica de Ruland y Moore, representa un aporte significativo a la praxis de enfermería en la Unidad de Cuidado Intensivo.

Objetivo General: Diseñar un plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo, desde la perspectiva teórica del *Final tranquilo de la vida*, de Ruland y Moore.

Metodología: Se diseña un plan de cuidado de enfermería para el paciente que se encuentra al final de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), según los conceptos de experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los seres queridos, desde la perspectiva teórica de Ruland y Moore. El plan de cuidado se elabora de acuerdo a la revisión de la literatura científica, la estructura del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y las interrelaciones de las taxonomías NNN: North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC).

Resultados: Se realizó una revisión integrada de la literatura considerando los siguientes criterios de inclusión: paciente adulto al final de la vida en la UCI; artículos en español, inglés y portugués, publicados en bases de datos reconocidas en salud y revistas indexadas. Criterios de exclusión: paciente pediátrico y adolescente. Las bases de datos consultadas fueron: Academic Search Complete (EBSCO), Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Dialnet, Embase, Medline (EBSCO), Ovid Nursing, Pubmed, Redalyc, Science Direct, SciELO y Wiley Online Library, así como libros relacionados con el tema de interés y literatura gris. Se obtuvieron 448 piezas científicas, de las cuales se seleccionaron 62 artículos. De acuerdo con los criterios de inclusión, se construyó una

base de datos en el programa Microsoft Excel®, en la cual se clasificaron los artículos seleccionados. Posterior al análisis, se obtuvieron las siguientes temáticas: *Cuidado de enfermería; Cuidado paliativo; Final tranquilo de la vida; Cuidado intensivo y Familia del paciente crítico*. En relación con los hallazgos de la literatura científica sobre los cuidados al final de la vida en la UCI, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y las interrelaciones de la taxonomía NANDA, NIC y NOC, se procedió a diseñar el Plan de cuidado de enfermería para el paciente que se encuentra al final de la vida en la UCI, a partir de los conceptos *Experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores*, desde la perspectiva teórica de Ruland y Moore.

Conclusiones: Es necesario fortalecer la formación de los profesionales de la salud en relación con los cuidados al final de la vida tanto en la Academia como en las instituciones de salud. Es imprescindible incluir los cuidados paliativos intensivos, la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y el uso del lenguaje estandarizado (NANDA, NIC y NOC). Se debe integrar la teoría, la investigación y la práctica de Enfermería. El plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI constituye una herramienta de gran utilidad para el profesional de enfermería sensible y consciente del valor que tiene proporcionar cuidados dirigidos a preservar la dignidad humana. Debe ser individualizado según la condición y las necesidades de cada paciente y su familia y representar un aporte para la puesta en práctica de los conceptos de *Experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores* que contribuyen al logro del final tranquilo de la vida, como lo plantean Ruland y Moore en su teoría descriptiva de mediano rango.

Palabras Claves: Planes de Atención en Enfermería; Cuidados Paliativos al Final de la Vida; Teoría de Enfermería; Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) (fuente: DeCS, BIREME y MeSH Terms).

Abstract

Introduction: ICUs are specialized units for caring for critically ill patients. However, not all patients admitted are susceptible to recovery and many of them experience their end-of-life stage in these units. Nursing care is given since the beginning to the end of life. This stage requires preparation by nursing professionals to provide caring according to patient and family needs. In those difficult times of life, it is necessary to keep dignity and respect by providing comfort, well-being and suffering relief, facilitating the presence of family members. This proposal, framed from the Ruland and Moore's theoretical perspective, represents a significant contribution to nursing practice in the Intensive Care Unit.

Objective: To design a Nursing Care Plan for end-of-life patient who has been in Intensive Care Unit, in accordance with Ruland and Moore's theory of the peaceful end of life.

Methodology: A nursing care plan is designed for end-of-life patient who has been Intensive Care Unit (ICU), according to the dignity, respect and closeness concepts derived from Ruland and Moore's theoretical perspective. The plan of care is developed based on a scientific literature review, the Nursing Care Process (NPM) structure, and the interrelationships of the NNN taxonomies: North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC), and Nursing Outcomes Classification (NOC).

Results: An integrative review was performed considering the following inclusion criteria: end-of-life adult patient who has been in ICU; Spanish, English and Portuguese articles, published indexed health databases and journals. Exclusion criteria were pediatric and adolescent patient. The databases consulted were as follows: Academic Search Complete (EBSCO), Virtual Health Library (VHL), Dialnet, Embase, MedLine (EBSCO), Ovid Nursing, Pubmed, Redalyc, Science Direct, SciELO and Wiley Online Library, as well as books related to the topic of interest and grey literature. A total of 448 scientific articles were obtained, of which 62 were selected. According to the inclusion criteria, a database was built in the Microsoft Excel® program, in which the selected articles were classified. After completing the analysis, the following topics were obtained: *Nursing Care; Palliative Care; Peaceful End of Life; Intensive Care; and Critically Ill Family Patients*. In relation to the findings of the scientific literature on end-of-life care in the ICU, the Nursing Care Process (NPM) and the interrelationships of the NANDA, NIC and NOC

taxonomy. Nursing Care Plan for or end-of-life patient who has been Intensive Care Unit (ICU) was designed based on *Experience of Dignity and Respect* and *Proximity of Relatives, and Loved Ones and/or Caregivers* concepts, derived from Ruland and Moored and and/or Care who has .

Conclusions: It is necessary to strengthen health professionals training according to end-of-life care both in the Academy and in health institutions. It is imperative to include intensive palliative care, the application of the Nursing Care Process (NPM) and the use of standardized language (NANDA, NIC and NOC). Nursing theory, research and practice must be integrated. The ICU's end-of-life nursing care plan is a very useful tool for the sensitive and value-conscious nurse practitioner in providing care aimed at preserving human dignity. It should be individualized according to the condition and needs of each patient and their family and represent a contribution to the implementation of the concepts of the experience of dignity and respect and closeness of those close to them, loved ones and/or caregivers who contribute to the achievement of the peaceful end-of-life, as proposed by descriptive theory of mid-range Ruland and Moore.

Key words: Patient Care Planning; Hospice Care; Nursing Theory; Intensive Care Units (ICU) (source: DeCS, BIREME and MeSH Terms).

Contenido

	Pág.
Resumen	IX
Abstract	XI
Lista de figuras	XV
Lista de cuadros	XVI
Lista de tablas	XVI
Lista de símbolos y abreviaturas	1
Introducción	2
1. Capítulo I: Marco referencial	5
1.1 Área temática	5
1.2 Planteamiento del problema.....	6
1.3 Justificación.....	10
1.3.1 Significancia social.....	11
1.3.2 Significancia teórica.....	13
1.3.3 Significancia profesional.....	14
1.4 Problema de Investigación.....	16
1.4.1Pregunta de investigación.....	16
1.5 Objetivos.....	16
1.5.1 Objetivo general.....	16
1.5.2 Objetivos específicos.....	16
2. Capítulo II: Marco conceptual	17
2.1 Plan de cuidado de enfermería	17
2.2 Unidad de Cuidado Intensivo (UCI).....	20

2.3 Final tranquilo de la vida.....	20
2.3.1 Experiencia de dignidad y respeto.....	22
2.3.2 Proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores.....	22
3. Capítulo III: Marco teórico	23
3.1 Panorama epidemiológico.....	23
3.2 Panorama legislativo.....	25
3.3 Código Lila.....	27
3.4 Teoría del <i>Final tranquilo de la vida</i> de Ruland y Moore.....	30
3.5 Proceso de Atención de Enfermería (PAE).....	37
3.5.1 Objetivos del PAE.....	39
3.5.2 Utilidad del PAE.....	39
3.5.3 Ventajas del PAE.....	40
3.5.4 Características del PAE.....	40
3.5.5 Etapas del PAE.....	41
3.6 Taxonomía NANDA, NIC y NOC (NNN).....	42
3.6.1 North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).....	42
3.6.2 Nursing Interventions Classification (NIC).....	43
3.6.3 Nursing Outcomes Classification (NOC).....	44
3.6.4 Interrelación NANDA, NIC y NOC.....	45
4. Capítulo IV: Marco de Diseño	47
4.1 Diseño del plan de cuidado.....	47
4.2 Consideraciones éticas.....	48
5. Capítulo V: Resultados	51
5.1 Búsqueda y selección de la literatura científica.....	51
5.2 Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI.....	58
5.3 Mapa conceptual: Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, desde el concepto de Experiencia de dignidad y respeto, de Ruland y Moore.....	63

5.4 Mapa conceptual: Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, desde el concepto de proximidad de los seres queridos, allegados y/o cuidadores, de Ruland y Moore.....82

6. Capítulo VI: Conclusiones, recomendaciones y limitaciones.....97

6.1 Conclusiones..... 97

6.2 Recomendaciones..... 101

6.3 Limitaciones.....103

Referencias... 104

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1: Modelo de promoción de muerte tranquila.....	21
Figura 2: Relaciones entre los conceptos de la teoría del final tranquilo de la vida, de Ruland y Moore.....	33
Figura 3: Diagrama de flujo PRISMA.....	57
Figura 4: Mapa conceptual: Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, desde el concepto de experiencia de dignidad y respeto, de Ruland y Moore.....	9

Figura 5: Mapa conceptual: Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, desde el concepto de proximidad de los seres queridos, allegados y/o cuidadores, de Ruland y Moore.....95

Lista de cuadros

Cuadro 1: Estructura Conceptual-Teórica y Empírica (E-CTE). Jaqueline Fawcett.....35

Cuadro 2: Identificación del metaparadigma de enfermería. Jaqueline Fawcett35

Cuadro 3: Descriptores y tesauros usados para las búsquedas en las bases de datos del SINAB.53

Cuadro 4: Estrategia de búsqueda en bases de datos del SINAB.....56

Lista de tablas

Pág.

Tabla 1: Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, desde la perspectiva teórica de Ruland y Moore, a partir de los conceptos <i>experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores</i>	62
---	----

Lista de símbolos y abreviaturas

Abreviaturas

ABREVIATURA	TERMINO
ACFV	Adecuación de los Cuidados al Final de la Vida
AET	Adecuación del Esfuerzo Terapéutico
CAV	Cuidados al Final de la Vida
CL	Código Lila
CP	Cuidados Paliativos
EBE	Enfermería Basada en la Evidencia
ENT	Enfermedades No Transmisibles
EOLC	Cuidados de Final de Vida
EOLD	Decisiones de Fin de Vida
FFV	Fase Final de la Vida
HUCI	Humanizando los Cuidados Intensivos (Proyecto HUCI)
LET	Limitación del Esfuerzo Terapéutico
LTSV	Limitación de Tratamiento de Soporte Vital
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Outcomes Classification
NOC	Nursing Interventions Classification
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Proceso de Atención de Enfermería
RET	Reorientación del Esfuerzo Terapéutico
RWF	Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos de la <i>Robert Wood</i>
SINAB	Sistema Nacional de Bibliotecas
SUD	Situación de Últimos Días
TFTV	Teoría del Final Tranquilo de la Vida
UCI	Unidad de Cuidado Intensivo
UMI	Unidad de Medicina Intensiva
HUNC	Hospital Universitario Nacional de Colombia

Introducción

La vida implica la muerte y como proceso es necesario ubicar en un extremo la vida y en el otro la muerte (1)

La enfermería es una ciencia, una disciplina y una profesión, cuyo objeto de estudio es el “cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana” (2) y la persona objeto de cuidado debe ser entendida como un ser biopsicosocial, cuya familia juega un papel fundamental. El cuidado de enfermería se brinda desde el origen de la vida hasta el final de la misma, por lo que el contexto del cuidado durante la última etapa de la vida también debe ser primordial y relevante en la Unidad de Cuidado Intensivo.

Los profesionales del área de la salud y en nuestro caso de enfermería deben estar realmente preparados para abordar al paciente y a su familia en el difícil e inevitable momento durante la última etapa de la vida en la UCI. La finalidad principal es brindar un cuidado humanizado y lograr un final tranquilo de la vida, como lo plantean Ruland y Moore en su teoría predictiva de mediano rango.

Teniendo en cuenta la literatura científica consultada, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y las interrelaciones de la taxonomía NANDA, NIC y NOC, se propone diseñar un plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), a partir de los conceptos de *experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores*, según la perspectiva teórica de Ruland y Moore.

La última etapa de la vida en la UCI hace parte ineludible de la práctica diaria del cuidado de enfermería. Según Monzón et al., “la muerte de un paciente es un hecho frecuente en la UCI, numerosas publicaciones sugieren que el tratamiento al final de la vida de los pacientes críticos y la atención a las necesidades de sus familiares están lejos de ser adecuados”. Este mismo estudio encontró varios casos de limitación de los pacientes que padecen de enfermedades mortales y “la comunicación del personal sanitario con el paciente y su familia sobre el tratamiento al final de la vida fue deficiente, el costo del tratamiento acabó con los ahorros de toda la vida de algunas familias y la mitad de los

pacientes en los últimos tres días de su vida sufrieron dolor de moderado a grave”. Además los autores observaron que las intervenciones para establecer una mejor comunicación con el paciente y tratar su dolor no fueron exitosas, pues “existen numerosas barreras que dificultan el cuidado del enfermo al final de su vida” (3).

De acuerdo con la literatura de consulta, existen diversas guías de práctica clínica de cuidados paliativos y recomendaciones para el cuidado del paciente y su familia al final de la vida en la UCI, sin embargo, no se encontraron planes de cuidado al final de la vida en la UCI que se elaboren desde el área específica de enfermería. Las existentes a nivel nacional e internacional, no son suficientes, ya que existe una brecha entre la teoría y la práctica, la utilización y la aplicación de las mismas, se encuentran lejanas de la realidad de la práctica diaria en la UCI, lo que se traduce en la necesidad de formular y diseñar un “Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI”.

En 1998 Ruland y Moore desarrolló la teoría predictiva de mediano rango *Final tranquilo de la vida*, pero actualmente carece de un instrumento o un indicador empírico específico que permita estudiar, valorar, medir o evaluar los cinco conceptos y sus interrelaciones, a saber: *Ausencia de dolor*, *Experiencia de bienestar*, *Experiencia de dignidad y respeto*, *Estar en paz y proximidad de los allegados*, *Seres queridos y/o cuidadores*. La operacionalización de la teoría a la práctica, se puede llegar a plantear desde el “Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI”, ya que representa un instrumento y una herramienta para el cuidado de enfermería en la UCI.

La elaboración y el diseño de un plan de cuidado de enfermería para pacientes adultos al final de la vida en el escenario de la UCI representa una herramienta organizada, sistemática y flexible que se fundamenta en el método científico. Permite brindar un cuidado holístico, humanizado e individualizado, facilitando la continuidad de los cuidados de enfermería al final de la vida. Además, concede un mayor acercamiento a las necesidades, problemas y fenómenos de interés de los pacientes, a las familias y al equipo multidisciplinario de salud. Para lo anterior, es preciso considerar el concepto *experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los allegados y/o cuidadores*, según la perspectiva teórica de Ruland y Moore.

El presente documento consta de seis capítulos: el primero de ellos corresponde al marco referencial, conformado por el área temática, el planteamiento del problema y la

justificación a partir de la significancia social, teórico-profesional, el problema de investigación, el objetivo general y los objetivos específicos.

El segundo capítulo se encuentra conformado por el marco conceptual, en el cual se definen los conceptos de plan de cuidado de enfermería, Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), final tranquilo de la vida, experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los allegados, seres queridos y cuidadores.

En el tercer capítulo se desarrolla el marco teórico, que presenta el panorama epidemiológico relacionado con las diferentes causas de mortalidad en la UCI, el panorama legislativo, el Código Lila, la teoría del *Final tranquilo de la vida* de Ruland y Moore, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y la taxonomía e interrelaciones North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), *Nursing Interventions Classification* (NIC) y *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

En el cuarto capítulo se expone el marco de diseño del plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, según las nociones *Experiencia de dignidad y respeto* y *Proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores*, desde la perspectiva teórica de Ruland y Moore. Así mismo, se desarrolla la revisión de la literatura científica, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), la taxonomía e interrelaciones North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), *Nursing Interventions Classification* (NIC) y *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y las consideraciones éticas.

En el quinto capítulo, se presenta el marco de resultados, conformado por el proceso de búsqueda y selección de la literatura científica y el plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI propuesto por el presente estudio.

Finalmente, en el sexto capítulo, se desarrollan las conclusiones, las recomendaciones y las limitaciones que surgieron para llevar a cabo el proceso de estructuración del presente trabajo.

1. Capítulo I: Marco Referencial

El presente trabajo final hace parte del Grupo de Investigación de Urgencias y Cuidado Crítico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. El campo de interés es el cuidado de enfermería al final de la vida del paciente adulto en estado crítico de salud hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), desde el planteamiento teórico del *Final tranquilo de la vida*, de Ruland y Moore, cuya base conceptual es la *Experiencia de dignidad y Respeto y la Proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores*.

1.1. Área temática

El área temática contextual para el trabajo en desarrollo es el cuidado de enfermería al final de la vida del paciente en estado crítico.

Fenómeno de estudio

Final tranquilo de la vida.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es el plan de cuidado de enfermería para un paciente al final de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), según los conceptos de *Experiencia de dignidad y Respeto y proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores*?

Título

Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo.

Grupo de Investigación

Grupo Académico de Urgencias y Cuidado Crítico.

1.2. Planteamiento del problema

La Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) representa un ambiente hostil para el paciente y su familia. Si bien son muy claros los criterios e indicaciones de ingreso, los objetivos terapéuticos y la finalidad del cuidado crítico, es necesario resaltar que existen situaciones, caminos y perspectivas que son diferentes e incluso antagónicas, y hacen parte de la existencia del ser humano y del cuidado: la vida y la muerte. Por tanto, en la UCI hay pacientes que realmente logran mejorar su proceso de salud-enfermedad y recuperar su calidad de vida, así como hay quienes, a pesar de todos los cuidados brindados, infortunadamente fallecen. Ahí nace la necesidad del cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, que debe ser manifestado con todos los criterios y estándares de calidad, seguridad y, ante todo, con humanismo. Debe lograrse dignificar al ser humano y permitir la cercanía y la proximidad de los seres queridos y cuidadores, situaciones y hechos para los cuales debe estar preparado el equipo multidisciplinario de salud, en especial, enfermería, con el fin de brindar los mejores cuidados y lograr el final tranquilo de la vida en la UCI.

El paciente crítico se define como “aquel que debido a alteraciones en una o varias de sus funciones vitales se encuentra en peligro inminente de perder la vida requiriendo continuos y coordinados cuidados de un grupo de profesionales y técnicos del área de la salud, quienes proveen desde su experticia clínica procesos terapéuticos y de vigilancia permanente, tendientes a restablecer en un corto tiempo el equilibrio vital requerido, evitando de esta manera el desencadenamiento de estados clínicos difícilmente reversibles” (4). Estos estados clínicos pueden llegar a ser *reversibles* o *irreversibles*, dependiendo de una gran cantidad de factores modificables y no modificables, tales como la edad, los antecedentes, los estilos de vida saludables y no saludables, los factores de riesgo, el proceso de salud-enfermedad, el tiempo de evolución, las complicaciones, las comorbilidades y otros factores asociados. La muerte en la UCI es una realidad muy común, que demanda formación y preparación del equipo multidisciplinario en salud para soportar y ayudar tanto al paciente como a la familia y contribuir asertivamente en los momentos difíciles que implica la última etapa de la vida de un ser querido.

Algunos pacientes, por un gran compromiso multisistémico y a pesar de todos los cuidados proporcionados y la utilización de la tecnología blanda, blanda-dura y dura de la UCI, no logran recuperar su estado de salud. Esto desencadena el final de la vida, pero enfermería debe mantenerse allí presente, día y noche, a cada instante al lado del paciente y su familia durante esta etapa. La persona y “el cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana” (2) son primordiales, lo que implica que las posibilidades de cuidado, las terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas y el proceso de salud-enfermedad incluyan los dos extremos: el nacer y el morir; la vida y la muerte. El final de la vida representa un problema potencial del cuidado cotidiano de la enfermería en la UCI, en este sentido, “La meta primordial del cuidado a la persona en estado crítico es proporcionar a los pacientes críticos un ambiente óptimo y especializado, con personal altamente calificado y entrenado para enfrentar con solvencia profesional, autonomía, calidad y calidez *los problemas reales y potenciales* que caracterizan a este grupo de pacientes” (2).

Según Saralegui *et al.*, “la mayoría de las muertes que se producen en cuidados intensivos están precedidas de una medida de *limitación de tratamiento de soporte vital* (LTSV). Uno de cada diez pacientes ingresados en UCI fallece y, en la mayoría de los casos (70-90%), su muerte es precedida por alguna medida de LTSV, bien sea no iniciar o retirar tratamientos. Una vez acordada la LTSV, el objetivo es aliviar los síntomas y proporcionar soporte emocional tanto al paciente como a sus familiares, para permitir una muerte acompañada, sin dolor, ni disnea y, en especial, sin sufrimiento. Los profesionales que atienden a los pacientes críticos tienen un doble compromiso con los ciudadanos: administrar los tratamientos y procedimientos necesarios para evitar la muerte y mantener una calidad de vida aceptable para los que sobreviven, al mismo tiempo que ser sensibles para identificar aquellos que no lograrán estos objetivos e integrar los *cuidados paliativos* como una parte esencial del trabajo, por lo que se necesita formación en este campo” (5).

“La coexistencia de *cuidados paliativos* (CP) y la *medicina intensiva* pudiera parecer contradictoria en un ámbito con tanto soporte tecnológico, como son las UCI, pero la atención integral al paciente crítico no puede concebirse actualmente si además de la prevención, diagnóstico, monitorización y tratamiento de los pacientes críticos, no se aplican unos adecuados cuidados paliativos (CP). No se trata de que los pacientes

ingresen en UCI para fallecer, se trata de hacer que ese 10% que muere lo haga en las mejores condiciones posibles” (5).

Los objetivos del cuidado crítico no deben ser ajenos al final de la vida y los cuidados paliativos. Por lo tanto, los profesionales de la salud, especialmente de enfermería, deben estar preparados para brindar cuidados humanizados y estar presentes al lado del paciente y su familia durante el difícil momento del final de la vida. Estos cuidados deben ser brindados con altos estándares de calidad y seguridad, con los cuales se propenda hacia el respeto por la dignidad humana y siempre se permita la proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores, con el fin de lograr un final tranquilo de la vida, tanto para el sujeto de cuidado como para su familia.

De acuerdo con Aguinaga *et al.*, “la muerte es todavía un *tema tabú* en nuestra cultura, aunque vivamos en medio de ella. Este hecho evidencia aún más la necesidad de revisar desde la academia nuestra relación con la muerte y con los moribundos. Siempre que se habla de muerte, las personas terminan evadiendo la conversación, intelectualizándola o minimizándola, hasta llegar a catalogarla como un evento ajeno, impersonal y lejano y, aunque no se quiera, se ponen barreras protectoras para no enfrentarla” (1), trascendencia que impacta aún más la cultura occidental, en comparación con la cultura oriental.

“Se acompaña poco a morir, se muere solitario muchas veces en lugares deshumanizados. La muerte del enfermo en un servicio de cuidado, llámese urgencias, unidad de cuidado intensivo o medicina interna, por mencionar algunos, es asumida por el equipo de salud como un fracaso, por eso muchos profesionales de la salud ruegan “para que no se muera en mi turno” y con ello mitigar miedos, temores, sufrimientos, dolores, dichas, desdichas y sensaciones de fracaso dentro de una práctica cotidiana” (1).

“Es el profesional de enfermería, quien debe resolver sus propios temores, creencias y convicciones frente a la muerte. Algunos tienen que luchar internamente contra la sensación de fracaso que ocasiona este hecho y todos tienen que vivir y experimentar sus propios dramas mortales o muertes por adelantado. Pero lo más cruel es que muchos profesionales de enfermería se tienen que enfrentar a la muerte con escasos conocimientos psicológicos, poco apoyo institucional y desconocimiento de técnicas y

estrategias terapéuticas de afrontamiento o de autoayuda” (1). La *tanatología* brinda diversas herramientas profesionales y humanas para el equipo multidisciplinario en salud, el paciente y su familia, necesarias para el cuidado al final de la vida, que va más allá de los cuidados biológicos, físicos, psicológicos, éticos, legales socio-culturales y espirituales.

“Cuando las enfermeras/os conocen el concepto de *muerte* desde las diferentes perspectivas disciplinarias, al igual que las diversas actitudes adoptadas por las personas frente a ella a través de la historia, son capaces de generar pensamientos que le permiten elaborar fantasías, miedos y temores ante la misma, reducir la ansiedad y comprender el significado de lo cotidiano, el mundo subjetivo y el encuentro diario con esa realidad llamada muerte, lo que les permite actuar más consciente y serenamente en sus acciones de cuidado durante la enfermedad, la agonía y la muerte, pues desarrollan mecanismos de autocontrol, estima, reflexión, restándole importancia a la instrumentalización de su quehacer” (1).

“La calidad de la atención al final de la vida, se define como el cuidado adecuado desde el punto de vista tanto humano como técnico, que se brinda al enfermo grave o en fase terminal antes de su fallecimiento. Dicho cuidado reúne los requisitos de seguridad, oportunidad, satisfacción de necesidades, resultados, indicadores y efectividad, así como un trato digno, con respeto, información adecuada y empatía. Estos son los lineamientos humanísticos para ofrecer atención con calidez y humanismo al final de la vida” (6).

“La ausencia de los cuidados básicos no puede convertirse en una eutanasia encubierta. El enfermo debe morir por su enfermedad, y nunca por falta de cuidados” (7).

“Existen teorías de enfermería relacionadas con cuidado paliativo que requieren mayor exploración y uso en el contexto local, de forma que puedan orientar la investigación en el área y el desarrollo de intervenciones que cualifiquen la práctica con evidencia de impacto sobre los usuarios y sus familias” (8).

“La teoría del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore expone la necesidad de proporcionar el mejor cuidado posible mediante el uso juicioso de la tecnología y de las medidas de bienestar, para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila” (8).

A partir del contexto del final tranquilo de la vida del paciente crítico en la UCI, surge la necesidad de plantear una propuesta de un plan de cuidado de enfermería basado en los conceptos de *Experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores*, desde la perspectiva teórica de Ruland y Moore, con el fin de brindar diversas herramientas de cuidado para el paciente adulto al final de vida y su familia, en la Unidad de Cuidado Intensivo.

1.3. Justificación

Aproximarnos a la interpretación de los sentimientos de la persona moribunda, de su familia y de los cuidadores profesionales o no, es una necesidad prioritaria, cuya satisfacción requiere preparación, autocontrol, disposición, comprensión, participación y sensibilidad para ejercer con grandeza y entereza lo que significa la enfermería: cuidar (1)

La última etapa de la vida es uno de los momentos más importantes, el cual con frecuencia ocurre en la Unidad de Cuidado Intensivo. Los profesionales de la salud, en este caso los enfermeros, deben estar preparados para brindar cuidados de acuerdo con las necesidades del paciente y su familia encaminados a preservar la dignidad y el respeto de la persona, garantizar la comodidad, el bienestar y aliviar el sufrimiento. De igual modo, es necesario permitir la presencia, el acompañamiento y la proximidad de los familiares durante la última etapa de la existencia del ser humano, lo cual es susceptible de alcanzar cuando se tiene la preparación académica, pero, más aún, la sensibilidad humana.

“El objetivo de mejorar la calidad de la atención al final de la vida, es aliviar el dolor emocional de los enfermos graves o en fase terminal y de sus familiares cuando el riesgo de la muerte está presente o es inminente, así como apoyar a los profesionales de la salud, que de alguna manera son afectados por la exposición constante al sufrimiento ante la muerte” (6).

“Cuando los tratamientos de soporte vital son considerados inútiles por el equipo sanitario, y hay acuerdo con el paciente o sus representantes sobre la Limitación de

Tratamiento de Soporte Vital (LTSV), el plan asistencial debe encaminarse a evitar el sufrimiento, respetar la dignidad de la persona enferma y prevenir o resolver los conflictos derivados de la toma de decisiones. Por tanto, los Cuidados Paliativos (CP) implican no solo la administración de medicamentos apropiados para aliviar el dolor o la disnea, sino también el acompañamiento por los familiares o allegados del paciente, la atención de sus necesidades y procurar un ambiente lo más cómodo posible evitando el ruido o las alarmas innecesarias. Se trata gradualmente de dar más importancia a los cuidados en lugar de los tratamientos o pruebas diagnósticas e incluir a los familiares en ese objetivo, no solo durante el acompañamiento en el proceso de morir, sino también con la atención al duelo una vez que el paciente fallece” (5).

Para sustentar la importancia de construir un plan de cuidado de enfermería para el paciente adulto que se encuentra durante la última etapa de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), desde la perspectiva teórica del *Final tranquilo de la vida* de Ruland y Moore, se presenta una aproximación a partir de las significancias social, teórica y profesional.

1.3.1 Significancia Social

Muchos de los catalogados como enfermos críticos acaban falleciendo. El objetivo de la medicina intensiva no es solo curar o mantener la vida para dar la oportunidad a la curación, sino procurar una muerte en paz, entendiéndolo por tal aquella que se produce sin dolor, ni sufrimiento (3).

La significancia social se hace relevante desde dos perspectivas diferentes: una a partir de los indicadores y estadísticas a nivel mundial, de Latinoamérica y de Colombia, que reflejan la mortalidad en cuidados intensivos; la otra, desde una perspectiva social que resalta la relevancia y trascendencia de la presencia, el acompañamiento y los cuidados brindados durante los últimos momentos de vida, los cuales son extensivos a la familia del paciente y deben ser evidenciados durante la comunicación, la interacción y la relación enfermero-paciente-familia.

“Existen altas tasas de mortalidad en la UCI. Estudios como *“Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos: la perspectiva de enfermería”*, muestra unas tasas de mortalidad en la UCI del 16% al 19%, por lo que es el área hospitalaria con mayor número de fallecimientos. Se estima que más del 50% de las muertes van precedidas por algún tipo de Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET). La atención en las UCI contempla la curación de los pacientes, y ha incorporado la prestación de cuidados al final de la vida (CAV) para garantizar una muerte digna” (9).

“Los cuidados paliativos e intensivos no son opciones mutuamente excluyentes sino que debieran coexistir y el equipo sanitario tiene la obligación de proporcionar tratamientos que alivien el sufrimiento que se origine de fuentes físicas, emocionales, sociales y espirituales” (3).

El enfermo y su familia conjuntamente son siempre la unidad a tratar y se debe tener presente que, para la familia, el poder ejecutar una tarea concreta en relación con el cuidado directo del enfermo es un elemento de disminución del impacto. Desde la enfermería, es de gran relevancia orientar y promover el cuidado participativo, el cual ofrece beneficios al paciente, al personal de la UCI y al mismo familiar. Se ha evidenciado que algunos miembros de la familia se encuentran interesados en atender al paciente, ya que esto aumenta la esperanza y permite tolerar la situación. El personal de enfermería debe permitir a los familiares involucrarse en los cuidados básicos siempre y cuando puedan y deseen ayudar (10).

“La etapa final de la enfermedad viene marcada por un deterioro muy importante del estado general indicador de una muerte inminente (horas, pocos días) que a menudo se acompaña de disminución del nivel de conciencia de las funciones superiores intelectuales, siendo una característica fundamental de esta situación el gran impacto emocional que provoca sobre la familia y el equipo terapéutico que puede dar lugar a crisis de claudicación emocional de la familia, siendo básica su prevención y, en caso de que aparezca, disponer de los recursos adecuados para resolverlas. No se debe olvidar, que a menudo, es la primera vez que la familia del enfermo se enfrenta a la muerte, por lo que necesariamente siempre se debe individualizar cada situación” (11).

El plan de cuidado de enfermería para el paciente adulto al final de la vida en la UCI, beneficia al paciente, a los familiares y al personal de salud, ya que representa una herramienta para proporcionar los cuidados necesarios para el paciente al final de la vida en la UCI, desde la experiencia de dignidad y respeto, facilita la proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores y permite que los profesionales de la salud estén más preparados para cuidar al paciente y acompañar a la familia durante dicho proceso tan difícil y ante todo permite lograr un final tranquilo de la vida en la UCI.

1.3.2 Significancia teórica

Importas porque tú eres tú. Importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo cuanto podamos no solo para ayudarte a morir en paz sino también para vivir hasta que mueras (12)

La teoría descriptiva de mediano rango del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore está conformada por cinco conceptos: *Ausencia de dolor, Experiencia de bienestar, Experiencia de dignidad y respeto, Estar en paz y tranquilidad y Proximidad de los seres queridos, allegados y/o cuidadores* (13). Es en este referente teórico que se enmarca el presente trabajo. El “Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI”, se estructuró teniendo en cuenta la elección de dos, de los cinco conceptos de la teoría del final tranquilo de la vida, de Ruland y Moore, los cuales son *experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores*, ya que existe un interés particular por preservar la dignidad humana hasta el último segundo de la existencia del ser humano, donde la familia desempeña un rol particular desde el inicio hasta el final de la vida, hecho que se resalta en la actualidad con base en el concepto de “UCI de puertas abiertas”, donde la restricción de las visitas, por fortuna ya está empezando a quedar en el pasado, pero aún hay mucho por trabajar por el paciente crítico y su familia, y más aún, en el difícil, pero inevitable contexto del final tranquilo de la vida. Por su parte, el concepto de ausencia de dolor, ya ha sido ampliamente estudiado, sin embargo, también hay mucho por hacer; los conceptos de ausencia de dolor, *experiencia de bienestar, estar en paz y tranquilidad*, también contribuyen a favorecer la experiencia de dignidad y respeto, y en conjunto, permiten lograr el final tranquilo de la vida.

Producto de la revisión de la literatura científica para diseñar el plan de cuidado que se propone, emergieron las siguientes temáticas: cuidado de enfermería, cuidado intensivo, cuidado paliativo, final tranquilo de la vida y familia del paciente crítico, las cuales junto con los conceptos de *Experiencia de dignidad y respeto* y *Proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores* de la Teoría, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), la taxonomía y el lenguaje estandarizado de enfermería y las interrelaciones NANDA, NIC y NOC, constituyen la base del diseño del plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo.

Después de la revisión exhaustiva de la literatura se evidenció la existencia de diferentes guías y recomendaciones para el cuidado del paciente y su familia al final de la vida en la UCI, sin embargo, no se encontraron planes de cuidado de enfermería específicos relacionados con el fenómeno de interés. La teoría de mediano rango, del final tranquilo de la vida, fue desarrollada por Ruland y Moore en 1998 y actualmente no cuenta con un instrumento o un indicador empírico específico que permita estudiar, valorar, medir, evaluar y operacionalizar los cinco conceptos o sus interrelaciones.

1.3.3 Significancia profesional

Humanizar el proceso de la muerte, dentro de la tecnificación presente en las UCI (5).

Durante la formación académica “existe en los profesionales de la salud en general y de enfermería en particular, una desproporción entre los conocimientos teórico-prácticos recibidos y la preparación en los aspectos humanos de la profesión” (1). De aquí se destaca la falta de preparación para el cuidado de enfermería entre la vida y la muerte.

“No se han incluido en la formación del médico, ni de la enfermera (que son los pilares de la atención en salud), los conocimientos necesarios para que puedan enfrentar, de la mejor manera posible, el difícil momento emocional de tener que presenciar el fallecimiento de un enfermo como un fenómeno inevitable y constante en su práctica cotidiana. Más aún, los programas de estudio no comprenden temas sobre la muerte, y mucho menos acerca de las emociones, las actitudes y los comportamientos humanos que afectan al paciente en fase terminal, a su familia y al personal profesional que les

brinda atención. Parece que se pretende ignorar este suceso tan importante, que entraña el movimiento de las emociones humanas en torno a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte” (6).

“En la actualidad, los cuidados en la UCI se realizan en un entorno de alta tecnología y complejidad, y es habitual que se orienten hacia la curación y la recuperación de los pacientes de manera prioritaria, y no a garantizar los cuidados en los momentos finales de la vida” (9).

“La ausencia de una cultura de atención hacia los Cuidados al final de la vida (CAV) en la UCI, podría traducirse en una carencia de valores éticos, humanos, sociales y espirituales en torno a una filosofía del cuidado terminal” (9).

El final de la vida es una realidad inherente del cuidado crítico: “Los profesionales deben ayudar a los pacientes a planificar los cuidados que requerirán al final de la vida, involucrando a la familia, aceptando la muerte e integrando los cuidados paliativos como una parte esencial del trabajo. Es imprescindible humanizar el proceso de morir, evitar la obstinación terapéutica, adecuar los cuidados paliativos y afrontar la muerte, para evitar los tabúes sociales y prestar una atención de calidad, centrada en los deseos del paciente” (5).

La utilidad y novedad de diseñar un plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida, permite llevar la teoría a la práctica diaria en la Unidad de Cuidado Intensivo desde un enfoque sistemático, organizado, interactivo, dinámico, flexible e individualizado, sustentado en el método científico, con el fin de brindar cuidados acorde con las necesidades del paciente y su familia y permitir el final tranquilo de la vida en la UCI. La presente propuesta enmarcada desde la perspectiva teórica de Ruland y Moore representa un aporte significativo a la praxis de enfermería en la Unidad de Cuidado Intensivo.

1.4. Problema de Investigación

1.4.1. Pregunta de investigación

¿Cuál es el plan de cuidado de enfermería para un paciente al final de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), según los conceptos de experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los allegados, seres queridos o cuidadores?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Diseñar un plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo desde la perspectiva teórica del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore.

1.5.2. Objetivos Específicos

- ✓ Identificar los cuidados de enfermería que requiere el paciente al final de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo, según el concepto *Experiencia de dignidad y respeto*, desde la perspectiva teórica de Ruland y Moore.

- ✓ Identificar los cuidados de enfermería que requiere el paciente al final de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo, según el concepto *Proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores* desde la perspectiva teórica de Ruland y Moore.

2. Capítulo II: Marco conceptual

2.1. Plan de cuidado de enfermería

“Esquema lógico de actuación encaminado a la realización de acciones reflexivas y orientadas hacia un propósito. Sistema de la práctica de enfermería, metodología para brindar cuidado a los pacientes y estrategia pertinente para el desarrollo disciplinar y profesional, que requiere de conocimientos, habilidades, crítica, opiniones y actitudes” (14).

“Favorece la interacción humana que busca conocer las respuestas humanas ante los problemas del orden biológico, psicológico y social y promover la adaptación, mediante una estrategia de aproximación cualitativa y holística que permite el trabajo conjunto entre los actores del cuidado para la realización de acciones que optimicen las capacidades individuales, fomenten el autocuidado, el bienestar, el desarrollo humano, la mitigación del dolor, la recuperación de la salud o la muerte en condiciones de dignidad” (14).

“Herramienta que permite alcanzar las metas de cuidado. Es un requerimiento y una guía bastante útil y práctica que orienta el alcance de metas en todos los ámbitos del cuidado de enfermería. Permite de una forma sistemática, organizada y científica brindar cuidado con un juicio crítico y evaluable, sustentado en la producción filosófica, conceptual, teórica e investigativa propia de la profesión” (15).

“La aplicación implica unos conocimientos básicos previos relacionados con el estado de salud-enfermedad del paciente de tipo fisiopatológico, psicológico, social y espiritual, unas habilidades mentales, de comunicación, técnicas e interpersonales, al igual que unos recursos físicos, financieros, estructurales, sumado al trabajo en equipo e interdisciplinario, para alcanzar el objetivo innato del proceso que es obtener una mejor calidad de cuidado de enfermería” (15).

“Instrumento válido, producto de la ciencia, la academia y la investigación, que se caracteriza por ser sistemático, metódico, dinámico, medible y oportuno. Instrumento requerido para la práctica profesional que sumado a la solidez teórica y científica de la disciplina profesional de enfermería dado por los *modelos y teorías de enfermería*, y con el apoyo y retroalimentación permanente de la investigación permitirá lograr una integración de la teoría y la práctica, y a su vez un mayor empoderamiento de la profesión a nivel laboral y social e igualmente proporcionar oportunidades de crecimiento personal y profesional con el aprendizaje continuo, estandarizado y actualizado de la evolución y desarrollo de la profesión” (15).

“Es una guía adaptada para la situación específica de cada paciente. Es un protocolo de enfermería, en el que se definen las respuestas de una persona o grupo ante una situación, precisando la responsabilidad y actuación para cada una de ellas. Es el instrumento que nos permite mejorar la atención al usuario y potenciar nuestro colectivo profesional. Es un instrumento de gestión, ya que: identifica situaciones en las que intervienen enfermeras, situaciones que tratan y las actividades que realizan; sirven para el diseño del plan formativo, facilita la adaptación de personal de nuevo ingreso, deja explícito la responsabilidad de la enfermera, los cuidados que razonablemente hay que dar y la forma de evaluar los cuidados” (16).

“Permite la formalización organizada de los elementos de la gestión de cuidados. Expresa la forma estructurada de las informaciones, permitiendo la puesta en marcha y la evaluación de las intervenciones para la resolución del diagnóstico enfermero expuesto” (17).

“Es la fase en la cual el profesional de enfermería procesa, envía, recibe y valora la información necesaria para proponer las intervenciones, basado en su experiencia, en las técnicas de valoración, diagnóstico, comunicación, emisión de juicios y toma de decisiones. Las características son: proporcionar cuidados individualizados, garantizar la continuidad de los cuidados, facilita la comunicación y favorece la evaluación permanente (retroalimentación)” (18).

“Las utilidades del plan de cuidado son: facilitar la comunicación entre los profesionales de los cuidados, dirigir los cuidados y las anotaciones y proporcionar un registro escrito para la evaluación e investigación. Su elaboración se hace fundamentada científicamente. Se fomenta el trabajo en equipo, utilizando un lenguaje común (NANDA, NIC y NOC)” (18).

Los planes de cuidado, pueden ser: individualizados, estandarizados, computarizados, o estandarizado con modificaciones (16).

Los planes individualizados “se definen para una persona o grupo determinado. Se basa en una valoración detallada del paciente y los problemas que de esa valoración se deducen. Los cuidados y los resultados que se esperan de esa valoración son específicos para un paciente y no se pueden extrapolar a otro” (16).

Los *planes estandarizados* se definen en función de las respuestas a problemas de salud reales o potenciales de una persona, familia o comunidad, ante una situación específica. Sirve como un instrumento de gestión, ya que mejora la comunicación dado que utiliza un lenguaje estandarizado: “La diferencia esencial es la presencia de datos predefinidos relativos a los diagnósticos enfermeros, a las características, a los objetivos e intervenciones” (17). “Es el resultado de un trabajo fundamentado científicamente, en el que se definen las respuestas de una persona, familia o grupo a una situación y en el que se especifica la responsabilidad y actuación de enfermería para cada una de ellas. Los planes estandarizados pueden ser flexibles y se “pueden adaptar a la peculiaridad del paciente si se añaden o suprimen problemas, factores relacionados y actividades y se individualizan criterios de resultado” (16).

Para efectos del presente trabajo, el plan de cuidado de enfermería se constituye en un indicador empírico, una herramienta útil para la praxis de enfermería que permite orientar, identificar y porque no cuantificar y cualificar el cuidado al final de la vida por parte de enfermería en la unidad de cuidado intensivo. La teoría del final tranquilo de la vida, de Ruland y Moore, a pesar de ser una teoría de mediano rango carece de instrumentos que operacionalicen las acciones de cuidado en estas circunstancias, esta propuesta de plan de cuidado describe las intervenciones para propiciar un final tranquilo de la vida asegurando una experiencia digna y respetuosa en compañía de los seres queridos.

2.2. Unidad de Cuidado Intensivo (UCI)

La Resolución 2003 de 2014 define la UCI como el área de “atención de pacientes, adultos, críticamente enfermos, recuperables, donde se desarrollan actividades precisas de monitorización y manejo de pacientes, cuya condición clínica, pone en peligro la vida en forma inminente, necesitan soporte para la inestabilidad neurológica, hemodinámica, respiratoria, gastrointestinal, renal, endocrina, hematológica, metabólica o después de una cirugía mayor” (19).

“Cuidar intensivamente a una persona en una UCI, significa agotar todas las posibilidades de cuidado y terapéuticas para la sustitución temporal de las funciones vitales alteradas o suprimidas, sin abandonar al ser humano que vive esta situación y sin desconocer todos los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad de base que origina el estado crítico” (4).

Para efectos del presente trabajo, la UCI es el espacio físico donde se encuentran ciertos pacientes durante la fase final de la vida (FFV) y su familia.

2.3 Final tranquilo de la vida en la UCI

La muerte es la realidad que pone fin a la vida (1).

La muerte es el inevitable final de la vida (1).

“La muerte tranquila es deseada por todos, es sinónimo del *buen morir*, para el Instituto de Medicina, debe estar libre de estrés, angustia y sufrimiento evitable para el paciente, la familia y los cuidadores, lo que va en concordancia con los deseos del paciente y es consistente con los estándares éticos, clínicos y culturales” (20).

Según la teoría de Ruland y Moore, los elementos que contribuyen al final tranquilo de la vida son la ausencia de dolor, experiencia de bienestar, experiencia de dignidad y respeto, estar en paz y tener proximidad con los seres queridos. (21).

Para las enfermeras tailandesas, “una muerte pacífica consiste en la paz del espíritu y no presentar signos y síntomas de sufrimiento. También ocurre cuando los miembros de la familia declaran la aceptación de la muerte o la posible muerte. La aplicación de la Teoría de Ruland y Moore incentivó a los enfermeros a proporcionar cuidados paliativos para pacientes terminales y sus familias” (22).

Existe un “modelo conceptual de promoción de una muerte pacífica en el contexto del budismo tailandés, derivado de la teoría del final tranquilo de la vida, de Ruland y Moore, que se basa en una perspectiva occidental, sin embargo es una guía relevante para comprender la promoción de una muerte en paz para los budistas. Promover la muerte pacífica es una interacción constante entre la enfermera, el paciente y su familia, los tres deben estar íntimamente comprometidos durante el proceso con el fin de crear confort en la atmósfera de desapego, que es la sensación de que uno está libre de conexiones vinculantes en el mundo para tener una mente pacífica y estar listo para morir (para los pacientes) y dejar que el paciente muera (para las familias y las enfermeras)” (23), como se observa en la Figura N° 1.

Figura N° 1.

Modelo de promoción de muerte tranquila

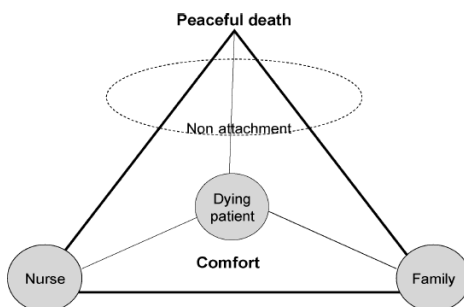


FIGURE 2. Model of promoting peaceful death.

Fuente: Kongsuwan W, Touhy T. Promoting peaceful death for Thai Buddhists: implications for holistic end-of-life care (23).

2.3.1 Experiencia de dignidad y respeto

“El paciente terminal debe ser reconocido y respetado como ser humano. No debe ser expuesto a situaciones que violen su integridad y sus valores” (13).

Para asegurar una experiencia de dignidad y respeto al paciente durante el final tranquilo de la vida se debe “Incluir al paciente y a los seres queridos en la toma de decisiones, tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto y estar atento a las necesidades, deseos y preferencias expresadas por el paciente” (13).

“El paciente en fase terminal es un ser humano con autonomía y merecedor de respeto, se deben considerar sus voluntades, sin descartar su derecho de defensa, aunque esté dependiente. La noción de valor es un atributo importante para un paciente terminal, que implica ser reconocido y respetado como un igual y no ser expuesto a cualquier cosa que viole la integridad y los valores del paciente” (22).

“Incluir al paciente y a sus allegados en la toma de decisiones frente al cuidado ayuda a la experiencia de dignidad y respeto del paciente.” (8).

“Las enfermeras necesitan saber cómo ayudar a los pacientes, evitar el sufrimiento innecesario y cómo tratarlos con dignidad, respeto y empatía” (13).

2.3.2. Proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores.

UCI de puertas abiertas (24)

“Proximidad es el sentimiento de estar conectado a otros seres humanos que se preocupan” (13). “Implica una cercanía física o emocional expresada por relaciones afectuosas e íntimas” (21).

Para asegurar la proximidad de los seres queridos y cuidadores con el paciente durante el final tranquilo de la vida se debe “facilitar la participación de estos, en los cuidados al paciente, atender la tristeza, las preocupaciones y las inquietudes de los seres queridos y facilitar las oportunidades para la cercanía de la familia” (13).

3. Capítulo III: Marco teórico

La construcción del marco teórico del plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, a partir de los conceptos de *Experiencia de dignidad y respeto* y *Proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores*, desde la perspectiva teórica del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore, se fundamenta desde las siguientes perspectivas: el panorama epidemiológico, el panorama legislativo, la teoría del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y las interrelaciones NANDA, NIC y NOC.

3.1 Panorama Epidemiológico

Hoy se vive más, pero, generalmente, se muere peor. F. Arizari.

Existen dos escenarios relacionados con la mortalidad en la UCI, el primero hace referencia a aquellos pacientes que por diversos factores, como la edad, los antecedentes, los factores de riesgo y las comorbilidades entre otros no son candidatos a maniobras avanzadas de reanimación cardiopulmonar, entendido esto como limitación de Tratamiento de Soporte Vital (LTSV) o Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) y el segundo conformado por aquellos pacientes que fallecen a pesar de todos los cuidados y el uso de la tecnología, como en los casos de enfermedades agudas críticas y grandes traumas. En ambas situaciones, es primordial brindar un cuidado digno, humano y que permita la proximidad de los allegados y ante todo el final tranquilo de la vida en la UCI.

“En las últimas décadas estamos asistiendo el aumento gradual de la prevalencia de algunas enfermedades crónicas, junto al envejecimiento progresivo de la población” (11), por lo que es más frecuente en la actualidad encontrar personas mayores en la UCI, que se ha traducido en un cambio en la pirámide poblacional a nivel mundial.

“La necesidad mundial de cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población” (25).

“Una amplia gama de personas con enfermedades crónicas no transmisibles requieren cuidados en la UCI y en algunas circunstancias de cuidados paliativos en este contexto. La mayoría de los adultos que los necesitan padecen enfermedades crónicas tales como enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34 %), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), SIDA (5,7%) y diabetes (4,6%).” (25).

La esperanza de vida en Colombia ha aumentado ocho años entre 1990 y 2012, pasando de 71 a 79 años y entre las primeras causas de mortalidad figuran las enfermedades no transmisibles, especialmente las cardiovasculares y las neoplasias. Con frecuencia estas son de evolución lenta y progresiva en el transcurso del tiempo, lo que genera sufrimiento, incluso en los momentos finales de la vida, algunas deterioran la autonomía y por ende afectan la dignidad (26), el cuidado de enfermería desempeña un rol protagónico y más aún al final de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo.

“El ingreso de un paciente en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) está justificado si existen probabilidades de beneficio para él, cuando es posible revertir o paliar su situación crítica e, idealmente, lograr su reinserción familiar y social. A pesar de procurar este objetivo para nuestros enfermos, en las UMI se produce una alta mortalidad con respecto a otros servicios hospitalarios” (3). Existen criterios de ingreso a la UCI, escalas de riesgo, predictores de sobrevida y de mortalidad, y en ambos extremos, es necesario cuidar al paciente y a su familia, incluso hasta los últimos instantes de vida.

“Muchos de los catalogados como enfermos críticos terminan falleciendo. El objetivo de la medicina intensiva no es solo curar o mantener la vida para dar la oportunidad a la curación, sino procurar una *muerte en paz*, entendiendo por tal aquella que se produce sin dolor ni sufrimiento” (3), es decir, el final tranquilo de la vida.

“El Instituto de medicina, describe tres trayectorias de muerte en la UCI: muerte súbita, declive constante y disminución lenta con crisis periódicas” (20).

“La mortalidad en UCIs Españolas es del 10% y en EE-UU es del 20%, por lo que uno de cada cinco estadounidenses muere al usar los servicios de la UCI” (27).

“Las estadísticas indican que gracias a los avances tecnológicos, diagnósticos y terapéuticos, se ha reducido, en forma significativa, la mortalidad por enfermedades que antes no eran recuperables. En Colombia, antes de la tecnificación del sistema, la mortalidad en estos casos se aproximaba al 70%, hoy se ubica alrededor del 10%” (28), “esta cifra podría oscilar entre un 5 - 25% aproximadamente” (29).

“La mayoría de las muertes que se producen en cuidados intensivos están precedidas de una medida de *Limitación de Tratamiento de Soporte Vital* (LTSV). Uno de cada diez pacientes ingresados en UCI fallece y, en la mayoría de los casos (70 – 90%), su muerte es precedida por alguna medida de LTSV, bien sea no iniciar o retirar tratamientos. *No se trata de que los pacientes ingresen en UCI para fallecer, se trata de hacer que ese 10% que muere lo haga en las mejores condiciones posibles*” (5, 27). Por lo tanto, es necesario un plan de cuidados de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI.

3.2 Panorama Legislativo

El plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, debe enmarcarse desde un panorama legislativo, que se sustenta a nivel internacional y específicamente a nivel nacional.

Existen diferentes organizaciones a nivel mundial, que “tienen como objetivo influir en las políticas públicas y promover reformas legislativas que puedan ayudar a mejorar la calidad de la atención de los enfermos en fase terminal. Con estas acciones buscan asegurar el confort y el trato digno al paciente moribundo, así como conservar el significado de la vida hasta el final, mejorar el manejo del dolor, la continuidad de la atención en esas fases finales, brindar apoyo a los familiares y mejorar los sistemas de pago, entre otros” (6).

“En 1989, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la importancia de los cuidados paliativos al decir que son un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable y que pretenden mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. En busca de este objetivo, la OMS brinda una guía de cuidados paliativos para quienes

viven con una enfermedad en fase terminal, en la cual se comunican "modelos eficaces y poco costosos", de manera que la falta de recursos no impida gozar del cuidado. En este sentido, la OMS agrega: **"el alivio del dolor físico, emocional, espiritual y social es un derecho humano"** (30).

La **Ley 1733 de 2014 (8 de Septiembre de 2014)**, (**Ley Consuelo Devis Saavedra**), del Congreso de la República Colombia, "mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida, en su Artículo 1°, reglamenta el derecho a la atención en cuidados paliativos que pretende mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes que afrontan estas enfermedades, como de sus familias, mediante un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas. Manifiesta el derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente. En el artículo 2°, define el **Enfermo en fase terminal**, como "aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces". En el artículo 4°, define **Cuidado Paliativo**, como los cuidados apropiados para el paciente con una *enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible* donde el control del dolor y otros síntomas, requieren, además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es *lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia*. En el artículo 5°, se definen los **Derechos de los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles de alto impacto en la calidad de vida**, los cuales son: derecho al cuidado paliativo, a la información, a una segunda opinión, a suscribir el documento de Voluntad Anticipada, a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo y los derechos de los familiares" (31).

La **Circular 023 del 20 de Abril de 2016** establece que “los servicios donde se atienden pacientes deben contar con guías de práctica clínica de cuidados paliativos” (32). En ese sentido las UCIs deben disponer de estos instrumentos que orienten el cuidado de las personas y sus familias durante dicha etapa y permitir un final tranquilo de la vida. “Una vez acordada la Limitación de Tratamiento de Soporte Vital (LTSV), los *cuidados paliativos intensivos*, determinan como objetivo aliviar los síntomas y proporcionar soporte emocional tanto al paciente como a sus familiares para permitir una muerte acompañada sin dolor, disnea o sufrimiento” (5, 24).

3.3 Código Lila

Porque un paciente no debe morir sólo, tiene todo el derecho a que en el final de su biografía este acompañado de sus seres amados, es un gran aliciente tanto para el enfermo crítico, su familia y los profesionales (33).

En los últimos años se ha desarrollado un movimiento a nivel mundial, que tiene gran influencia española y que se ha difundido a varios países, incluyendo a Colombia, en donde es aún incipiente, cuyo propósito es brindar una mejor atención al final de la vida para el paciente y la familia, este se ha denominado *Código Lila*, el cual “es un programa desarrollado para *acompañar los últimos momentos del paciente terminal* en los diferentes entornos hospitalarios (urgencias, hospitalización, quirófanos, Unidad de Cuidado Intensivo), en Colombia” (26).

“Es una herramienta; es una tarjeta de color lila colocada a la entrada del cubículo del paciente, indicando al grupo asistencial que allí se encuentra un paciente-familia, en una situación de los últimos días (SUD), o más conocida como Fin de Vida. Con este nuevo código se busca organizar la respuesta del grupo para afrontar juntos los últimos momentos del paciente y su familia dentro de la UCI, horas antes, durante y después la muerte; intentando brindar un proceso de muerte más digna, llena de confianza y libre de miedos, de rencores y de malos momentos, en resumidas cuentas con un profundo respeto; y en el fondo además, pretende paliar las primeras fases de un duelo, intentando que este proceso no se complique en su complejidad individual. Pretende velar porque lo escrito se cumpla de una forma más digna de verdad” (29).

“Promueve el respeto, el cuidado del grupo familiar y las condiciones de privacidad para la despedida final, el paciente recibe todas las muestras de amor y afecto en su despedida. Se ubica un acrílico a la entrada del cubículo que anuncia el Código Lila (CL)” (33).

La palabra Lila, en su origen griego significa soledad y muerte. El Código Lila, también se conoce como lavanda, orquídea, y se recomienda realizar un consenso para unificar su denominación en el país, para que sea tan reconocido como el código azul o el código rojo por los profesionales de la salud a nivel nacional, ya que aplica a nivel transversal en las instituciones de salud y en el domicilio.

En España, se conoce como “Consenso de las horas finales”. En Colombia, la iniciativa para asegurar el acompañamiento, la dignidad y el respeto durante la última etapa de la vida expresada mediante la activación del Código Lila, surgió en el 2007, en la Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV), en Florida Blanca.

Es un derecho del paciente y su familia, su activación requiere del conocimiento, aceptación y consentimiento informado por parte del paciente y/o su familia, ya que es una herramienta simbólica y una estrategia de acompañamiento que alerta el equipo multidisciplinario en salud, que permite identificar al paciente que se encuentran durante la última etapa de la vida y su familia, con el fin de proporcionar un ambiente de respeto, privacidad y silencio, y brindar los cuidados físicos, emocionales, sociales y espirituales necesarios durante los últimos momentos del ser humano.

La implementación del código Lila, contribuye a humanizar los cuidados en la Unidad de Cuidado Intensivo, porque acerca a los familiares y a los profesionales entorno al paciente, facilita la expresión de los sentimientos que hacen parte del final de la vida, temor, miedo, llanto, tristeza, negación, ira, inquietud, intranquilidad, angustia, ansiedad, desesperación, impotencia, desesperanza, incertidumbre, soledad, religiosidad y espiritualidad, y de este modo llevar a cabo intervenciones que permitan lograr una muerte serena y en paz.

Los componentes del Código Lila son: “entrevista familiar, la familia y la notificación médica, la sala de información, la dotación y los elementos y el equipo del Código Lila (Medico Intensivista, Médico General, Enfermera Profesional, Auxiliar de Enfermería

Terapista Respiratoria, Trabajadora Social, Psicóloga Clínica y Auxiliar de Servicios Generales)” (33).

La temática ha tenido gran interés al tanto que han surgido organizaciones enfocadas a asegurar una muerte tranquila, ejemplo de esto se destaca, el Proyecto HUCI: Humanizando los Cuidados Intensivo, en España, el cual cuenta con ocho líneas estratégicas de trabajo, programas y ámbitos de intervención: “UCI de puertas abiertas, comunicación, bienestar del paciente, presencia y participación de los familiares en los cuidados intensivos, cuidados al profesional, prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-cuidados intensivos, infraestructura humanizada y *cuidados al final de la vida*; que a su vez se divide en: protocolización de cuidados al final de la vida, soporte de síntomas físicos, acompañamiento en situaciones al final de la vida, soporte a las necesidades y preferencias emocionales y espirituales, protocolo de limitación de tratamiento de soporte vital e implicación multidisciplinaria en la decisión y desarrollo de medidas de Limitación de Tratamientos de Soporte Vital (LTSV)” (24, 34). La Fundación Humanizando los Cuidados Intensivos (FHUCI), en Cúcuta, Colombia, hace parte del trabajo colaborativo a nivel mundial del proyecto HUCI (Humanizando los Cuidados Intensivos).

Así mismo, la Registered Nurses' Association of Ontario, (RNAO), de Canadá, cuenta con la guía “*End of life Care During the last Days and Hours*”, cuyo objetivo es proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia sobre las mejores prácticas de enfermería para el cuidado y la atención de calidad al final de la vida durante los últimos días y horas de vida, mediante la resolución de las siguientes preguntas de interés: ¿Qué conocimiento y habilidades requieren las enfermeras para identificar y evaluar a las personas y las familias durante los últimos días y horas de vida?, ¿Qué conocimiento, habilidades y herramientas necesitan las enfermeras para ayudar a las personas y sus familias a tomar decisiones informadas durante las últimas horas y días de vida?, ¿Qué intervenciones paliativas son necesarias para abordar las experiencias que enfrentan los individuos y sus familias durante los últimos días y horas de vida? y ¿Qué apoyo se necesita para ayudar a las enfermeras a brindar atención de alta calidad en las últimas horas y días de vida? (35).

3.4 Teoría del Final tranquilo de la vida, de Ruland y Moore (TFTV)

Los estándares asistenciales ofrecen un abordaje prometedor para el desarrollo de teorías de nivel medio prescriptivas por su base empírica en la práctica clínica y su atención a las relaciones entre intervenciones y resultados (21)

“La teoría de enfermería se define como el comunicar una conceptualización de algún aspecto de la realidad de la enfermería, con el propósito de describir un fenómeno, explicar las relaciones entre fenómenos, predecir las consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería. Las **teorías de rango medio** se derivan de trabajos de otras disciplinas relacionadas con la enfermería, proponen resultados menos abstractos y más específicos en la práctica que las grandes teorías y delimitan el campo de la práctica profesional, la acción o intervención de la enfermera y el resultado propuesto. Durante los años ochenta, Afaf Meleis propuso e hizo claridad acerca de la necesidad que tenía la enfermería de desarrollar teorías sustantivas, que generarán fundamentos específicos para la práctica. De ahí la importancia de aplicar **teorías de mediano rango** para generar parámetros generales de la práctica” (36).

“En enfermería existen referentes teóricos que desde una perspectiva humanista y existencialista consideran relevante el cuidado hasta el final de la vida” (8).

La teoría de enfermería del final tranquilo de la vida, de Ruland y Moore, “procede de estándares de cuidados de la práctica clínica como fuente de conocimiento, fue desarrollada para su uso con adultos terminales y con sus familias que están siendo atendidos en un contexto de pacientes agudos. Ha sido empleada en diferentes campos de acción, tales como: cuidado de pacientes terminales, cuidados paliativos, unidad de cuidado quirúrgico gastroenterológico y la *unidad de cuidados intensivos*, como entornos de cuidados que pueden favorecer una muerte tranquila” (21). Por tanto, la construcción de un plan de cuidados de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, desde dicha perspectiva teórica, aporta a la resolución de un problema de la práctica diaria, como es el cuidado de enfermería al final de la vida en la UCI.

“La teoría tiene como alcance mejorar la calidad de vida y lograr un nivel de fin de vida pacífica en pacientes terminales, relacionado con las intervenciones de enfermería y los resultados específicos para este grupo de pacientes. Es una teoría de medio alcance y predictiva, tiene su contexto basado en la Teoría del Confort, de Katherine Kolcaba y la teoría de Síntomas Desagradables, de Elizabeth Lenz y colaboradores” (22).

Los antecedentes de la teoría del final tranquilo de la vida, están conformados por la “Teoría de la preferencia, utilizada para explicar y definir la calidad de vida, (en la cual se define la buena vida como conseguir lo que se desea: un enfoque especial en el cuidado del final de la vida) y el Modelo clásico de Donabedian, de estructura, proceso y resultados” (8, 21). “La estructura-contexto es el sistema familiar (el paciente terminal y sus allegados) que están recibiendo cuidados de los profesionales en una unidad hospitalaria de agudos, y el proceso se define como las acciones (intervenciones de enfermería) dirigidas a promover los siguientes desenlaces o resultados: ausencia de dolor, sentir bienestar, sentir dignidad y respeto, sentirse en paz y sentir la proximidad de los allegados y de los cuidadores” (21).

La teoría de Ruland y Moore, está conformada por cinco conceptos principales: ausencia de dolor, experiencia de bienestar, experiencia de dignidad y respeto, estar en paz y tranquilidad y proximidad de los seres queridos, allegados y/o cuidadores; es de resaltar que durante el difícil proceso del final de la vida en la UCI, enfermería juega un papel y un rol protagónico y fundamental, con el fin de lograr que la persona no padezca dolor, ni sufrimiento, se encuentre en paz y tranquilo, y ante todo *se respete la dignidad del ser humano y se permita la proximidad de los familiares y seres queridos*.

“Los pacientes moribundos y sus familias experimentan preocupación, miedo y dolor. Morir implica una mayor pérdida de funciones corporales y pérdida de control que los pacientes y las familias pueden experimentar como humillante, angustiante y doloroso. Para los pacientes terminales, la opción de tratamiento curativo ya no está disponible; a menudo, ya no son el foco del cuidado de los médicos. Las enfermeras son generalmente las proveedoras de cuidado informado y compasivo para pacientes en esta etapa, quienes necesitan comprender e interpretar la complejidad de la situación y el conocimiento de los factores que pueden contribuir *a un final pacífico de la vida para los pacientes*” (13).

Conceptos de la teoría:

Ausencia de dolor: “la parte fundamental de la experiencia del final de la vida de muchos pacientes es estar libre de sufrimiento o de molestias sintomáticas. El dolor está considerado como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada con una lesión tisular potencial o real.

Experiencia de bienestar: el bienestar es definido de forma global, usando el trabajo de Kolcaba (1991), como “alivio de la molestia, el estado de relajación y satisfacción tranquilo, y todo lo que hace la vida fácil o placentera”.

Experiencia de dignidad y respeto: todo paciente terminal es “respetado y apreciado como un ser humano”. Este concepto incorpora la idea del valor de la persona, expresado por el principio ético de autonomía o respeto, estas deben ser tratadas como entes autónomos, y los individuos con autonomía disminuida tienen derecho a la protección.

Estado de tranquilidad: la tranquilidad es un “sentimiento de calma, armonía y satisfacción, libre de ansiedad, agitación, preocupaciones y miedo”. Un estado tranquilo incluye las dimensiones física, psicológica y espiritual.

Proximidad de los allegados: es el “sentimiento de estar conectado a otros seres humanos que se preocupan”. Implica una cercanía física o emocional expresada por relaciones afectuosas, íntimas” (21).

El presente plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI se enmarca dentro de la Teoría del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore, basado en los conceptos de “Experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores”.

A continuación, se presenta en la figura N° 2, las “Relaciones entre los conceptos de la teoría del final tranquilo de la vida, de Ruland y Moore”, elaborado por las autoras, en 1998.

Figura Nº 2.

Relaciones entre los conceptos de la teoría del final tranquilo de la vida, de Ruland y Moore.

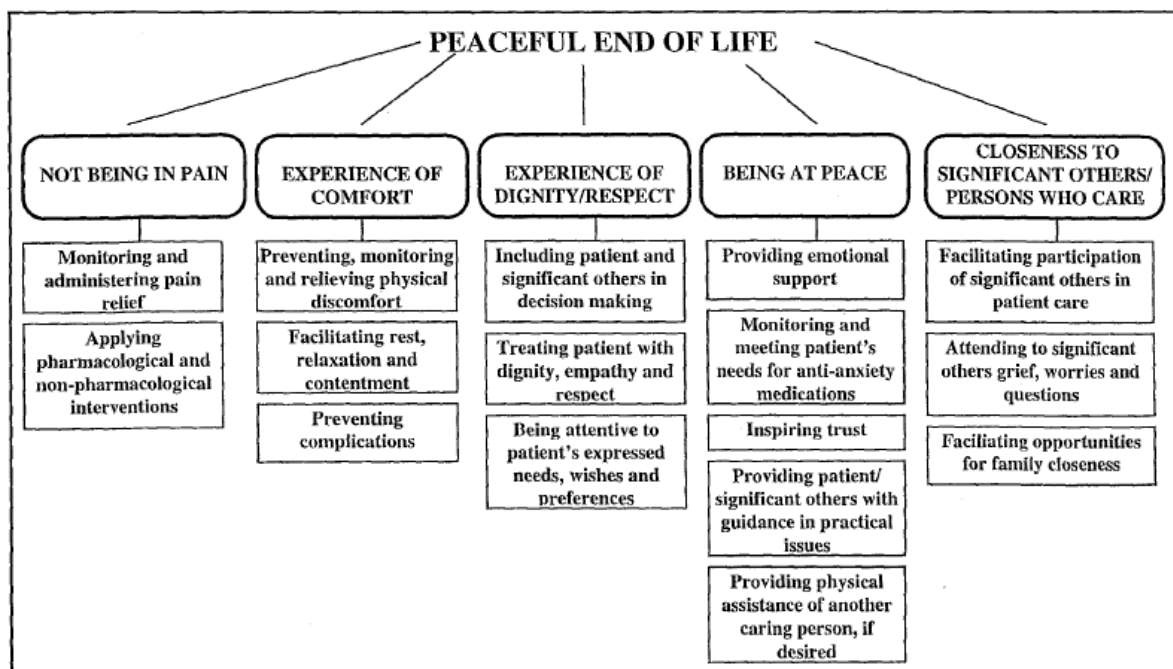


Figure 1. Relationships between the concepts of the theory.

Fuente: Ruland CM ,Moore SM. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life (13).

“La teoría contempla los fenómenos de enfermería de cuidados complejos y holísticos para apoyar un final tranquilo de la vida de las personas” (13).

Ruland y Moore (1998), identificaron *dos premisas explícitas y dos implícitas*.

Las explícitas hacen referencia a que “los acontecimientos y sentimientos de la experiencia del final de la vida son *personales e individuales* y el **cuidado de enfermería** es crucial para crear una experiencia del final tranquilo de la vida. Las enfermeras evalúan e interpretan las manifestaciones que reflejan la experiencia del final de la vida de la persona e intervienen de la manera adecuada para conseguir o mantener una práctica serena, aunque el moribundo no pueda expresarse verbalmente.

Como premisas implícitas consideran la **familia**, un término que incluye a todos los allegados, es una parte importante del cuidado del final de la vida y el objetivo del cuidado del final de la vida no es optimizar el cuidado en el sentido de que debe ser el

tratamiento mejor y más avanzado tecnológicamente, o un tipo de cuidado que lleve a un tratamiento excesivo, sino maximizar el tratamiento, es decir, proporcionar el mejor cuidado posible mediante el uso juicioso de la tecnología y de las medidas de bienestar para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila” (13).

Así mismo, identificaron seis postulados:

1. “Controlar y administrar la analgesia y aplicar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas contribuye a la experiencia del paciente de no tener dolor.
2. Prevenir, controlar y aliviar las molestias físicas, facilitar el reposo, la relajación y la satisfacción, y prevenir las complicaciones, contribuye a la experiencia de bienestar del paciente.
3. Incluir al paciente y a sus allegados en la toma de decisiones respecto al cuidado del paciente, tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto, y estar atento a las necesidades deseos y preferencias expresados por el paciente contribuye a la experiencia de la dignidad y respeto del paciente.
4. Proporcionar apoyo emocional, control y satisfacción de las necesidades de ansiolíticos expresadas por el paciente, inspirar confianza, proporcionar al paciente y sus allegados orientación en cuestiones prácticas, y proporcionar la presencia física de otra persona que cuide, si se desea, contribuye a la experiencia del paciente de estar tranquilo.
5. Facilitar la participación de los allegados en el cuidado del paciente, atendiendo a su dolor, sus preocupaciones y sus preguntas, y facilitar la proximidad de la familia contribuye a la experiencia de proximidad de los allegados o personas que cuida.
6. Las experiencias del paciente de no tener dolor, de bienestar, de dignidad y de respeto, estar en paz, la proximidad de los allegados o personas que cuidan contribuyen al final tranquilo de la vida” (13).

“La teoría del final tranquilo de la vida, se enmarca dentro de la visión del mundo de enfermería: *Interactiva-Integrativa o de Reciprocidad*” (8).

Teniendo en cuenta la Estructura Conceptual – Teórica y Empírica (E - CTE), propuesta por Jaqueline Fawcett, se realiza su identificación en la Teoría del Final Tranquilo de la Vida, de Ruland y Moore, como se muestra en el Cuadro N° 1.

Cuadro N° 1.

Estructura Conceptual – Teórica y Empírica (E-CTE). Jaqueline Fawcett

Estructura Conceptual – Teórica y Empírica. Jaqueline Fawcett	Cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI
Concepto	Final Tranquilo de la Vida
Teoría	Teoría del Final Tranquilo de la Vida, de Ruland y Moore. 1998 (TFTV)
Indicador Empírico	No existen instrumentos de la TFTV “Plan de cuidados de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI”

Fuente: Elaboración propia.

Acorde con el Metaparadigma de Enfermería y la Teoría del Final Tranquilo de la Vida, se presenta la relación de los conceptos, como se muestra en el Cuadro N° 2.

Cuadro N° 2.

Identificación del Metaparadigma de Enfermería. Jaqueline Fawcett.

Visión del mundo de enfermería	“Interactiva-Integrativa o de Reciprocidad” (8)
Metaparadigma de enfermería	Cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI
“La persona o sujeto de cuidado” (37)	“Ser único, cuyos acontecimientos y sentimientos en el proceso del final de la vida son personales e individuales de cada ser vivo” (22). El paciente al final de la vida y su familia en la UCI.
“El ambiente o escenario en el que se desarrolla el cuidado y el contexto del paciente con el cual interactúa” (37)	“Es el espacio que proporciona el mejor estado de armonía y calma, con la aproximación de la familia y las personas queridas para darle una atención efectiva” (22). Representado por la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), que es el espacio físico donde se encuentran algunas personas en la Fase Final de la Vida (FFV) y su familia.
“La Salud como la meta o dirección hacia la cual la enfermera enfoca sus intervenciones” (37)	“Es la búsqueda para minimizar el dolor y la incomodidad sufrida por el paciente terminal” (22). Es lograr para el paciente que se encuentra en la Fase Final de la Vida (FFV) un trato digno y respetuoso, rodeado de sus seres queridos, es decir, el final tranquilo de la vida.

<p>“Enfermería y/o cuidado de enfermería que describe las formas como la enfermera interviene en las situaciones para lograr resultados” (37)</p>	<p>“Tiene el papel de proporcionar el mejor cuidado posible para el paciente terminal por medio de tecnologías y medidas de bienestar, con el fin de mejorar la calidad de vida y alcanzar una muerte tranquila” (22). Percibe y comprende el sufrimiento del paciente y su familia, adopta una actitud empática, que permite estar ahí y generar intervenciones asertivas, complacientes y oportunas y permitir el final tranquilo de la vida.</p>
---	--

Fuente: Elaboración propia

“La teoría presenta conceptos definidos, bien delimitados e interrelacionados. Tiene significancia al definir explícitamente, los conceptos del meta-paradigma; tiene consistencia interna al dar una definición para cada concepto y utilizarlos sin presentar contradicción, es parsimoniosa pudiendo ser utilizada por enfermeros dirigida a los pacientes en fase terminal. Se destaca la importancia de la teoría y su aplicación en la actuación de enfermeros orientada al cuidado de individuos que se encuentran al final de la vida y sus familiares, ya que presenta conceptos y proposiciones que concuerdan con aquellas propuestas por los Cuidados Paliativos, donde el enfermero ayuda al paciente y a su familia a alcanzar una muerte pacífica” (22).

“En EE-UU las últimas horas de la vida son sagradas y los enfermeros deben permanecer abiertos a experiencias que no son fácilmente explicadas dentro de un modelo médico tradicional. Como los cuidadores más consistentes, los enfermeros evalúan, reconocen y validan estas experiencias para ayudar a los pacientes a encontrar significado, comodidad y un fin de vida pacífico” (22).

“En la práctica clínica abundan las oportunidades para el desarrollo de la teoría, sin embargo, las enfermeras no usan teorías para guiar su práctica. Hasta ahora, se ha proporcionado poca orientación para aprovechar la riqueza del conocimiento clínico para el desarrollo de teorías de rango medio, que son aplicables a la práctica y van más allá del alcance de las grandes teorías” (21).

Para Afaf Meléis: “Una teoría debe influir en la práctica de enfermería, la educación y la investigación” (21). “Dada la frecuencia con que las enfermeras se encuentran con los pacientes al final de la vida, es clara la relevancia de la teoría a la práctica clínica” (21). Por lo tanto, La conveniencia de usar una teoría de rango medio de enfermería que sustente la práctica profesional, radica principalmente en que debe existir una relación

directa entre la teoría y la investigación y la praxis de enfermería, y de esta forma reducir la distancia y las brechas existentes entre la enfermería teórica y la actividad diaria de los profesionales en sus diferentes campos de acción, contribuyendo al desarrollo de enfermería como ciencia, disciplina y profesión.

3.5 Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

“Es definida como una estrategia metodológica y lenguaje disciplinar, que permite brindar un cuidado científico y humanístico, se fundamenta en la interacción humana y los elementos de la filosofía de enfermería, cuyo fin último es la transformación interactiva y recíproca de los actores del cuidado en el proceso de satisfacción de necesidades; toda vez que como indicadores empíricos, evidencian y miden los conceptos que representan los fenómenos de las experiencias del cuidado, y se articulan con otros componentes de la estructura jerárquica del conocimiento en enfermería para orientar el objeto de estudio y promover el desarrollo disciplinar” (14).

“Es el modelo predominante de investigación clínica para la enfermería profesional. Sirve para enlazar el conocimiento científico, la investigación, la teoría y las aplicaciones del conocimiento al quehacer profesional. Es un método para interconectar las bases de ciencia con las acciones clínicas del profesional. Es la forma natural del desempeño profesional” (38).

“Varias de las teorías incluyen al proceso de enfermería, visto como la organización de las interacciones enfermera-paciente alrededor de un propósito (Afaf Meleis, 1985). Los modelos y teorías de enfermería le sirven de enfoque al proceso y no a la inversa” (38)

Implica la “aplicación del método científico a la práctica profesional. Es un método sistemático para brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente” (39).

“Es un instrumento con enfoque holístico y científico que considera, tanto lo físico como lo emocional, social, y/u otros, permitiendo la atención integral y la consecución de un cuidado unificado del individuo, familia y comunidad. Es intencionado, sistemático, dinámico, flexible, tiene una base teórica, y ha sido ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades” (40).

“Es un método sistemático y organizado, que para su aplicación requiere de conocimientos, habilidades y actitudes, que permiten la prestación del cuidado de enfermería de forma lógica, racional y humanística al individuo, a la familia y a colectivo, y se mide por el grado de eficiencia, progreso y satisfacción del usuario. Hace parte de la calidad del cuidado de enfermería. Su objetivo es identificar el estado de salud de los seres humanos desde lo real o potencial, individual, familiar o comunitario, que facilite la elaboración de planes de salud y ofrecer las intervenciones de enfermería necesarias para dar solución a las necesidades identificadas. Consiste en una relación de interacción con el paciente, la familia o colectivos, es decir, es el sistema de la práctica de enfermería” (16).

“Es una herramienta para la planeación del cuidado humanizado. Es un método sistemático de planeación para brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente. Es necesario para el ejercicio eficiente y con calidad del profesional de enfermería. Para la Asociación Americana de Enfermería (ANA), es considerado el estándar para la práctica de la profesión, su relevancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, lo que ha favorecido el posicionamiento de la Enfermería como disciplina científica, que a su vez, incrementa la calidad de la atención al individuo, la familia y la comunidad. Ha sido homologado con el *método de resolución de problemas, el método científico y el método de planeación estratégica*” (39).

“Es una estrategia para diagnosticar, intervenir y buscar soluciones ante un fenómeno de salud del individuo, familia y/o comunidad; como estrategia se vale del método científico, epidemiológico y administrativo. Es una herramienta de la práctica de enfermería, proporciona los mecanismos para reflexionar sobre su quehacer, llevar a la práctica los conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas del individuo, familia y/o comunidad a problemas reales o de riesgo de la salud. Todas las investigadoras que han trabajado un modelo conceptual han descrito la importancia de la metodología para llevar el proceso de enfermería a la práctica. El proceso es el método para aplicar el modelo y administrar cuidados de enfermería organizados. Se caracteriza por ser un método sistemático, organizado, interactivo, flexible y dinámico, basado en teorías, lo que le da la característica de científicidad y permite planear el cuidado de enfermería de forma racional a partir de una amplia gama de conocimientos, incluyendo

las ciencias y las humanidades. Es la herramienta esencial para proponer o planear el cuidado como eje central de la profesión, de manera integral e individualizada” (41).

“Es un método por el cual se analiza al individuo, a la familia y la comunidad, incluyendo su entorno, de una manera ordenada y sistemática, para poder planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería, utiliza una metodología que exige conocimientos en las áreas de las ciencias biológicas, sociales, de comportamiento y habilidades para poder valorar, decidir, realizar y evaluar la respuesta humana del sujeto de atención hasta que alcance su potencial máximo de salud” (42).

“Permite asegurar la calidad de atención del individuo, familia y comunidad, por ser un método en el que podemos analizar ordenadamente los aspectos de la salud que están alterados para poder intervenir y luego evaluar el impacto de la intervención de enfermería. Proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería” (42).

3.5.1 Objetivos del PAE:

- “Promover, mantener, recuperar y/rehabilitar la salud del individuo; aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar, asistir al moribundo, contribuir a una vida digna de la persona.
- Permitir al individuo y familia dirigir sus propios cuidados de salud.
- Proporcionar intervenciones de enfermería que vayan en pro de la salud del individuo y de su entorno familiar y social” (40).
- “Cubrir las necesidades individuales del individuo, la familia y la comunidad.
- Proporcionar medidas de bienestar.
- Contribuir a una vida digna” (41).

3.5.2 Utilidad del PAE:

- “Genera calidad del desempeño profesional en las intervenciones de enfermería.
- Genera conocimiento para la enfermería, permitiendo innovar y mejorar las prácticas de cuidado.
- Es un Elemento de investigación.
- Tiene gran aplicabilidad en la academia.

- Favorece la venta de servicios prestados por las áreas funcionales.
- Favorece la gerencia del servicio, tanto al brindar cuidado directo, como en la gestión gerencial del cuidado.
- Involucra a la familia en el proceso de intervención” (41).

3.5.3 Ventajas PAE

- “Proporciona un método organizado para gestionar y administrar el cuidado, eficaz y eficiente, tanto en términos humanos como económicos.
- Delimita el ámbito de actuación del profesional de enfermería.
- Demuestra de forma concreta el impacto de la práctica enfermera.
- Facilita y fomenta la investigación en enfermería, con lo que se incrementan los conocimientos, las bases teóricas de la disciplina y la efectividad de la práctica enfermera.
- Propicia la comunicación entre el equipo de cuidados y mejora la coordinación interdisciplinar.
- Facilita la continuidad de los cuidados y aumenta su calidad.
- Permite la valoración objetiva de los resultados obtenidos por el aporte de enfermería y aumenta la satisfacción de los profesionales.
- Adapta los cuidados al individuo y no a la enfermedad, es decir, mantiene vigente el factor humano en los cuidados.
- Implica a la persona y a su familia en los cuidados, lo que aumenta sus capacidades para el autocuidado y la autonomía” (39).

3.5.4 Características del Proceso de Atención de Enfermería (PAE):

- “Es un *método* porque es una serie de pasos mentales a seguir por enfermería, que le permite organizar y solucionar problemas relacionados con la salud de las personas. Por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.
- Es *sistemático* por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.
- Es *humanista* por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado).

-
- Es *intencionado* porque se centra en el logro de objetivos y permite guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo,
 - Es *dinámico* por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre
 - Es *flexible* porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría o modelo de enfermería.
 - Es *interactivo* porque requiere de la interrelación humana con la persona cuidada para acordar y lograr objetivos comunes
 - Es *una estructura sistemática, organizada* en cinco etapas correlativas que pueden desarrollarse tanto en forma secuencial como simultánea” (39).

3.5.5 Etapas del PAE

- **“Valoración:** es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en recolectar y examinar la información sobre el estado de salud, indagando sobre el funcionamiento anormal o factores de riesgo concernientes a la persona, familia y entorno que puedan generar problemas de salud. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- **Diagnóstico de Enfermería:** es el juicio o conclusión, expresión del problema real o potencial que se produce como resultado de la valoración de enfermería.
- **Planeación:** se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas. Es necesario identificar las prioridades inmediatas, las metas, los resultados esperados, las intervenciones para el logro de los objetivos e individualizar el plan de cuidados.
- **Ejecución:** es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. Esta etapa implica el pensamiento crítico sobre lo que se está haciendo: se debe valorar el estado actual de la persona antes de actuar, determinar las respuestas después de las intervenciones y registrar e informar sobre los comportamientos observados.
- **Evaluación:** es un proceso sistemático y continuo, en el cual se comparan las respuestas de la persona, se determina si se han conseguido los objetivos establecidos. Nos indica si las actividades deben modificarse, determina el

estado de salud y la capacidad funcional de la persona en comparación con los resultados esperados” (39).

3.6 Taxonomía NANDA, NIC y NOC (NNN)

“Existe una nueva clasificación de los diagnósticos de enfermería, la taxonomía NNN (NANDA, NIC y NOC), que es un lenguaje estandarizado, cuyo objetivo principal es la interrelación con el plan de cuidado de enfermería” (43).

El lenguaje estandarizado y científico del cuidado de enfermería, “es un común denominador, que proporciona un adecuado medio de comunicación, permite entender la documentación de la práctica clínica al igual que el proceso de educación. El conocer, interpretar y usar estos lenguajes en la práctica diaria, permite realizar de forma coherente actividades como la docencia, asistencia directa, administración y la investigación, dando asociaciones entre los diagnósticos, las intervenciones y los resultados, que ayuden a mejorar la atención a los pacientes. Las clasificaciones NIC y NOC, son el resultado del trabajo de un grupo de expertos y de ejemplos de literatura de enfermería, no han sido el resultado de investigación clínica, ni de la práctica de enfermería diaria, por esto deberían ser revisados a través de la observación en la atención clínica cotidiana” (42).

3.6.1. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)

“Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud y/o procesos vitales reales o potenciales. Proporciona la base para la selección de intervenciones del campo de enfermería. Serie de operaciones cognitivas mediante el procesamiento de datos obtenidos en la valoración, para llegar al punto culminante del diagnóstico o problema. No se puede proponer un plan de acción si antes no se ha clarificado el diagnóstico. Proporcionan un lenguaje útil que permite documentar la contribución de enfermería, al mantenimiento, recuperación y rehabilitación de las personas, familias y comunidad Los diagnósticos de enfermería, constan de: *la respuesta humana o problema, la etiología, los factores*

relacionados o contributorios (R/C: relacionado con), los signos y síntomas (E/P: evidenciado por) y el secundario a. También tienen una clasificación de Dominio, Clase, Necesidad y Patrón” (42).

“Los diagnósticos enfermeros se encuentran difundidos y aceptados a nivel mundial y han contribuido al desarrollo de la profesión, ya que permiten detallar un plan de cuidados, definir unos resultados esperados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) necesarias para su consecución” (44).

3.6.2 Nursing Interventions Classification (NIC)

Los NIC “corresponden a los códigos y definiciones de las intervenciones de enfermería, es todo aquello que se aplica para ayudar al sujeto de cuidado para obtener los resultados que se esperan y se desean. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados de distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones. Incluyen tanto la esfera fisiológica, como la psicosocial. Las intervenciones se han incluido para el manejo de enfermedades, la prevención de enfermedades y para el fomento de la salud. La mayoría de las intervenciones son para su utilización en individuos, pero muchas de ellas son para su uso en familias y otras para ser practicadas en el ámbito comunitario. Las intervenciones al igual que los diagnósticos de enfermería, están catalogadas con una *denominación, una definición y una serie de actividades o tareas*” (39).

“Es la clasificación estandarizada y comprensible de los tratamientos que el profesional de enfermería realiza. Es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que se realizan. Es útil porque involucra todas las especialidades, es aplicable en cualquier contexto y se plantean las intervenciones hacia individuos, familias y comunidad con un enfoque holístico, el cual contempla además de las intervenciones hacia lo fisiológico, las relativas al campo psicológico, social, cultural, afectivo y religioso. El lenguaje NIC, incluye todas las intervenciones ejecutadas por los profesionales en enfermería, tanto independientes, interdependientes o dependientes, así como cuidados directos e indirectos. A diferencia de los diagnósticos enfermeros o del resultado del paciente, en donde este es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería el centro es la conducta del profesional, *todo aquello que éste realiza para ayudar al paciente a avanzar hacia los resultados esperados. Cualquier tratamiento basado en el*

conocimiento y juicio clínico que se realiza para favorecer los resultados esperados del sujeto de atención. Cada NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones, tiene cuatro términos: campo, clase, intervención y las actividades. Los NIC no son una lista de procedimientos. Las actividades planteadas para cada intervención esbozan las acciones a realizar; aunque no todas son posibles de realizar en todos los individuos que reciben atención, la mayoría de estas se pueden ejecutar. Es importante resaltar que no están escritas como protocolos o niveles de procedimientos” (41).

“Rango completo de intervenciones realizadas por profesionales de enfermería. Utiliza un lenguaje normalizado global para describir los tratamientos que realizan los enfermeros desde la base del uso del lenguaje normalizado que no inhibe la práctica” (44).

3.6.3 Nursing Outcomes Classification (NOC)

“Son las *etiquetas (códigos) y las definiciones* de resultados de enfermería. Los NOC cuentan cada uno con un número de indicadores que permiten verificar el logro de la meta. *Resultado de un estado, conducta o percepción variable de un paciente o cuidador, o familiar, sensible a las intervenciones de enfermería y conceptualizado a niveles medios de abstracción.* Al igual que las intervenciones NIC, constan de una *etiqueta* y su *definición*, se le adiciona la *lista de indicadores* para evaluar el estado del sujeto de cuidado y se acompaña de una *escala de Likert* con cinco parámetros que permiten medir cambios en el estado del sujeto de cuidado y, además, una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo de los resultados. Los resultados NOC, permiten controlar el progreso o no a lo largo de un Proceso de Atención de Enfermería” (39).

“Clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las Intervenciones de enfermería. Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de las intervenciones de enfermería. Estado, conducta o percepción individual, familiar y comunitaria y que se mide a lo largo de un proceso continuo en respuesta a una intervención de enfermería. Cada NOC tiene: una *etiqueta, una definición, una lista de indicadores* para evaluar el estado del paciente

en relación al resultado, se utiliza la escala de Likert, para medir el estado del paciente” (41).

“Presenta una terminología y unos criterios estandarizados para resultados mensurables como consecuencia de intervenciones realizadas por enfermeras. La clasificación puede ser utilizada por investigadores, estudiantes, profesionales, profesores y gestores en los diferentes entornos docentes, clínicos, de investigación y de gestión, y constituye una importante herramienta tanto para la contención de costos como para la efectividad de los cuidados. Presenta los indicadores específicos que pueden ser utilizados como resultados intermedios o para evaluar al paciente en relación con el resultado obtenido” (44).

3.6.4 Interrelación NANDA, NIC y NOC

“La interrelación consiste en la relación de los tres lenguajes de enfermería con el fin de brindar un apoyo, pero no de sustituir el conocimiento, experiencia y juicio clínico del profesional. Pueden usarse en conjunto o de manera independiente, de acuerdo con la planeación de los cuidados específicos de un paciente, familia o comunidad. La relación entre los diagnósticos NANDA y los resultados NOC, indican las asociaciones entre el problema o estado del paciente y los aspectos del problema o estado que se esperan resolver. La interrelación entre los diagnósticos NANDA y las intervenciones NIC indican la relación entre el problema del paciente y las actividades de enfermería que resolverán y/o disminuirán el problema. La relación entre los resultados NOC y las intervenciones NIC indican la relación entre la resolución del problema y las actividades a ser realizadas por parte de enfermería” (42).

“La aplicación del lenguaje NANDA, NIC y NOC, requiere por parte del profesional de enfermería, algunas aptitudes y actitudes:

- Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.
- Capacidad de crear comunicación asertiva con el equipo de salud.
- Capacidad de crear comunicación asertiva con el paciente, familia y comunidad.
- Capacidad de liderazgo.
- Conocer los diagnósticos médicos del paciente.
- Conocer la fisiopatología de todos los diagnósticos del paciente.

- Conocimientos gerenciales.
- Creatividad.
- Facilidad de crear relaciones de empatía.
- Gran capacidad de análisis.
- La realización de cuidados directos al paciente.
- Manejo adecuado de relaciones interpersonales” (42).

El “Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI”, se fundamenta en los conceptos de experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores, desde la perspectiva teórica del final tranquilo de la vida, de Ruland y Moore, así mismo las intervenciones surgen de la revisión de la literatura científica, se utilizan las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y la interrelación NANDA, NIC y NOC.

4. Capítulo IV: Marco de Diseño

4.1 Diseño del Plan de Cuidado

Con el fin de que exista una coherencia entre el nivel de abstracción del sistema teórico y el sistema operacional, que contribuya a la resolución de una necesidad de la práctica clínica de enfermería como es el cuidado del paciente al final de la vida en la UCI, se diseñó un plan de cuidado de enfermería, desde la perspectiva teórica de Ruland y Moore, según los conceptos de Experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores. Para este diseño se hizo la revisión de la literatura sobre el tema y se realizó teniendo en cuenta el Proceso de Atención de Enfermería como un método científico y su articulación con el lenguaje estandarizado y la taxonomía de enfermería, mediante el uso de las interrelaciones North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC), se consideran las etapas del PAE: formulación del diagnóstico de enfermería (NANDA), planteamiento de la meta de enfermería o los resultados esperados (NOC), planteamiento de las intervenciones y cuidados de enfermería (NIC) del plan de cuidados de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI.

Los diagnósticos de enfermería tomados, son los aprobados por la NANDA: 2015 – 2017. Las intervenciones surgieron de la revisión de la literatura, así como, de las incluidas en la NIC, sexta edición, los resultados son los contemplados en la NOC, quinta edición.

El “Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI”, se presenta como un plan estandarizado, el cual puede ser modificado acorde con las necesidades biológicas, fisiológicas, sociales, culturales, espirituales y religiosas del paciente crítico.

4.2 Consideraciones éticas

El presente trabajo “Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI”, promueve en los profesionales de enfermería el cumplimiento de la Ley 911 de 2004, en lo contemplado en el Título I: principios y valores éticos del acto de cuidado de enfermería, lo establecido en el Capítulo I y Artículo 1: “*El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distingos de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política*”.(45). Esto se logra mediante las siguientes intervenciones de enfermería, planteadas por Ruland y Moore, en la Teoría del final tranquilo de la vida: “incluir al paciente y a los seres queridos en la toma de decisiones, tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto y estar atento a las necesidades, deseos y preferencias expresados por el paciente” (21), la cual constituye el referente teórico del presente plan de cuidados.

Así mismo, se promueve el cumplimiento de los *principios y valores éticos del acto de cuidado de enfermería, contemplados en Ley 911 de 2004, Título I, Capítulo I y Artículo 2: “Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía, Justicia, Confidencialidad y Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, que orientarán la responsabilidad deontológica profesional de la enfermería en Colombia”* (45). Además del cumplimiento de la Ley 266 de 1996, Capítulo I, Artículo 2, que hace referencia a los *principios de la práctica: integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad y continuidad*” (46).

El plan de cuidados asegura el cumplimiento de los principios y valores éticos: *beneficencia*, en llevar a cabo acciones de cuidado orientadas a satisfacer las necesidades del paciente, el principio de *no maleficencia*, mediante la no realización de medidas extremas que causen daño y prolonguen el sufrimiento durante la última etapa de la vida, la *autonomía*, mediante la inclusión del paciente y los seres queridos en la toma de decisiones, la *justicia*, suscita un cuidado de enfermería al paciente durante la última etapa de la vida en igualdad de condiciones y calidad frente aquellos pacientes (críticos recuperables) que se encuentran en la UCI, la *confidencialidad* mediante el respeto a la privacidad e intimidad del paciente y la familia en los últimos momentos; se procurara que los otros pacientes y familiares de la UCI no se enteren de la muerte

inminente de la persona, la veracidad, con una comunicación cálida, sincera y sin generar falsas expectativas.

En lo relacionado con el cumplimiento de los principios *de la práctica*, el cuidado de enfermería incluirá la persona para responder en sus dimensiones físicas, sociales, mentales y espirituales y a la familia desde la dimensión social (*integralidad*), así mismo, el cuidado considerará las condiciones socioculturales y los valores, se respetará la diversidad cultural y por ningún motivo se discriminara (*individualidad*). En la relación enfermero, paciente y familia primará la comunicación efectiva, asertiva y respetuosa (*dialogicidad*), el cuidado se hará bajo estándares de *calidad* acorde con los avances técnico-científicos (*calidad*), estos además se harán en forma continua hasta lograr el final tranquilo de la vida.

El presente trabajo de grado se basa en la Constitución Política de Colombia de 1991, Título I, de los principios fundamentales, Artículo 1, Colombia es un Estado social de derecho, fundada en el respeto de la dignidad humana, Capítulo 1, de los derechos fundamentales, artículo 11, derecho a la vida, Capítulo 2, de los derechos sociales, económicos y culturales, en los Artículo 48 y 49, derecho a la salud y seguridad social (47).

De acuerdo con la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Título II de la investigación en seres humanos, Capítulo 1, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Artículo 5: en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá *prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar*, el presente trabajo, es catalogado, según el Artículo 11: *Investigación sin riesgo, ya que* “son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio” (48). Así mismo, se tiene en cuenta lo contemplado en el Acuerdo N° 035 de 2003 del Consejo Académico, por el cual se expide el Reglamento sobre Propiedad Intelectual, Capítulo II, Derechos de Autor, Artículo 14, 15, 16, 17 y 18: Derechos de los Autores y Artículo 24: trabajos de grado, trabajos finales y tesis.(49).

También, se acoge a la política ambiental de la Universidad Nacional de Colombia, reglamentada por el Acuerdo 016 de 2011, que establece el uso responsable de los recursos. La revisión de las piezas de investigación se hizo a través de los recursos bibliográficos (bases de datos, revistas electrónicas) disponibles en el SINAB (Sistema Nacional de Bibliotecas), el impacto ambiental fue mínimo, ya que se redujo al máximo la utilización de papel para no incurrir en el desaprovechamiento de los recursos naturales (50). La responsabilidad social del plan de cuidados de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, contribuye a la solución de un problema de la práctica que beneficia el cuidado de enfermería, para el paciente que se encuentra durante su última etapa existencial y su familia en la UCI.

El presente “Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI”, será publicado en el repositorio institucional de la biblioteca digital del Sistema Nacional de Bibliotecas (SINAB) de la Universidad Nacional de Colombia, así mismo se presentará una publicación de un artículo científico en una revista indexada a nivel nacional o internacional y se socializará en un evento de enfermería de carácter académico. Se proyecta presentar y aplicar este plan de cuidado en la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Universitario Nacional, como parte de la política de humanización del Hospital Universitario Nacional.

Capítulo V: Marco de Resultados

5.1 Búsqueda y selección de la literatura científica

Con relación al conocimiento existente frente al fenómeno de interés y poder tener una mirada general del tema se realizó una revisión integrada de la literatura considerando los siguientes criterios de inclusión: paciente adulto al final de la vida en la UCI, piezas publicadas en español, inglés y portugués, disponibles en bases de datos reconocidas en salud y revistas indexadas. Como criterios de exclusión, paciente pediátrico y adolescente.

Las búsquedas se hicieron utilizando los tesauros, descriptores en salud y palabras claves: DeSC, MeSH, Subject Term y Emtree, usando diferentes ecuaciones de búsqueda, con comillas, paréntesis y corchetes y los operadores booleanos: AND, OR y NOT, en las bases de datos: Academic Search Complete (EBSCO), Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Dialnet, Embase, Medline (EBSCO), Ovid Nursing, Pubmed, Redalyc, Science Direct, Scielo y Wiley Online Library. La búsqueda permitió identificar 448 piezas científicas, de las cuales se seleccionaron 62 artículos acorde con los criterios de inclusión, como se observa en el cuadro N°3 y 4 y en la figura N° 3.

Además, se consideraron libros relacionados con el tema de interés y literatura gris, a través de: DSpace, reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de periódicos, del Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos: España (Proyecto HUCI), de la Fundación Humanizando los Cuidados Intensivos: Colombia (FHUCI), de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

Igualmente se revisaron las guías de práctica clínica de la Registered Nurses' Association of Ontario, (RNAO), Canadá, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC) y la NNNConsult.

Se construyó una base de datos, en el programa Microsoft Excel, en la cual se clasificaron los artículos seleccionados, en cuatro hojas de cálculos, acordes con la

temática, denominadas: planes de cuidados de enfermería (8 artículos), teoría del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore (13 artículos), final de la vida en UCI (20 artículos) y otros artículos relacionados que aportaran al fenómeno de interés (21 artículos). La base de datos se organizó de la siguiente manera: título del artículo, base de datos, revista, año, autores, palabras claves (DeCS, MeSH, Keywords), resumen (Abstract), objetivos, diseño, resultados y conclusiones, como se observa en el Anexo N° 1.

Los artículos seleccionados corresponden a estudios cuantitativos de tipo descriptivo, observacionales, cualitativos, de tipo fenomenológicos, estudios de caso, revisiones de literatura y revisiones sistemáticas. Posterior al análisis de los artículos incluidos, se obtuvieron las siguientes temáticas de interés: cuidado de enfermería, cuidado intensivo, cuidado paliativo, final tranquilo de la vida y familia del paciente crítico.

Cuadro Nº 3. Descriptores y tesauros usados para las búsquedas en las bases de datos en salud del SINAB.

<p>DESCRIPTORES TESAUROS BASES DE DATOS</p>	<p>PALABRAS CLAVE</p>	<p>PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA</p>	<p>TEORIA FINAL TRANQUILO DE LA VIDA RULAND Y MOORE (TFTV)</p>	<p>UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO (UCI – ICU – ITU – UVI – UCC – CTI – UTI - UMI)</p>
<p>DeSC Biblioteca Virtual en Salud (BVS)</p>	<p>Plans, Nursing Care Care, Plans Nursing Process, Nursing Nursing processes Processes, Nursing Nursing care Plans Nursing care</p> <p>Términos Ampliados: Patient Care Planning Planes de Atención en Enfermería Atención de Enfermería Cuidado de Enfermería Cuidados de Enfermería Cuidados posteriores</p> <p>Términos Relacionados: Planejamento de Assistência ao Paciente Cuidados de Enfermagem</p>	<p>End of life care Care end, life Life care end Cuidado Terminal Terminal Care Assistência Terminal</p> <p>Términos Relacionados: Planificación Anticipada de Atención Cuidados Paliativos al Final de la Vida Cuidados para Prolongación de la Vida Cuidados Paliativos</p>	<p>Care Unit, Intensive Intensive Care Unit Care Units, Intensive Intensive Care Units Critical Care Unit, Intensive Care Units, Intensive care Unidades de Cuidados Intensivos Intensive Care Units Unidades de Terapia Intensiva Cuidados críticos</p> <p>Términos Relacionados: UCI Unidad de Cuidados Intensivos Unidad de Terapia Intensiva Unidades de Terapia Intensiva Cuidado Intensivo Cuidados Intensivos Cuidado intensivo Quirúrgico Cuidados intensivos Quirúrgicos Terapia Intensiva Terapia Intensiva Quirúrgica</p>	
<p>EMTREE</p>	<p>Patient care plan Patient care planning</p>	<p>Terminal care</p> <p>Términos Relacionados: End of life care EOL care</p>	<p>Intensive Care Unit</p> <p>Términos Relacionados: Critical care unit General ICU; GICU; GICUs; ICU's Intensive care department Intensive care units</p>	

EMBASE			<p>Intensive therapy unit Intensive treatment unit Medical - surgery ICU Medical/surgical ICU Medical/surgical ICUs Medico-surgical ICU Mixed medical and surgical ICU Mixed surgical and medical ICU Respiratory care unit Respiratory care units Special care unit Surgery/medical ICU Surgical-medical ICUs Surgical/medical ICU Unit, intensive care</p>
<p>MeSH Pubmed (NCBI) Medline (EBSCO)</p>	<p>Nursing Process Patient Care Planning NURSING care plans</p> <p>Términos Ampliados: Advance Care Planning Nursing Diagnosis MEDICAL protocols</p> <p>Términos Relacionados: Patient Care Management</p>	<p>Terminal Care Critical care</p> <p>Términos Relacionados Care, Terminal End of Life Care Care End, Life Care Ends, Life Life Care End Life Care Ends</p> <p>Términos Específicos: Life Support Care Palliative Care Hospice Care Advance Care Planning</p>	<p>Intensive Care Units</p> <p>Términos Relacionados: Care Unit, Intensive Care Units, Intensive Intensive Care Unit Unit, Intensive Care Units, Intensive Care</p>
<p>SUBJECT TERM Academic Search Complete (EBSCO)</p>	<p>NURSING care plans GUIDELINES</p> <p>Términos Ampliados: MEDICAL protocols</p>	<p>DEATH TERMINAL care PALLIATIVE treatment TERMINALLY ill</p>	<p>INTENSIVE care units</p> <p>Términos Relacionados: INTENSIVE care patients CRITICAL care medicine</p>
	<p>Nursing Care Nursing Care Plan Nursing Care Plan, Computerized</p>	<p>End-of-Life Care Peaceful death</p>	<p>Intensive Care Intensive Care Unit ICU</p>

<p>Thesaurus OVID Nursing</p>	<p>Care Plan, Nursing Care Plans, Nursing</p> <p>Términos más amplios: Nursing Process Nursing Protocols Patient Care Plans</p> <p>Términos más específicos: Computerized Nursing Care Plans</p>	<p>Términos más amplios: Patient Care Holistic care</p> <p>Términos más específicos: Palliative Care Hospice Care Euthanasia Assisted Suicide</p> <p>Términos Relacionados: Advance Care Planning Bereavement Death End-of-Life Comfort Questionnaires Terminally Ill Patients</p>	<p>ICUs Intensive Therapy Unit Intensive Therapy Units ITU ITUs Surgical Intensive Care Unit Surgical Intensive Care Units Therapy Unit, Intensive Therapy Units, Intensive</p> <p>Términos más amplios: Hospital Units</p> <p>Términos más específicos: Coronary Care Units Post-Anesthesia Care Units Respiratory Care Units Stroke Units</p> <p>Términos Relacionados: Critical Care Nurses Caring Intensive Care Nursing</p>
<p>Palabras clave o palabras de texto libre</p>	<p>Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Proceso de Enfermería (PE) Proceso enfermero Plan de cuidados</p>	<p>Cuidados al final de la vida (CAV) Cuidados de final de vida (EOLC) Decisiones de fin de vida (EOLD) Fase Final de la Vida (FFV) Situación de Últimos Días (SUD) Teoría del Final Tranquilo de la Vida (TFTV) Nursing theory Theory of the peaceful end of life</p>	<p>Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) Unidad de Cuidados Críticos (UCC) Centro de Tratamiento Intensivo (CTI) Unidad de Medicina Intensiva (UMI) Unidad de Terapia Intensiva (UTI) Medicina Intensiva Enfermería intensiva Cuidado Critico Cuidado Intensivo</p>

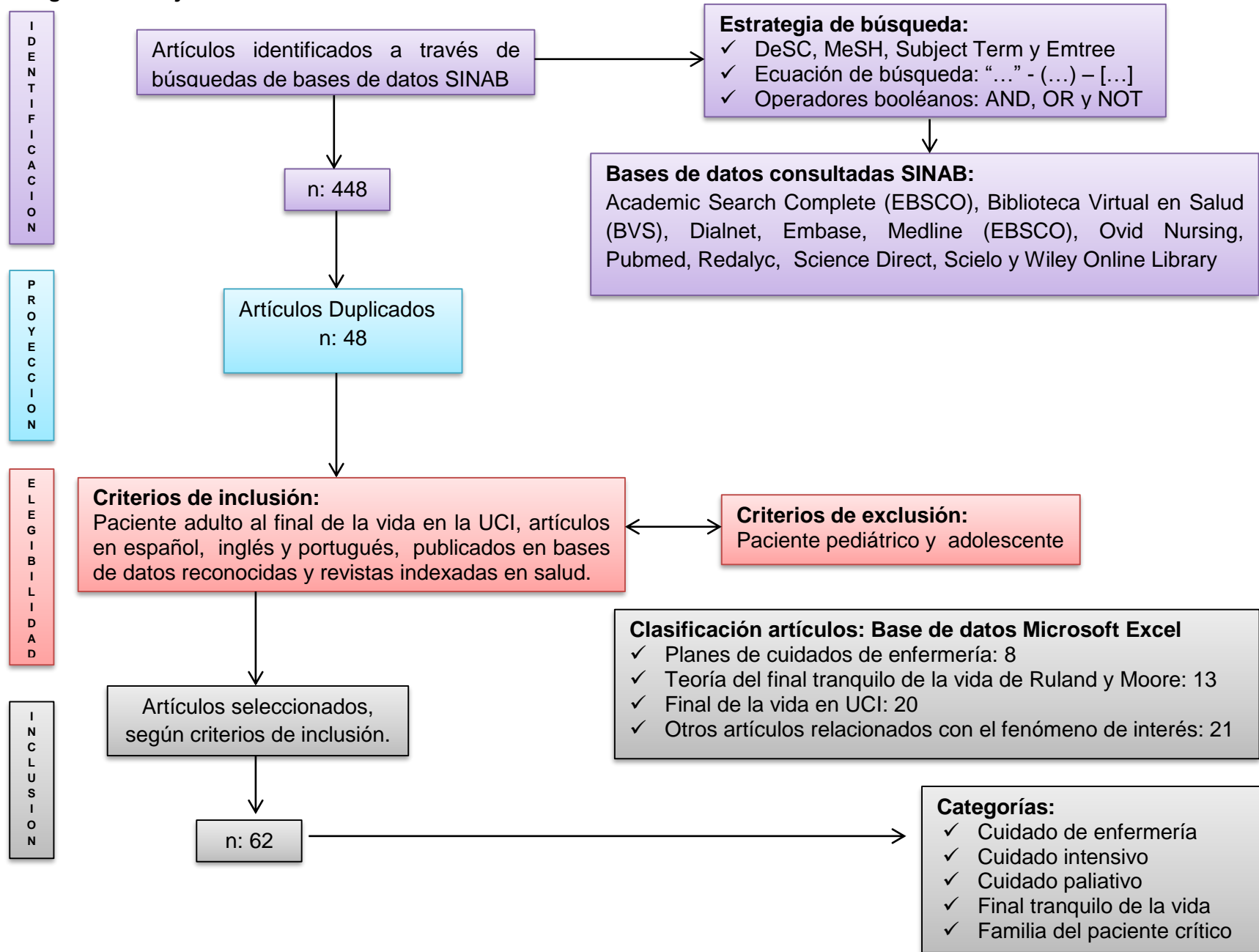
Fuente: Elaboración propia.

Cuadro N° 4
Estrategia de búsqueda bases de datos en salud del SINAB.

BASE DE DATOS	ECUACION DE BUSQUEDA EN LAS BASES DE DATOS EN SALUD	TIPO DE BUSQUEDA	RESULTADOS	ARTICULOS SELECCIONADOS
Academic Search Complete (EBSCO)	AB (NURSING care plans OR GUIDELINES) AND AB (DEATH OR TERMINAL CARE OR TERMINALLY ill) AND INTENSIVE care units	Búsqueda Avanzada (Abstract)	147	5
Biblioteca Virtual en Salud (BVS)	(unidad de cuidados intensivos OR Intensive Care Unit) AND (End of life care OR Cuidado Terminal OR theory of the peaceful end of life) AND (Nursing care plans OR Planes de Atención en Enfermería)	Búsqueda Básica	4	4
EMBASE	'terminal care':ti,ab,kw AND 'intensive care unit':ti,ab,kw AND 'protocol':ti,ab,kw	Búsqueda Avanzada (Título, Abstract y keywords)	2	1
MEDLINE (EBSCO)	(Nursing Process OR Patient Care Planning OR NURSING care plans OR Advance Care Planning OR Patient Care Management) AND (Terminal Care OR Care, Terminal OR End of Life Care OR Care End Life OR Care Ends, Life OR Life Care End OR Life Care Ends OR Theory of the peaceful end of life) AND (Intensive Care Units OR Care Unit, Intensive OR Care Units, Intensive OR Intensive Care Unit OR Unit, Intensive Care OR Units, Intensive Care	Búsqueda Avanzada (Título, Abstract y keywords)	33	9
PUBMED (NCBI - PMC)	("nursing process"[MeSH Terms] OR "patient care planning"[MeSH Terms] OR "patient care planning"[MeSH Terms] OR "advance care planning"[MeSH Terms] OR "patient care management"[MeSH Terms]) AND ("intensive care units"[MeSH Terms] OR "intensive care units"[MeSH Terms] OR "intensive care units"[MeSH Terms] OR "intensive care units"[MeSH Terms] OR "intensive care units"[MeSH Terms] OR "intensive care units"[MeSH Terms]) AND (("terminal care"[MeSH Terms] OR "hospice care"[MeSH Terms]) OR "terminal care"[MeSH Terms] OR "terminal care"[MeSH Terms] OR "terminal care"[MeSH Terms] OR "palliative care"[MeSH Terms])	Búsqueda Avanzada (Título, Abstract y keywords)	69	7
OVID NURSING	((end-of-life care or holistic care or peaceful death) and (intensive care nurse or Intensive Care Unit or ICU Nurses Caring)).ab.	Búsqueda Multicampo (Abstract)	53	5
SCIENCE DIRECT	(Plans, Nursing Care OR Care, Plans Nursing OR Patient Care Planning OR Nursing Care Plan) AND (End of life care OR Care end, life OR Life care end) AND (unidad de cuidados intensivos OR Intensive Care Unit OR Care Units, Intensive)	Búsqueda Avanzada	35	6
SCIELO	(ab:(ab:(unidad de cuidados intensivos)) AND fin de la vida OR muerte))	Búsqueda Avanzada (Resumo)	71	17
Wiley Online Library	(terminal care OR End-of-Life Care OR Peaceful Death AND Intensive Care Unit)	Búsqueda Avanzada Abstract	34	5
Otras bases consultadas:				
Dialnet				1
Redalyc				1
Google Académico				1
Total			448	62

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 3 “Diagrama de flujo PRISMA”



5.2 Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI.

El “Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI”, surge de una necesidad de la práctica diaria del cuidado de enfermería en la UCI, dada la mortalidad en la UCI que se aproxima entre un 10 y 20% (27), esto exige del personal de enfermería que labora en estas unidades, cuidados de calidad para el paciente que se encuentra en etapa final de la vida; sin embargo, no se evidenció en la práctica planes de cuidado estructurados que orienten el cuidado y responda a las necesidades del paciente en este difícil momento. La experiencia en el área permitió identificar que ante dichas situaciones el personal de salud con frecuencia se distancia del paciente y su núcleo familiar, se limita a satisfacer las necesidades fisiológicas, y dejando en un segundo plano las necesidades emocionales, espirituales y socioculturales, que son de gran relevancia para el ser humano y más aún al final de la vida.

El interés en este fenómeno frecuente de la práctica, determinó la búsqueda de teorías de mediano rango que respondieran a la problemática de interés. La teoría del final tranquilo de la vida, de Ruland y Moore, propuesta en 1998, aborda el final de la vida a través de dimensiones trascendentales, con indicadores e intervenciones, dirigidas a alcanzar una muerte tranquila. Esta teoría incluye cinco conceptos “ausencia de dolor, experiencia de bienestar, experiencia de dignidad y respeto, estar en paz y proximidad de los seres queridos y/o cuidadores”, no obstante, dada la complejidad el plan de cuidados se estructuró teniendo en cuenta dos de los cinco conceptos, *experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores*.

Propiciar una experiencia de dignidad y respeto, como lo mencionan las autoras, enaltece el valor de la persona y da relevancia a la autonomía, lo que generó un interés particular en buscar e identificar intervenciones de cuidado para respetar y dignificar al ser

humano en el último momento de la vida, es usual en la práctica diaria la toma de decisiones ajenas a los deseos del paciente, los procesos de comunicación limitados, en especial cuando las condiciones del paciente no permiten un lenguaje verbal, se proporcionan cuidados básicos, pero existe falta de disposición, empatía y en algunos momentos de presencia y escucha activa. Las diferentes circunstancias pueden ser obstáculos, aunque exista el deseo por el bienestar de la persona, a veces, no se sabe cómo hacerlo, la tecnificación del cuidado y la rutina en sí misma, menoscaban la sensibilidad.

La proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores, es una prioridad del cuidado, ya que la familia representa la esencia fundamental de la persona, el ser humano es un ser sociable por naturaleza, y pertenece a una sociedad, a una familia, donde influyen diversos hábitos, tradiciones, costumbres, creencias, principios, valores, factores internos y externos, sociales, culturales, económicos, afectivos y espirituales; presentes desde el principio hasta el final de la vida. Estar cerca de los seres queridos en momentos trascendentales de la vida, como es el final de la misma, en contextos ajenos a la cotidianidad, como es el ambiente de la UCI, permite lograr un final tranquilo de la vida, incluir a la familia en los cuidados al final de la vida mediante el cuidado participativo, permite mejorar el afrontamiento familiar y disminuir la ansiedad ante la muerte, del paciente y su familia, permite la expresión de diversos sentimientos relacionados con el final de la vida de un ser querido, tales como, tristeza, llanto, temor, ansiedad, angustia, intranquilidad, desesperanza, preocupación e incertidumbre. La protocolización, instauración, activación y aplicación del código lila en la UCI facilita la práctica de diferentes expresiones, manifestaciones y cuidados, tales como, la musicoterapia, la oración, la religiosidad y la espiritualidad, entre otras prácticas relacionadas con el sujeto de cuidado y su familia y el equipo multidisciplinario en salud, de manera que se deben facilitar las visitas, permitir la presencia de la familia y el acompañamiento permanente, sin delimitar la cantidad de personas, ya que existe la posibilidad de tener “UCIs de puertas abiertas” y especialmente y sin lugar a dudas, al final de la vida.

Lo anterior constituyó la principal motivación para abordar estos dos únicos conceptos y diseñar el plan de cuidados, incluir los cinco conceptos desbordaría los límites del presente trabajo.

El concepto de “Ausencia de dolor”, ya ha sido ampliamente estudiado, desde diferentes puntos de vista, sin embargo, es necesario tener en cuenta que la “Ausencia de dolor, la experiencia de bienestar y la proximidad de los seres queridos”, de una u otra forma contribuye a lograr la “experiencia de dignidad y respeto”.

El concepto “estar en paz”, es el más abstracto de los cinco conceptos de la teoría del final tranquilo de la vida, de Ruland y Moore.

Por lo tanto, el plan de cuidados de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, desde la perspectiva teórica de Ruland y Moore, se basa en los conceptos de “experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores”.

El plan de cuidados, también se logró teniendo en cuenta la literatura científica buscada y seleccionada en las diferentes bases de datos en salud, de los recursos bibliográficos del Sistema Nacional de Bibliotecas (SINAB) de la Universidad Nacional de Colombia, la metodología del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el lenguaje estandarizado, la taxonomía de enfermería y las interrelaciones NANDA, NIC y NOC. La articulación de todos los elementos anteriormente mencionados y descritos de una forma más amplia en el diseño metodológico, permitieron la construcción del “Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI”.

Posterior a la búsqueda, selección, revisión y análisis de la literatura científica y teniendo en cuenta las categorías o temáticas de interés, las cuales son: cuidado de enfermería, cuidado intensivo, cuidado paliativo, final tranquilo de la vida y familia del paciente crítico, se realiza el diseño del Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, desde la perspectiva teórica de Ruland y Moore, a partir de los conceptos de *Experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los allegados, seres*

queridos y/o cuidadores, con base en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el lenguaje estandarizado, la taxonomía de enfermería y las interrelaciones NANDA, NIC y NOC, como se observa en la Tabla N° 1.

Tabla N° 1

Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, desde la perspectiva teórica de Ruland y Moore, a partir de los conceptos de “Experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores”

“Cuando la enfermedad no se puede curar físicamente, aún queda mucho por hacer emocional y espiritualmente por el enfermo y su familia”.⁽⁶⁾

Teoría del Final Tranquilo de la Vida de Ruland y Moore (TFTV)

“La teoría está conformada por varios marcos teóricos. Se basa fundamentalmente en el modelo de Avedis Donabedian: estructura, proceso y resultado (desenlaces). La **estructura-contexto** es el sistema familiar (el paciente terminal y sus allegados) que está recibiendo cuidados de los profesionales en una unidad hospitalaria de agudos (UCI) y el **proceso** se define como las acciones (intervenciones de enfermería) dirigidas a promover los siguientes **desenlaces**:

- Ausencia de dolor
- Experiencia de bienestar
- Experiencia de dignidad y respeto
- Estado de tranquilidad (Sentirse en paz)
- Sentir la proximidad de los seres queridos, allegados y/o cuidadores” (21).

*El “Plan de cuidados de enfermería al final de la vida en la UCI”, se realiza teniendo en cuenta los conceptos de “Experiencia de dignidad y respeto”, que acorde con la teoría incluye como intervenciones: “Incluir al paciente y a los seres queridos en la toma de decisiones, tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto y estar atento a las necesidades, deseos y preferencias expresadas por el paciente” y para el concepto “Proximidad de los seres queridos, allegados y/o cuidadores”, las intervenciones “Facilitar la participación de los seres queridos en los cuidados al paciente, atender la tristeza, las preocupaciones y las cuestiones de los seres queridos y facilitar oportunidades para la cercanía de la familia”, y su articulación con la taxonomía NANDA, NIC y NOC, como se presenta a continuación.

Concepto Experiencia de dignidad y respeto

Valoración: “Implica disponer y acompañar al paciente para una muerte afrontada con dignidad” (51).

“El paciente es un ser humano sujeto de derechos que requiere del interés genuino de la enfermera para comprender sus necesidades o emociones” (52).

“Existen unos cuidados básicos necesarios al final de la vida, su ausencia no puede convertirse en una eutanasia encubierta. El enfermo tiene que morir por su enfermedad, nunca por falta de cuidados. Todas las acciones humanas (la eutanasia, la sedación, la obstinación terapéutica y los cuidados básicos) han de ser expresión y manifestación de lo que la dignidad humana reclama. Dicha dignidad se expresa en las acciones que el ser humano realiza” (7).

El respeto por la dignidad humana debe preservarse hasta el final de la vida, condición de riesgo donde el ser humano disminuye su autonomía y es más vulnerable, por lo tanto, el rol y los cuidados de enfermería son fundamentales para el logro del final tranquilo de la vida.

Intervención propuesta por la teoría del final tranquilo de la vida: Incluir al paciente y a los seres queridos en la toma de decisiones (13).

Diagnóstico de enfermería N°: 00157 Disposición para mejorar la comunicación

Dominio N°: 5 Percepción/Cognición

Clase Nº: 5 Comunicación					
Necesidad: 10 Comunicación					
Patrón: 8 Rol-relaciones					
Definición: Patrón de intercambio de información e ideas con otros, que es suficiente para satisfacer las necesidades y objetivos vitales de la persona que puede ser reforzado					
Características y factores: Expresa deseo de mejorar la comunicación.					
Resultados NOC					
NOC: 0902 COMUNICACIÓN					
Definición: Recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales.					
Dominio: 2 Salud fisiológica					
Clase: J Neurocognitiva					
Escala: Desde Gravemente comprometido hasta NO comprometido.					
Indicadores					
90202 Utiliza el lenguaje hablado.	90205 Utiliza el lenguaje no verbal.	90206 Reconoce los mensajes recibidos.	90207 Dirige el mensaje de forma apropiada.	90208 Intercambia mensajes con los demás.	90210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos.
1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido					
Intervenciones de enfermería (NIC)	Actividades de enfermería				Cómo
4920 Escucha activa Definición: Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar interés por el paciente, hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. • Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones. • Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones. • Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación • Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas. • Dar la respuesta en el momento adecuado para que refleje la comprensión del mensaje recibido. • Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. • Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y 				<ul style="list-style-type: none"> • Preséntese al paciente y su familia, comuníquese que usted va a estar pendiente de él, durante su turno, que ante cualquier inquietud no dude en preguntarle. • Explicar lo que está sucediendo al paciente y a su familia. • “Apoyar y escuchar a la familia” (53) y al paciente, si corresponde. • “Mantener la comunicación con

	preocupaciones.	<p>el paciente, incluso si esta inconsciente” (53).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar los procedimientos. • Acercarse con frecuencia al paciente y su familia durante el turno y valorar las necesidades y la efectividad de las intervenciones realizadas. • Mirar a los ojos siempre • Comunicación asertiva y empática • Responder las preguntas oportunamente, “es decir no decirle que va a averiguar y nunca volver”
<p>4820 Orientación de la realidad</p> <p>Definición: Fomento de la consciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y entorno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigirse al paciente y su familia por su nombre al iniciar la interacción. • Acercarse al paciente despacio y de frente. • Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente. • Hablar al paciente de una manera clara, a un ritmo, volumen y tono adecuados. • Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad del paciente. • Preparar al paciente para los cambios que se avecinen en la rutina y ambiente habitual antes de que se produzcan. • Proporcionar un descanso y sueño adecuados, incluidas siestas cortas si es necesario. • Modular los estímulos sensoriales humanos y ambientales. • Ofrecer psicoeducación a la familia y los allegados respecto a fomentar la orientación de la realidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acercarse con frecuencia al paciente y su familia durante el turno y valorar las necesidades y la efectividad de las intervenciones realizadas. • Distribuir adecuadamente las actividades de enfermería durante el turno, de modo que pueda dedicar un tiempo óptimo al paciente. • Establecer un diálogo sincero, prudente y con mensajes positivos • Explicar siempre todo lo que se va a realizar • Procurar en la unidad un ambiente silencioso, tranquilo y digno • Valorar si se requiere apoyo del grupo de psicología que ayude a la orientación de la realidad • Sí es necesario recordarle la

<p>5340 Presencia</p> <p>Definición: Permanecer con otra persona, tanto física como psicológicamente, durante los momentos de necesidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar oralmente empatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente. • Ser sensible con las tradiciones y creencias del paciente. • Permanecer en silencio, según corresponda. • Establecer contacto físico con el paciente para expresar la consideración, si resulta oportuno. • Establecer una distancia entre el paciente y la familia, si es necesario. • Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad y disminuir sus miedos. • Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad. • Ofrecerse a entrar en contacto con otras personas de apoyo (sacerdote), según corresponda. 	<p>fecha, hora, el sitio donde está y las personas que están a su alrededor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acercarse con frecuencia al paciente y su familia durante el turno y valorar las necesidades y la efectividad de las intervenciones realizadas. • Evaluar la necesidad de acompañamiento cuando el paciente se encuentre solo
<p>Diagnóstico de enfermería N°: 00243 Disposición para mejorar la autonomía para la toma de decisiones</p>		
<p>Dominio N°: 10 Principios vitales</p>		
<p>Clase: 3 Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones</p>		
<p>Necesidad: 11 Creencias/valores</p>		
<p>Patrón: 6 Cognitivo-perceptivo</p>		
<p>Definición: Patrón de elección del rumbo de las acciones para alcanzar los objetivos relacionados con la salud a corto y largo plazo, que puede ser reforzado</p>		
<p>Características y factores: Expresa deseos de mejorar la capacidad para comprender todas las opciones de cuidado de la salud disponibles Expresa deseos de mejorar la toma de decisiones</p>		
<p>Resultados NOC</p>		
<p>NOC: 0906 TOMA DE DECISIONES</p>		
<p>Definición: Capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas.</p>		
<p>Dominio: 2 Salud fisiológica</p>		
<p>Clase: J Neurocognitiva</p>		
<p>Escala: Desde Gravemente comprometido hasta NO comprometido</p>		
<p>Indicadores</p>		
<p>90606 Reconoce el contexto social de la situación.</p>		

1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido

Intervenciones de enfermería (NIC)	Actividades de enfermería	Cómo
<p>5250 Apoyo en la toma de decisiones</p> <p>Definición: Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente y a la familia a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa. • Obtener y explicar el consentimiento informado, cuando se requiera. • Facilitar la toma de decisiones en colaboración. • Proporcionar la información solicitada por el paciente y la familia. • Servir de enlace entre el paciente, la familia y otros profesionales. • Remitir a grupos de apoyo, según corresponda. • Ayudar al paciente y a la familia a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la existencia de “voluntades anticipadas” (24). • Verificar el Consentimiento informado: Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) • Participar con el equipo multidisciplinario, el paciente y la familia si es del caso respecto a la donación y trasplante de órganos • Incluir dicha información durante la transferencia del cuidado.
<p>7140 Apoyo a la familia</p> <p>Definición: Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demostrar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles. • Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente. • Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico del paciente. • Ofrecer una esperanza realista. • Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. • Facilitar la comunicación de inquietudes, sentimientos entre el paciente y la familia o entre los miembros de la misma. • Favorecer una relación de confianza con la familia. • Aceptar los valores familiares sin emitir juicios. • Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas. • Identificar la naturaleza del apoyo espiritual para la familia. • Ayudar a los miembros de la familia a identificar y resolver conflictos de valores si se está en capacidad. • Respetar y apoyar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la familia. • Proporcionar retroalimentación a la familia respecto a sus estrategias de afrontamiento. • Asesorar a los miembros de la familia sobre las técnicas de afrontamiento adicionales eficaces para su uso propio. • Proporcionar recursos espirituales a la familia, según lo precisen. • Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar siempre una actitud de interés hacia la familia de modo que puedan llevarse a cabo las intervenciones planteadas • Ser flexible en lo posible ante las demandas de la familia • Ser tolerante, y comprensivo, dado que algunos miembros de la familia pueden tener manifestaciones agresivas ante la impotencia y situación del ser querido • Ser respetuoso ante todo • Permitir espacios para que paciente y familia puedan interactuar. • Mostrar alegría en la relación

	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado. • Facilitar oportunidades de visita a los miembros de la familia, según corresponda. • Presentar la familia a otras familias que estén pasando por experiencias similares, según corresponda. • Facilitar oportunidades de apoyo por parte de grupos que estén en una situación similar. • Remitir a terapia familiar, si está indicado. • Informar a la familia sobre cómo puede ponerse en contacto con el personal de enfermería. • Ayudar y acompañar a los miembros de la familia durante los procesos de muerte y duelo, según corresponda. 	
Resultados NOC		
NOC: 1614 Autonomía personal		
Definición: Acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones vitales.		
Dominio: 4 Conocimiento y conducta de salud		
Clase: Q Conducta de salud		
Escala: Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado.		
Indicadores		
161401 Toma decisiones vitales informadas.	161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud.	
1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado		
Intervenciones de enfermería (NIC)	Actividades de enfermería	Cómo
5270 Apoyo emocional Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.	<ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con el paciente si corresponde • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. • Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo, si aplica. • Ayudar al paciente y su familia a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. • Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. • Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir la expresión de sentimientos en el paciente y su familia y escucharlo atentamente • Estar presente • Mostrar interés • Acercarse con frecuencia al paciente y su familia durante el turno y valorar las necesidades y la efectividad de las intervenciones realizadas.

7460 Protección de los derechos del paciente

Definición: Protección de los derechos sanitarios de un paciente, sobre todo si es menor, discapacitado o incapacitado legalmente y no puede tomar decisiones.

- Proporcionar al paciente y a la familia la "Carta de derechos y deberes del paciente".
- Disponer un ambiente que conduzca a conversaciones privadas entre paciente, familia y profesionales sanitarios.
- Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, evacuación y aseo personal.
- Determinar si en el formulario de directrices avanzadas constan los deseos del paciente respecto a la asistencia sanitaria
- Respetar los derechos del paciente para recibir el tratamiento adecuado del dolor para los estados agudo, crónico y terminal.
- Cumplir con los deseos expresados por el paciente y la familia.
- Abstenerse de forzar el tratamiento.
- Tomar nota de la preferencia religiosa.
- Conocer y cumplir con las órdenes escritas de «no reanimar».
- Ayudar a la persona agonizante con los asuntos no finalizados según solicitud
- Mantener la confidencialidad de información del paciente.

- Dar a conocer los derechos y deberes del paciente y su familia y reforzarlos con material educativo
- Ejercer abogacía para el cumplimiento de los deberes y derechos del paciente y su familia
- Velar y promover siempre la utilización de biombos, cortinas, puertas que garanticen la privacidad y confidencialidad
- No permitir exposiciones del cuerpo del paciente ante muchas personas: equipo de salud y familia
- Valorar e intervenir de acuerdo a las necesidades del paciente el dolor y los síntomas desagradables.
- Verificar existencia del Consentimiento informado: Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) y comunicarlo durante las transferencias de cuidado.
- Ser flexible para permitir el cumplimiento de los deseos finales del paciente
- Tener en cuenta las creencias religiosas y/o espirituales del paciente y su familia
- Asumir una actitud tolerante y paciente

Intervención propuesta por la teoría del Final tranquilo de la vida: *Tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto (13)*

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA N°: 00174 Riesgo de compromiso de la dignidad humana

Dominio Nº: 6 Auto percepción						
CLASE Nº: 1 Auto concepto						
Necesidad: 11 Creencias/valores						
Patrón: 7 Auto percepción-auto concepto						
Definición: Vulnerable a la percepción de pérdida del respeto y el honor						
Características y factores: Comprensión insuficiente de la información sobre la salud Estigmatización Exposición corporal Incongruencias culturales Invasión de la privacidad Revelación de información confidencial						
Resultados NOC						
NOC: 1307 MUERTE DIGNA						
Definición: Acciones personales para mantener el control cuando se aproxima el final de la vida.						
Dominio: 3 Salud psicosocial						
Clase: N Adaptación psicosocial						
Escala: Desde <i>nunca</i> demostrado hasta <i>siempre</i> demostrado						
Indicadores						
130705 Participa en las decisiones sobre el estado de reanimación.	130706 Controla las decisiones sobre la donación de órganos.	130711 Comparte sentimientos sobre la muerte.	130722 Controla las elecciones de tratamiento.	130709 Mantiene las Instrucciones Previas.	130720 Comenta preocupaciones espirituales.	130725 Expresa preparación para morir.
1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado						
Resultados NOC						
NOC: 2007 Muerte confortable						
Definición: Tranquilidad física psicoespiritual, sociocultural y ambiental en el final inminente de la vida.						
Dominio: 5 Salud percibida						
Clase: U Salud y calidad de vida						
Escala: Desde Gravemente comprometido hasta NO comprometido y Desde Grave hasta Ninguno						

Indicadores									
200701 Calma 200705 Posición cómoda	200703 Permeabilidad de las vías aéreas	200704 Temperatura corporal	200708 Higiene personal 200709 Higiene bucal	200710 Ingesta de alimentos y líquidos, según se desee	200720 Entorno físico 200721] Temperatura ambienta	200722 Bienestar psicológico 200726 Vida espiritual	200723 Relajación muscular	200724 Apoyo de la familia 200725 Apoyo de los amigos	200727 Expresión de preparación para una muerte inminente
1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido									
200712 Sufrimientos	200713 Agitación	200714 Dolor	200715 Picazón	200716 Esfuerzos para vomitar o vómitos.	200717 Diarrea	200718 Respiración difícil 200719 Ansias de aire	200728 Hiperactividad	200729 Hacer muecas	200732 Inquietud
1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno									
Intervenciones de enfermería (NIC)	Actividades de enfermería						Cómo		
1400 Manejo del dolor Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor. Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva y estado de ánimo). Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado. Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos). Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas y no farmacológicas) que faciliten el alivio del dolor, según corresponda. Usar técnicas no farmacológicas si aplican, según la condición del paciente 						<ul style="list-style-type: none"> Realizar valoración del dolor con frecuencias predeterminadas y ejecutar acciones para manejo de este en forma inmediata Preguntar con frecuencia al paciente si esta incomodo Observar al paciente y valorar signos que sugieran incomodidad, disconfort y dolor Establecer la forma indicada de valorar el dolor en el paciente, ya que muchos de ellos pueden estar bajo sedación Enseñar a la familia el uso de la Escala Visual Análoga (EVA) y explicarle que el ideal es tener una intensidad menor a los 5 puntos y que debe informar a 		

	<p>(retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con el paciente, seres queridos y demás profesionales sanitarios para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor, según corresponda. • Poner en práctica el uso de la analgesia controlada por el paciente, si se considera oportuno. • Utilizar medidas de control del dolor antes de que éste sea muy intenso. • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa. • Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente. • Fomentar períodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor. • Notificar al médico si las medidas no tienen éxito • Utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor, cuando corresponda. • Monitorizar el grado de satisfacción del paciente y la familia con el control del dolor a intervalos especificados. 	<p>enfermería cuando está por encima de este punto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar e intervenir de acuerdo a las necesidades del paciente el dolor y los síntomas desagradables. • Diseñar y asegurar que la UCI cuente con material educativo para enseñar aspectos relacionados con el cuidado en la UCI • Utilizar material educativo para enseñar al paciente y su familia los analgésicos, cuidados y efectos secundarios • Indagar con frecuencias establecidas la satisfacción con el manejo del dolor.
<p>2210 Administración de analgésicos</p> <p>Definición: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar al paciente antes de administrar la analgesia. • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Comprobar el historial de alergias a medicamentos. • Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso. • Administrar analgésicos y /o fármacos complementarios según prescripción cuando sea necesario para potenciar la analgesia. • Instituir precauciones de seguridad para quienes reciban analgésicos narcóticos, según corresponda. • Instruir para que se solicite la medicación a demanda para el dolor antes de que el dolor sea intenso, según la condición del paciente y administrar y registrar los rescates. • Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o familiares sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción y riesgos de sobredosis). • Evaluar la eficacia del analgésico • Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la historia clínica, la prescripción médica • Valorar el dolor del paciente y los síntomas desagradables con escalas apropiadas, según la condición • Valorar los signos vitales del paciente y las manifestaciones clínicas relacionados con el dolor • Verificar los 10 correctos para la administración de medicamentos • Explicar al paciente y a la familia la administración de los analgésicos: medicamento, dosis, hora, vía, indicación y efectos secundarios • Valorar la respuesta y

	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y documentar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos. • Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos (estreñimiento e irritación gástrica). 	<p>efectividad de los analgésicos administrados, mediante la valoración del dolor del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar el registro en la Historia Clínica • Utilizar estrategias de seguridad para administrar medicamentos especialmente en caso de opioides.
<p>2400 Asistencia en la Analgesia Controlada por el Paciente (ACP)</p> <p>Definición: Facilitar el control por parte del paciente de la administración y regulación de los analgésicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmar que el paciente puede utilizar un dispositivo de ACP: es capaz de comunicarse, comprender explicaciones y seguir instrucciones. • Asegurarse de que el paciente no sea alérgico al analgésico que ha de administrarse. • Enseñar al paciente y a la familia a valorar la intensidad, calidad y duración del dolor. • Enseñar al paciente si está en condiciones y a la familia a vigilar la frecuencia cardíaca y la presión arterial. • Establecer acceso nasogástrico, venoso, subcutáneo, según corresponda. • Colaborar con el paciente, la familia y grupo de dolor para seleccionar el tipo de dispositivo de infusión controlado adecuado para el paciente. • Enseñar al paciente y a la familia la utilización del dispositivo de ACP. • Explicar al paciente y a la familia la acción y los efectos secundarios de los analgésicos. • Registrar el dolor del paciente, la cantidad y frecuencia de la dosis del fármaco, y la respuesta al tratamiento del dolor. • Recomendar la interrupción de la administración de opiáceos por otras vías con dificultades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la capacidad y posibilidad del paciente y la familia para el uso de la Analgesia Controlada por el Paciente (ACP)
<p>5260 Cuidados en la agonía</p> <p>Definición: Prestar comodidad física y paz psicológica en la fase final de la vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar si el paciente padece ansiedad. • Comunicar la voluntad de comentar aspectos de la muerte. • Animar al paciente y a la familia a compartir los sentimientos sobre la muerte. • Apoyar al paciente y a la familia en los estadios del duelo. • Observar si hay dolor. • Minimizar la incomodidad, cuando sea posible. • Administrar la medicación por vías alternativas cuando se desarrollen problemas con la deglución. • Posponer la alimentación cuando el paciente se encuentre fatigado. • Ofrecer líquidos y comidas blandas frecuentemente, si corresponde • Ofrecer comidas culturalmente adecuadas y complacer los deseos al final de la vida. • Facilitar el descanso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Activar el código lila • Utilizar instrumentos adecuados para valorar la ansiedad en el paciente y de acuerdo con el reporte, movilizar acciones con el equipo multidisciplinario con el fin de disminuirlas. • Preguntar con frecuencia si el paciente se encuentra incomodo o con presencia de síntomas desagradables • Solicitar ayuda del equipo

	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar con los cuidados básicos, si es necesario. • Permanecer en proximidad física a los pacientes atemorizados. • Respetar la necesidad de intimidad. • Modificar el ambiente, en función de las necesidades y los deseos del paciente. • Identificar las prioridades de cuidados del paciente. • Facilitar la obtención de apoyo espiritual al paciente y a la familia. • Respetar las solicitudes del paciente y la familia sobre cuidados específicos. • Apoyar los esfuerzos de la familia para permanecer a la cabecera de la cama. • Incluir a la familia en las decisiones y actividades sobre los cuidados, según se desee. • Ayudar al paciente y a la familia a identificar un sentido compartido de la muerte. • Tratar de comprender las acciones, sentimientos y actitudes del paciente. • Facilitar el cuidado por otras personas, según corresponda. • Promover el cuidado participativo 	<p>interdisciplinario en salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dedicar tiempo para estar con el paciente
<p>840 Cambio de posición</p> <p>Definición: Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados. • Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, según corresponda. • Colocar en la posición terapéutica especificada. • Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, sino está contraindicada. • Evaluar si es procedente realizar cambios de posición acorde con la situación del paciente • Colocar en una posición que alivie la disnea (posición de semi-Fowler), cuando corresponda. • Poner apoyos en las zonas edematosas, según corresponda. • Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello. • Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. • Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente. • Colocar a la cama una tabla para los pies. • Girar al paciente en bloque. • Colocar un respaldo, si procede. • Elevar el cabecero de la cama, si resulta indicado. • Realizar los giros según lo indique el estado de la piel. • Desarrollar un protocolo para el cambio de posición, según corresponda. • Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según corresponda. • Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros (rodillo de mano y rodillo para el trocánte). • De acuerdo con las condiciones del paciente determinar si es procedente realizar los cambios de posición para evitar incomodidad al paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover comodidad y bienestar al paciente. • Promover el cuidado participativo.

<p>6482 Manejo ambiental: confort</p> <p>Definición: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar la iluminación de forma que se adapte a la persona, evitando la luz directa en los ojos. • Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible. • Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, férulas para la parte dolorosa del cuerpo). • Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes. • Evitar exponer la piel o las mucosas a factores irritantes (heces diarreicas o drenaje de heridas). • Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío. • Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo. • Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (secar las cejas; aplicar cremas dérmicas, o limpieza corporal, del pelo y la cavidad bucal). • Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad térmica • Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación. • Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima. • Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. • Proporcionar un ambiente limpio y seguro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar en la unidad un ambiente silencioso, tranquilo que facilite el descanso • Garantizar niveles de ruido y de luz tolerables y aptos para el confort físico, psicoespiritual, medioambiental y/o social. • Ante todo tratar de darle “gusto” al paciente
<p>1850 Mejorar el sueño</p> <p>Definición: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente. • Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados. • Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc. • Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño. • Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente. • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño... • Promover en la familia implementación de medidas agradables: masajes o contacto afectuoso • Ajustar el programa de administración de medicamentos para no interferir con el descanso • Regular los estímulos del ambiente 	
<p>4400 Musicoterapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definir el cambio de conducta y/o fisiológico específico que se desea (relajación, disminución del dolor). • Determinar el interés del individuo por la música 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar y comunicarle a la familia que puede hacer uso de la música para proporcionar

<p>Definición: Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las preferencias musicales del individuo. • Informar al individuo del propósito de la experiencia musical. • Elegir selecciones de música concretas representativas de las preferencias del individuo. • Ayudar al individuo a adoptar una posición cómoda. • Limitar los estímulos extraños (luces, sonidos, llamadas telefónicas) durante la experiencia de escucha. • Proporcionar auriculares, si es conveniente. • Asegurarse de que el volumen es adecuado, pero no demasiado alto. • Evitar dejar la música puesta durante largos períodos. • Evitar la música estimulante. 	<p>bienestar al paciente, de acuerdo a las preferencias del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar con la familia los momentos más adecuado para el uso de la música
<p>6040 Terapia de relajación</p> <p>Definición: Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva). • Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado. • Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida. • Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible. • Individualizar el contenido de la intervención de relajación • Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz. • Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente. • Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación. • Dejar al paciente un tiempo sin molestarle, ya que puede quedarse dormido. • Fomentar el control cuando se realice la técnica de relajación. • Evaluar regularmente las indicaciones para el paciente sobre la relajación conseguida, y comprobar periódicamente la tensión muscular, frecuencia cardíaca, presión arterial y temperatura de la piel, según corresponda. • Grabar una cinta sobre la técnica de relajación para uso de la persona, según proceda. • Utilizar la relajación como estrategia complementaria junto a los analgésicos o con otras medidas, si procede. • Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar y comunicarle a la familia que puede hacer uso de las terapias de relajación para proporcionar bienestar al paciente • Identificar con la familia el momento más adecuado para el uso de la terapia de relajación
<p>1480 Masaje</p> <p>Definición: Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar la presencia de contraindicaciones, como trombocitopenia, disminución de la integridad cutánea, trombosis venosa profunda, zonas con lesiones abiertas, enrojecimiento o inflamación, tumores e hipersensibilidad al contacto. • Evaluar el deseo del paciente de hacerse un masaje. • Seleccionar la zona o zonas del cuerpo que han de masajearse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar y comunicarle a la familia que puede realizarle masajes al paciente para proporcionar bienestar • Identificar con la familia el

<p>presión manual para disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavarse las manos con agua caliente. • Preparar un ambiente cálido, cómodo, íntimo y sin distracciones. • Colocar al paciente en una posición cómoda que facilite el masaje. • Cubrir sólo la zona expuesta que se va a masajear, si es necesario. • Envolver las áreas no expuestas con mantas, sábanas o toallas de baño si es necesario. • Utilizar aceite y calentarlo con la palma de las manos • Adaptar la zona del masaje, la técnica y la presión a la percepción de alivio del paciente y al propósito del masaje. • Masajear las manos o los pies, si las otras zonas no son convenientes, o si resulta más cómodo para el paciente a que se relaje durante el masaje si está consiente • Identificar signos que sugieran intolerancia por parte del paciente. • Evaluar y registrar la respuesta al masaje. 	<p>momento más adecuado para la realización de los masajes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover el cuidado participativo
<p>7330 Intermediación cultural</p> <p>Definición: Empleo intencionado de estrategias culturalmente adecuadas para establecer un puente o mediar entre la cultura del paciente y el sistema de atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar una discusión abierta de las diferencias y semejanzas culturales. • Identificar, con el paciente si aplica o sino con la familia, las prácticas culturales podrían permitirse en el contexto • Mantenerse relajado y sin prisas en los contactos con el paciente. • Utilizar un lenguaje sencillo evitando tecnicismos. • Dar cabida a la implicación de la familia para apoyar o cuidar directamente. • Traducir las expresiones del paciente para poderlas • Facilitar la comunicación intercultural (uso de un traductor, materiales/medios bilingües por escrito y comunicación no verbal precisa). • Proporcionar información al equipo de salud sobre la cultura del paciente. • Facilitar el entorno terapéutico mediante la incorporación de elementos culturales adecuados. • Modificar y adaptar las intervenciones culturalmente 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivarse por conocer los aspectos culturales del paciente y su familia • Ser flexible para aceptar y facilitar en lo posible las diferentes creencias, costumbres y valores del paciente y su familia • Promover o establecer programas de cuidado participativo en la UCI
<p>Intervención propuesta por la teoría del final tranquilo de la vida: “Estar atento a las necesidades, deseos y preferencias expresadas por el paciente”</p>		
<p>Diagnóstico de enfermería Nº: 00185 Disposición para mejorar la esperanza</p>		
<p>Dominio Nº: 6 Auto percepción</p>		
<p>Clase: 1 Autoconcepto</p>		
<p>Necesidad: 11 Creencias/valores</p>		
<p>Patrón: 11 Valores-creencias</p>		
<p>Definición: Patrón de expectativas y deseos para movilizar energía en beneficio propio, que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado</p>		
<p>Características y factores: Expresa deseos de mejorar la conexión con los demás</p>		

Expresa deseos de mejorar la esperanza Expresa deseos de mejorar la espiritualidad		
Resultados NOC		
NOC: 1201 Esperanza		
Definición: Optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante.		
Dominio: 3 Salud psicosocial		
Clase: M Bienestar psicológico		
Escala: Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado.		
Indicadores		
120109 Expresión de paz interior.		
1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado		
Intervenciones de enfermería (NIC)	Actividades de enfermería	Cómo
5310 Dar esperanza Definición: Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a reconocer la realidad • Ayudar al paciente en sus necesidades espirituales. • No dar falsas expectativas • Facilitar recordar éxitos y experiencias agradables anteriores del paciente/familia. • Destacar el mantenimiento de las relaciones • Indicar a la familia la posibilidad de hacerle una revisión guiada de la vida, sí aplica. • Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos. • Proporcionar al paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Activación Código Lila • Mostrar interés por el paciente y estar presente y favorecer el proceso del final tranquilo de la vida • Estar atento de las necesidades al final de la vida de la persona
Resultados NOC		

NOC 002 Bienestar personal					
Definición: Grado de percepción positiva del propio estado de salud actual.					
Dominio: 5 Salud percibida					
Clase: U Salud y calidad de vida					
Escala: S Desde No del todo satisfecho hasta Completamente Satisfecho					
Indicadores					
200202 Salud psicológica	200203 Relaciones sociales.	200204 Vida espiritual	200207 Capacidad de afrontamiento	200209 Nivel de felicidad	200210 Capacidad para expresar emoción
1. No del todo satisfecho 2. Algo satisfecho 3. Moderadamente satisfecho 4. Muy satisfecho 5. Completamente satisfecho					
Intervenciones de enfermería (NIC)	Actividades de enfermería				Cómo
5440 Aumentar los sistemas de apoyo Definición: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. • Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes. • Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. • Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrutilizados. • Observar la situación familiar actual y la red de apoyo. • Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo. • Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación. • Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador. 				<ul style="list-style-type: none"> • Permitir el fortalecimiento de las redes de apoyo. • Facilitar el uso de la tecnología con el fin de permitir una mejor comunicación y acercamiento cuando los familiares y amigos se encuentran lejos.
Diagnóstico de enfermería: N°: 00068 Disposición para mejorar el bienestar espiritual					
Dominio N°: 10 Principios Vitales					
Clase N°: 2 Creencias					
Necesidad: 11 Creencias/valores					
Patrón: 11 Valores-creencias					
Definición: Patrón de experimentación e integración del sentido y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo, que puede ser reforzado.					
Características y factores:					
Expresa deseos de mejorar la serenidad (p. ej., paz)					
Expresa deseos de mejorar el solicitar el perdón de los demás					
Expresa deseos de mejorar la interacción con líderes espirituales					
Expresa deseos de mejorar las interacciones con personas significativas					

Expresa deseos de mejorar la participación en actividades religiosas Expresa deseos de mejorar la práctica de la oración						
Resultados NOC						
NOC: 2001 Salud espiritual						
Definición: Vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trasciende y se apodera del yo.						
Dominio: 5 Salud percibida						
Clase: U Salud y calidad de vida						
Escala: A Desde Gravemente comprometido hasta NO comprometido.						
Indicadores						
200101 Expresión de confianza 200102 Expresión de esperanza	200103 Expresión de significado y fin de la vida 00105 Expresión de serenidad	200106 Expresión de amor 200107 Expresión de perdón	200116 Relación con el yo interior	200117 Relación con los demás para compartir pensamientos, sentimientos y creencias. 200121 Interacción con otros para compartir pensamientos, sentimientos y creencias	200108 Experiencias místicas 200109 Oración 200110 Culto 200111 Participación en ritos y ceremonias espirituales 200112 Interacción con líderes espirituales	200104 Expresión del punto de vista del mundo espiritual 200122 Satisfacción espiritual
1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido						
NOC 2011 Estado de comodidad psicoespiritual						
Definición: Tranquilidad psicoespiritual relacionada con autoconcepto, bienestar emocional, fuente de inspiración y significado y objetivo de la propia vida.						
Dominio: 5 Salud percibida						
Clase: U Salud y calidad de vida						
Escala: A desde <i>Gravemente</i> comprometido hasta <i>No comprometido</i> y desde <i>Grave</i> hasta <i>Ninguno</i> .						
Indicadores						
201101 Bienestar psicológico	201102 Fe 201103 Esperanza	201106 Afecto tranquilo y calmado	201110 Satisfacción espiritual	201111 Conexión con el propio interior		
1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido						

201112 Depresión	201113 Ansiedad	201114 Estrés	201115 Miedo	201116 Pérdida de la fe	201117 Sensación de abandono espiritual	201118 Ideas suicidas
1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno						
Intervenciones de enfermería (NIC)	Actividades de enfermería				Cómo	
<p>5420 Apoyo espiritual</p> <p>Definición: Ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural.</p> <p>5424 Facilitar la práctica religiosa</p> <p>Definición: Facilitación de la participación en prácticas religiosas.</p> <p>5426 Facilitar el crecimiento espiritual</p> <p>Definición: Facilitar el crecimiento de la capacidad del paciente para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática. • Tratar al paciente con dignidad y respeto. • Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales. • Fomentar la participación de grupos de apoyo espiritual • Compartir la propia perspectiva espiritual, según corresponda. • Estar abierto a las expresiones de preocupación del paciente. • Rezar y orar con el paciente y su familia. • Proporcionar música, literatura o programas de radio o TV espirituales al paciente • Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea. • Proporcionar los objetos espirituales deseados, de acuerdo con las preferencias del paciente. • Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente. • Expresar simpatía con los sentimientos del paciente. • Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del paciente. • Escuchar atentamente la comunicación del paciente, desarrollar un sentido de oportunidad para la oración o rituales espirituales. • Asegurar al individuo que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento. • Estar abierto a los sentimientos del paciente acerca de la enfermedad y la muerte. • Ayudar al paciente a expresar y liberar la ira de forma adecuada. • Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente, con la familia del paciente y con los allegados. • Fomentar la conversación que ayude al paciente a organizar los intereses espirituales. • Ofrecer el apoyo de la oración al individuo o al grupo, según sea conveniente. • Fomentar la participación en ceremonias religiosas, retiros y programas especiales de oración/estudio. • Fomentar la relación con los demás para el compañerismo y el servicio. 				<ul style="list-style-type: none"> • “Intentar satisfacer las necesidades religiosas y/o espirituales del paciente” (53) • Brindar cuidado religioso y/o espiritual • Conocer la fé y las creencias, costumbres, valores, hábitos y tradiciones religiosas y/o espirituales del paciente y su familia, con el fin de permitir la expresión y las prácticas de la misma. • Solicitar y facilitar los servicios espirituales de cada institución, según las creencias del paciente y su familia. • Permitir la práctica de los ritos religiosos por parte del sacerdote o según las creencias, religión, espiritualidad, costumbres, principios y valores del paciente y su familia. • Musicoterapia: colocar música religiosa, católica, cristiana y/o clásica, según preferencias del paciente y su familia, con el fin de proporcionar un ambiente de calidez, paz y tranquilidad. • Proporcionar un ambiente cálido, silencioso, tranquilo, en paz que permita la práctica y la expresión de costumbres y creencias religiosas y espirituales. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el uso de celebraciones y rituales espirituales. • Fomentar la exploración del paciente de su compromiso espiritual según sus creencias y valores. • Proporcionar un entorno que favorezca una actitud meditativa/contemplativa para la autorreflexión. • Ayudar al paciente a explorar las creencias en relación con la curación del cuerpo, la mente y el espíritu. • Permitir grupos de apoyo, de autoayuda mutua o programas que se basen en la espiritualidad, según sea conveniente. • Permitir la atención pastoral o cuidadores • Permitir una asistencia y apoyo adicional para la conexión entre cuerpo, mente y espíritu, según sea necesario. • Coordinar o proporcionar servicios de curación, comunión, meditación u oración. • Fomentar el uso y la participación en rituales o prácticas religiosas si aplica • Proporcionar canales de televisión, cintas de videos o audios de servicios religiosos, si se dispone de ellas. • Fomentar la planificación del ritual y la participación en él, según sea conveniente. • Fomentar la asistencia al ritual, según sea conveniente. • Investigar alternativas de culto. • Fomentar la conversación sobre intereses religiosos. • Escuchar y desarrollar un sentido de la medida del tiempo para la oración o el ritual. • Remitir a un consejero religioso de su elección. • Participar en modificaciones del ritual para satisfacer las necesidades del paciente. 	
--	---	--

Fuente: Ruland CM, Moore SM/NANDA 2015 (13, 44).

Teoría del *Final tranquilo de la vida* Ruland y Moore (TFTV)

Concepto: *Proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores*

Valoración: La familia representa un papel muy importante en la sociedad actual, se encuentra presente desde el inicio hasta el final de la vida de una persona, por lo tanto, permitir la cercanía de los familiares al final de la vida en la UCI, solo se logra a través de la aplicación de los conceptos de: cuidado participativo, “UCI de puertas abiertas y flexibilización de los horarios de visita” (24), por lo tanto, al permitir la presencia de la familia y sus cuidados, se contribuye al logro del final tranquilo de la vida.

Intervención propuesta por la teoría del final tranquilo de la vida: *Facilitar la participación de los seres queridos en los cuidados al paciente*(13).

No existe un diagnóstico de enfermería en la NANDA, sin embargo, se plantea el plan de cuidados dada la relevancia e implicación de la participación de la familia al involucrarse y al hacer parte de los cuidados del paciente crítico al final de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI).

Resultados (meta)

Promover el cuidado participativo en la Unidad de Cuidado Intensivo

Intervenciones de enfermería (NIC)	Actividades de enfermería	Cómo
<p>7110 Fomentar la implicación familiar</p> <p>Definición: Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado y valorar las capacidades de esta para el cuidado participativo. • Identificar las preferencias de los miembros de la familia para implicarse con el paciente. • Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente. • Observar la estructura familiar y sus roles. • Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia durante el final de la vida. • Proporcionar información crucial a los miembros de la familia sobre el paciente de acuerdo con sus deseos. • Facilitar la comprensión de los aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia. • Identificar otros factores estresantes situacionales para los miembros de la familia. • Reconocer los síntomas físicos relacionados con el estrés de los miembros de la familia (llanto, náusea, vómito, ansiedad, insomnio, inanición cansancio del rol del cuidador).. • Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente (religiosidad, espiritualidad, acompañamiento, paciente sin dolor, ni sufrimiento durante el final de la vida). • Reconocer y respetar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la familia. • Identificar junto con los miembros de la familia las dificultades de afrontamiento del paciente. • Animar a los miembros de la familia a mantener relaciones familiares, según cada caso. • Crear una cultura de flexibilidad para la familia. • Anticipar e identificar las necesidades de la familia. • Proporcionar apoyo e información necesaria y de responsabilidad de enfermería para que la familia tome decisiones informadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar y permitir el cuidado participativo por parte de la familia durante el final de la vida en la UCI. • “Permitir e incentivar la participación e implicación de las familias en los cuidados al final de la vida en la UCI” • Animar a la familia a participar en los cuidados basándose en las capacidades, necesidades y preferencias. (Actividad) • Indicar a la familia los cuidados con los cuales puede participar: aseo, alimentación, musicoterapia, técnicas de relajación y masajes, oración.
<p>Intervención propuesta por la teoría del final tranquilo de la vida: <i>Atender la tristeza, las preocupaciones y las cuestiones de los seres queridos (13)</i></p>		
<p>Diagnóstico de enfermería N°: 00075 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar</p>		
<p>Dominio N°: 9 Afrontamiento y tolerancia al estrés</p>		
<p>Clase N°: 2 Afrontamiento</p>		
<p>Necesidad: 14 Aprender</p>		
<p>Patrón: 10 Afrontamiento - tolerancia del estrés</p>		
<p>Definición: Patrón de manejo de las tareas adaptativas por parte de la persona de referencia (familiar, persona significativa o amigo íntimo) implicada en el cambio en</p>		

la salud del paciente, que puede ser reforzado.						
Características y factores: Expresa deseos de escoger experiencias que mejoran el bienestar Expresa deseos de mejorar la conexión con otros que han experimentado una situación similar Expresa deseos de reconocer el impacto de la crisis en el crecimiento						
Resultados NOC (meta)						
NOC: 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia						
Definición: Capacidad de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia.						
Dominio: 6 Salud familiar						
Clase: X Bienestar familiar						
Escala: M Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado.						
Indicadores						
260002 Permite a los miembros flexibilidad en los roles	260003 Enfrenta los problemas familiares	260005 Controla los problemas familiares	260006 Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones	260007 Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros	260009 Utiliza estrategias para reducir el estrés centradas en la familia	260010 Busca atención para las necesidades de todos los miembros de la familia
260011 Establece las prioridades de la familia	260020 Establece la flexibilidad en los roles	260021 Utiliza estrategias para controlar el conflicto familiar.	260022 Expresa la necesidad de asistencia familiar	260023 Obtiene ayuda familiar	260024 Utiliza el sistema de apoyo familiar disponible.	
1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado						
Intervenciones de enfermería (NIC)	Actividades de enfermería					Cómo
5230 Mejorar el afrontamiento Definición: Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. • Proporcionar información objetiva.. • Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión). • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente. • Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado. • Fomentar la identificación de valores vitales específicos. • Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. 					<ul style="list-style-type: none"> • Estar atento de las necesidades del paciente y su familia • Proporcionar confidencialidad y privacidad: permitir espacios para el acompañamiento durante el final de la vida, donde se

<p>satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular la implicación familiar, según corresponda. • Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el paciente. 	<p>permita la unión familiar y la expresión de diferentes sentimientos y emociones positivas y negativas (llanto, temor, tristeza, incertidumbre, desesperanza, ansiedad, perdón, reconciliación, agradecimiento, dolor, duelo).</p>
<p>7140 Apoyo a la familia</p> <p>Definición: Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles. • Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente. • Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico. • Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. • Facilitar la comunicación de inquietudes / sentimientos entre el paciente y la familia o entre los miembros de la misma. • Favorecer una relación de confianza con la familia. • Aceptar los valores familiares sin emitir juicios. • Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas. • Orientar a la familia sobre el ambiente de la (UCI) . • Respetar y apoyar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la familia. • Proporcionar recursos espirituales a la familia, según lo precisen. • Enseñar a la familia los planes de cuidados. • Proporcionar a la familia el conocimiento necesario acerca de las opciones que les puedan ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente. • Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado. • Animar la toma de decisiones familiares en la planificación de los cuidados del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar apoyo al paciente y a la familia • Integrar el equipo multidisciplinario en salud, con el fin de que realicen sus respectivas valoraciones e intervenciones desde las diferentes ramas del conocimiento, por parte de los grupos de apoyo: psicología, psiquiatría, trabajo social y el servicio espiritual institucional. • Satisfacer las necesidades de la familia del paciente crítico: “cognitiva, emocional, social y práctica” (54).

	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la comprensión de la decisión familiar acerca de los cuidados. • Actuar en defensa de la familia, según corresponda. • Facilitar oportunidades de visita a los miembros de la familia, según corresponda. • Presentar la familia a otras familias que estén pasando por experiencias similares, según corresponda. • Remitir a terapia familiar, si está indicado. • Informar a la familia sobre cómo puede ponerse en contacto con el personal de enfermería. • Ayudar a los miembros de la familia durante los procesos de muerte y duelo, según corresponda. 	
7100 Estimulación de la integridad familiar Definición: Favorecer la cohesión y unidad familiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar a los miembros de la familia. • Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia. • Identificar las prioridades opuestas entre los miembros de la familia. • Ayudar a la familia en la resolución de conflictos. • Asesorar a los miembros de la familia sobre habilidades de afrontamiento adicionales eficaces para su propio uso. • Respetar la intimidad de los miembros individuales de la familia. • Proporcionar intimidad a la familia. • Informar a los miembros de la familia de que la utilización de expresiones típicas de afecto en un entorno hospitalario es segura y aceptable. • Proporcionar información regularmente a los miembros de la familia sobre el estado del paciente, de acuerdo con los deseos de éste. • Colaborar con la familia en la solución de problemas y en la toma de decisiones que estén al alcance del profesional de enfermería. • Promover el cuidado participativo del paciente. • Facilitar las visitas familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir la presencia, el acompañamiento y la unión de la familia durante el final de la vida en la UCI.
Diagnóstico de enfermería N°: 00147 Ansiedad ante la muerte		
Dominio N°: 9 Afrontamiento y tolerancia al estrés		
Clase: 2 Afrontamiento		
Necesidad: 11 Creencias/valores		
Patrón: 7 Auto percepción-autoconcepto		
Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada para la propia existencia		
Características y factores: Pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía Preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas significativas Temor a perder capacidades mentales durante la agonía		

Temor a una agonía prolongada
 Temor a una muerte prematura
 Temor al dolor relacionado con la agonía
 Temor al proceso de la agonía
 Temor al sufrimiento relacionado con la agonía
 Tristeza profunda
 Anticipación del impacto de la propia muerte sobre los demás
 Discusiones sobre el tema de la muerte
 Experiencia cercana a la muerte
 Experimentar el proceso de agonía
 Incertidumbre sobre la vida después de la muerte
 Observaciones relacionadas con la muerte
 Percepción de inminencia de la muerte
 Rechazo de la propia mortalidad

Resultados NOC

NOC: 1211 Nivel de ansiedad

Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

Dominio: 3 Salud psicosocial

Clase: M Bienestar psicológico

Escala: N Desde *Grave* hasta *Ninguno*

Indicadores

121101 Desasosiego	121102 Impaciencia 121108 Irritabilidad	121103 Manos húmedas 121119 Aumento de la presión sanguínea 121120 Aumento de la velocidad del pulso 121121 Aumento de la frecuencia	121104 Distrés 121105 Inquietud 121106 Tensión muscular 121107 Tensión facial	121109 Indecisión	121110 Explosiones de ira 121111 Conducta problemática 121115 Ataque de pánico	121112 Dificultades para la concentración 121113 Dificultades de aprendizaje. 121114 Dificultades para resolver problemas	121116 Aprensión verbalizada 121117 Ansiedad verbalizada.	121118 Preocupación exagerada por eventos vitales	121129 Trastorno del sueño. 121131 Cambio en las pautas de alimentación.
-----------------------	--	---	---	----------------------	--	--	--	---	--

		respiratoria 121122 Pupilas dilatadas 121123 Sudoración 121124 Vértigo 121125 Fatiga							
1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno									
Intervenciones de enfermería (NIC)	Actividades de enfermería							Cómo	
5820 Disminución de la ansiedad Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. • Explicar todos los procedimientos a realizarse con el paciente. • Tratar de comprender la perspectiva de la familia sobre una situación estresante. • Proporcionar información objetiva relacionado con el cuidado de enfermería • Escuchar con atención. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Sugerir técnicas de relajación. • Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad 							<ul style="list-style-type: none"> • Estar presente, valorar e identificar la ansiedad del paciente al final de la vida, con el fin de brindar intervenciones para disminuir dicho nivel de ansiedad y lograr una muerte tranquila. 	
5460 Contacto Definición: Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar una presión suave en la muñeca, mano u hombro del paciente gravemente enfermo. • Coger la mano del paciente para dar apoyo emocional. • Colocar el brazo alrededor de los hombros del paciente, según corresponda. • Frotar suavemente la espalda en sincronía con la respiración del paciente, según corresponda. 							<ul style="list-style-type: none"> • Estar presente y manifestarlo a través de palabras de aliento y el sentido del tacto. 	

intencionado.	<ul style="list-style-type: none"> • Observar los tabúes culturales del contacto físico. • Evaluar el contexto del entorno antes de ofrecer el contacto. 	
<p>5280 Facilitar el perdón</p> <p>Definición: Facilitar la disposición de un individuo para sustituir los sentimientos de enfado y resentimiento hacia otro, hacia uno mismo o hacia un ser superior por beneficencia, empatía y humildad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de reconciliación del paciente para facilitar encuentros con personas fundamentales para la resolución de diferencias y contribuir a la paz del paciente. • Escuchar con empatía sin juzgar • Ayudar al paciente a explorar sus sentimientos de ira, amargura y resentimiento. • Ayudar a la familia a buscar ayuda cuando esta se requiera para dirimir diferencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir la presencia y el acompañamiento familiar, con el fin de que el paciente y la familia resuelvan y perdonen las diferencias y los conflictos y se logre un final tranquilo de la vida.
<p>5290 Facilitar el duelo</p> <p>Definición: Ayuda en la resolución de una pérdida significativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la pérdida. • Ayudar al paciente a identificar la naturaleza de apego al objeto o persona que se ha perdido. • Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial de la pérdida. • Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida. • Escuchar las expresiones de duelo. • Fomentar la expresión de experiencias de pérdidas anteriores. • Animar a la familia que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida, tanto pasados como actuales. • Realizar afirmaciones empáticas sobre el duelo. • Fomentar la identificación de los miedos más profundos sobre de la pérdida. • Explicar las fases del proceso de duelo, según corresponda. • Apoyar la progresión a través de los estadios personales de duelo. • Incluir a los allegados en las charlas y decisiones, según corresponda. • Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de afrontamiento. • Animar al paciente a implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas con la pérdida. • Comunicar la aceptación del debate sobre la pérdida. • Utilizar palabras claras, como muerte o muerto, en lugar de eufemismos. • Fomentar la expresión de sentimientos de una forma cómoda y clarificar los conceptos erróneos. • Identificar fuentes de apoyo. • Apoyar los esfuerzos para resolver conflictos anteriores, según corresponda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar el equipo multidisciplinario en salud, con el fin de que realicen sus respectivas valoraciones e intervenciones desde las diferentes ramas del conocimiento, por parte de los grupos de apoyo: psicología, psiquiatría, trabajo social y el servicio espiritual institucional.

- Apoyar los progresos conseguidos en el proceso de duelo.
- Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.

Intervención propuesta por la teoría del *Final tranquilo de la vida*: Facilitar oportunidades para la cercanía de la familia (13).

Diagnóstico de enfermera Nº: 00054 Riesgo de soledad

Dominio Nº: 12 Confort

Clase Nº: 3 Confort Social

Necesidad: 10 Comunicación

Patrón: 7 Auto percepción-auto concepto

Definición: Vulnerabilidad a experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás que puede comprometer la salud

Características y factores:

Aislamiento físico
Aislamiento social
Deprivación afectiva
Deprivación emocional

Resultados NOC

NOC: 1304 Resolución de la aflicción

Definición: Acciones personales para ajustar pensamientos, sentimientos y conductas a la pérdida real o inminente.

Dominio: 3 Salud psicosocial

Clase: N Adaptación psicosocial

Escala: M Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado.

Indicadores

130401 Expresa sentimientos sobre la pérdida.	130402 Expresa creencias espirituales sobre la muerte	130403 Verbaliza la realidad de la pérdida. 130404 Verbaliza la aceptación de la pérdida.	130405 Describe el significado de la pérdida	130409 Discute los conflictos no resueltos.	130410 Refiere ausencia de angustia somática.	130411 Refiere disminución de la preocupación con la pérdida.	130412 Mantiene el entorno de vida.	130417 Busca apoyo social 130418 Comparte la pérdida con otros seres queridos	130419 Refiere implicación en actividades sociales. 130420 Progresar a lo largo de las fases de la aflicción
--	--	--	---	--	--	--	--	---	---

130421
Expresa
expectativas
positivas
sobre el futuro

1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado

Intervenciones de enfermería (NIC)	Actividades de enfermería	Cómo
<p>7560 Facilitar las visitas</p> <p>Definición: Estimulación de las visitas beneficiosas por parte de la familia y amigos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las preferencias del paciente en cuanto a visitas y a la información que se proporciona. • Considerar las implicaciones legales/éticas de las visitas del paciente y la familia e informar de los derechos. • Determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares y amigos. • Identificar problemas específicos con las visitas, si los hubiera. • Establecer una política de visitas flexible y centrada en el paciente, según corresponda. • Preparar el entorno para las visitas. • Comentar las normas de visitas con los miembros de la familia/allegados. • Comentar las normas sobre permanencia por la noche de miembros de la familia/allegados • Comentar la comprensión por parte de la familia del estado del paciente. • Establecer las responsabilidades y actividades de la familia/allegados para ayudar al paciente, como, por ejemplo, alimentarle. • Establecer horas de visitas óptimas por parte de la familia/allegados. • Explicar el fundamento de la importancia del tiempo de las visitas. • Evaluar periódicamente tanto con el paciente como con la familia las visitas realizadas en relación con las necesidades del paciente/familia, y revisar en consecuencia. • Explicar a los visitantes, incluidos los niños, lo que pueden esperar ver y oír antes de su primera visita al hospital (UCI), según corresponda. • Explicar el procedimiento realizado. • Animar a los miembros de la familia a utilizar el contacto físico, así como las comunicaciones verbales y no verbales, según corresponda. • Proporcionar una silla a la cabecera del paciente. • Ser flexibles con las visitas al mismo tiempo que se facilitan períodos de descanso. • Evaluar la respuesta del paciente a las visitas de la familia. • Observar los indicios verbales y no verbales del paciente respecto a las visitas. • Facilitar la visita de los niños y mascotas, según corresponda. • Fomentar el uso de la tecnología para mantener el contacto con los seres queridos, según 	<ul style="list-style-type: none"> • Activación Código Lila • “UCI de puertas abiertas: Flexibilización de los horarios de visitas y acompañamiento permanente”. • Permitir el acompañamiento familiar permanente, de los seres queridos, allegados, amigos y/o cuidadores más cercanos y significativos. • Permitir visitas de menores de edad y de mascotas, teniendo en cuenta recomendaciones previas. • Satisfacer las necesidades de la familia del paciente crítico: “cognitiva, emocional, social y práctica”(54).

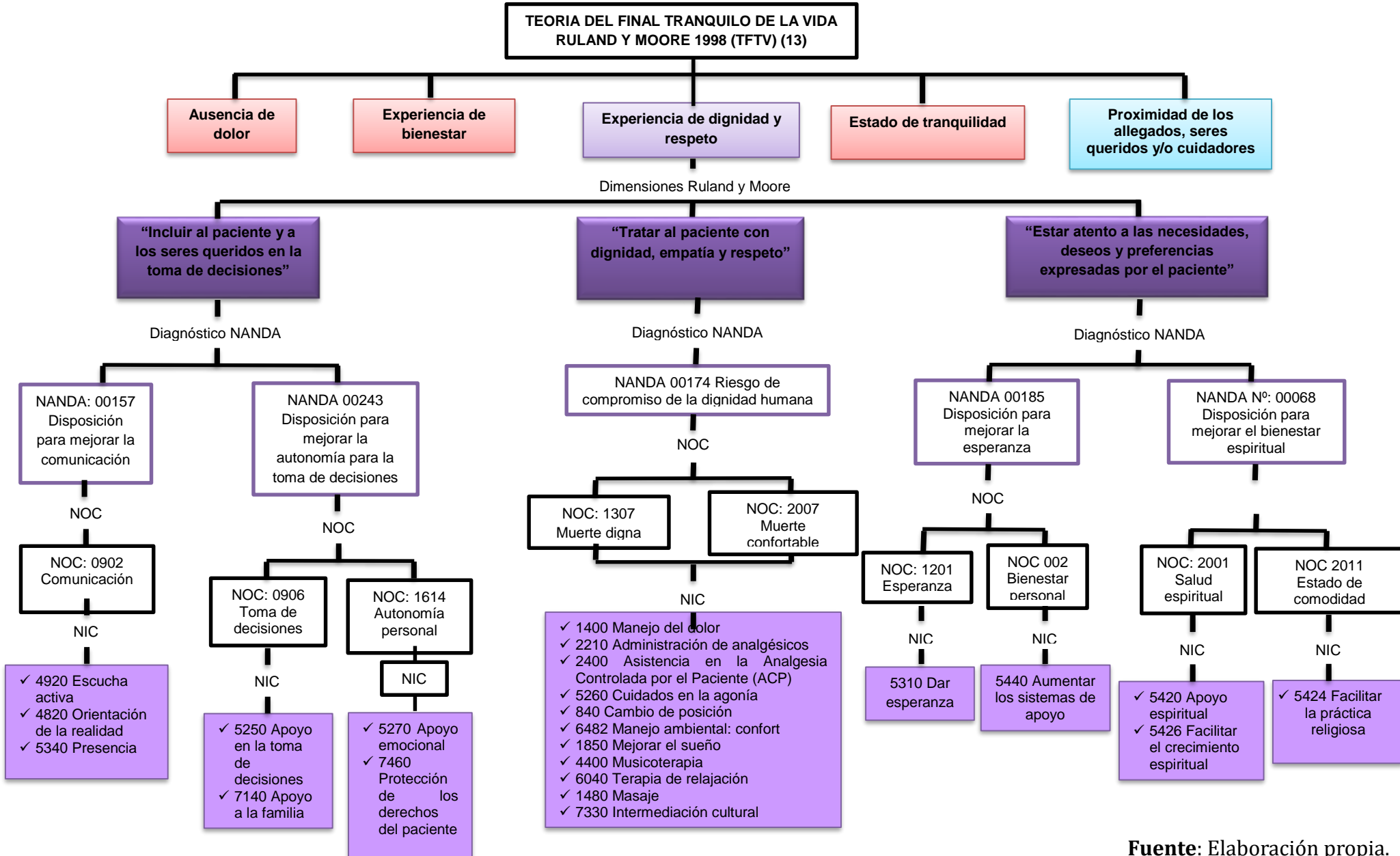
	<p>corresponda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar los visitantes, especialmente los niños, por razones de enfermedad transmisibles antes de la visita. • Clarificar el significado de lo que perciba el miembro familiar durante la visita. • Proporcionar apoyo y aprecio a los miembros de la familia después de la visita, si es necesario. • Ofrecer a la familia el número de teléfono de la unidad para que llamen desde su casa. • Informar a la familia de que un cuidador los llamará a casa si se produce un cambio importante en el estado del paciente. • Preparar un sitio para que los familiares puedan dormir cerca del paciente, según corresponda. • Ayudar a los familiares a encontrar un alojamiento y un lugar adecuado donde comer. • Informar a la familia de la legislación que les otorga el derecho a días de permiso para faltar al trabajo sin retribución. • Responder a las preguntas y dar explicaciones de los cuidados en términos que los visitantes puedan entender. • Transmitir sentimientos de aceptación a los visitantes. • Facilitar el encuentro/consulta con el médico y otros cuidadores. • Hacer preguntas a los visitantes, incluidos los niños, después de las visitas. • Preparar la visita de animales, según corresponda. 	
<p>7170 Facilitar la presencia de la familia</p> <p>Definición: Facilitar la presencia de la familia para apoyar a un individuo que esté recibiendo reanimación y/o procedimientos invasivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentarse al personal que está tratando al paciente y a la familia. • Determinar la conveniencia de la colocación física para la presencia familiar. • Obtener el consentimiento del personal para la presencia de la familia y el momento de dicha presencia. • Informar al equipo terapéutico de la reacción emocional de la familia respecto al estado del paciente, según corresponda. • Obtener información respecto al estado del paciente, la respuesta al tratamiento y las necesidades identificadas. • Presentarse y presentar a otros miembros del equipo de apoyo a la familia y al paciente. • Comunicar de manera oportuna la información respecto al estado actual del paciente. • Asegurar a la familia que se está dando la mejor atención posible al paciente. • Cuando se hable con la familia, utilizar el nombre del paciente. • Determinar las necesidades de apoyo emocional, físico, psicosocial y espiritual del paciente y de la familia, y tomar las medidas oportunas para satisfacer dichas necesidades, según corresponda. • Determinar la carga psicológica del pronóstico para la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Activación Código Lila • “UCI de puertas abiertas: Flexibilización de los horarios de visitas y acompañamiento permanente”. • Permitir visitas de menores de edad y de mascotas, teniendo en cuenta recomendaciones previas. • Permitir el uso de la tecnología

	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar esperanzas realistas, según corresponda. • Defender a la familia, según corresponda. • Preparar a la familia, asegurándose de que ha sido informada sobre qué esperar, qué oír, olerá y/o verá. • Informar a la familia de las expectativas y los límites de la conducta. • Asignar un miembro del personal dedicado para asegurarse de que los miembros de la familia nunca estarán desatendidos a la cabecera del paciente. • Dar información y explicaciones sobre las intervenciones, lenguaje médico/enfermero y expectativas de la respuesta del paciente al tratamiento. • Acompañar a la familia para alejarse de la cabecera del paciente si así lo solicita el personal que proporciona cuidados directos. • Permitir a la familia que realice preguntas y que vea, toque y hable con el paciente. • Ayudar al paciente o a los miembros de la familia a realizar llamadas telefónicas o al uso de la tecnología, si es necesario. • Ofrecer y suministrar medidas de confort y apoyo. • Ayudar a identificar las necesidades de apoyo ante una situación de un incidente crítico 	
<p>7120 Movilización familiar</p> <p>Definición: Utilización de los puntos fuertes de la familia para influenciar sobre la salud del paciente de una manera positiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecerse a escuchar a los miembros de la familia. • Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia. • Ver a los miembros de la familia como posibles expertos en el cuidado del paciente. • Proporcionar información con frecuencia a la familia para ayudarles a identificar las limitaciones y progresos del paciente, así como las implicaciones en su cuidado. • Fomentar la toma de decisiones relacionadas con el plan de cuidados del paciente de forma mutua con los miembros de la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Activación Código Lila. • “UCI de puertas abiertas: Flexibilización de los horarios de visitas y acompañamiento permanente”. • Permitir visitas de menores de edad y de mascotas, teniendo en cuenta recomendaciones previas. • Permitir el uso de la tecnología que permita la comunicación y el acercamiento con familiares que se encuentran lejos.

Fuente: Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life/ NNNConsult (13, 44)

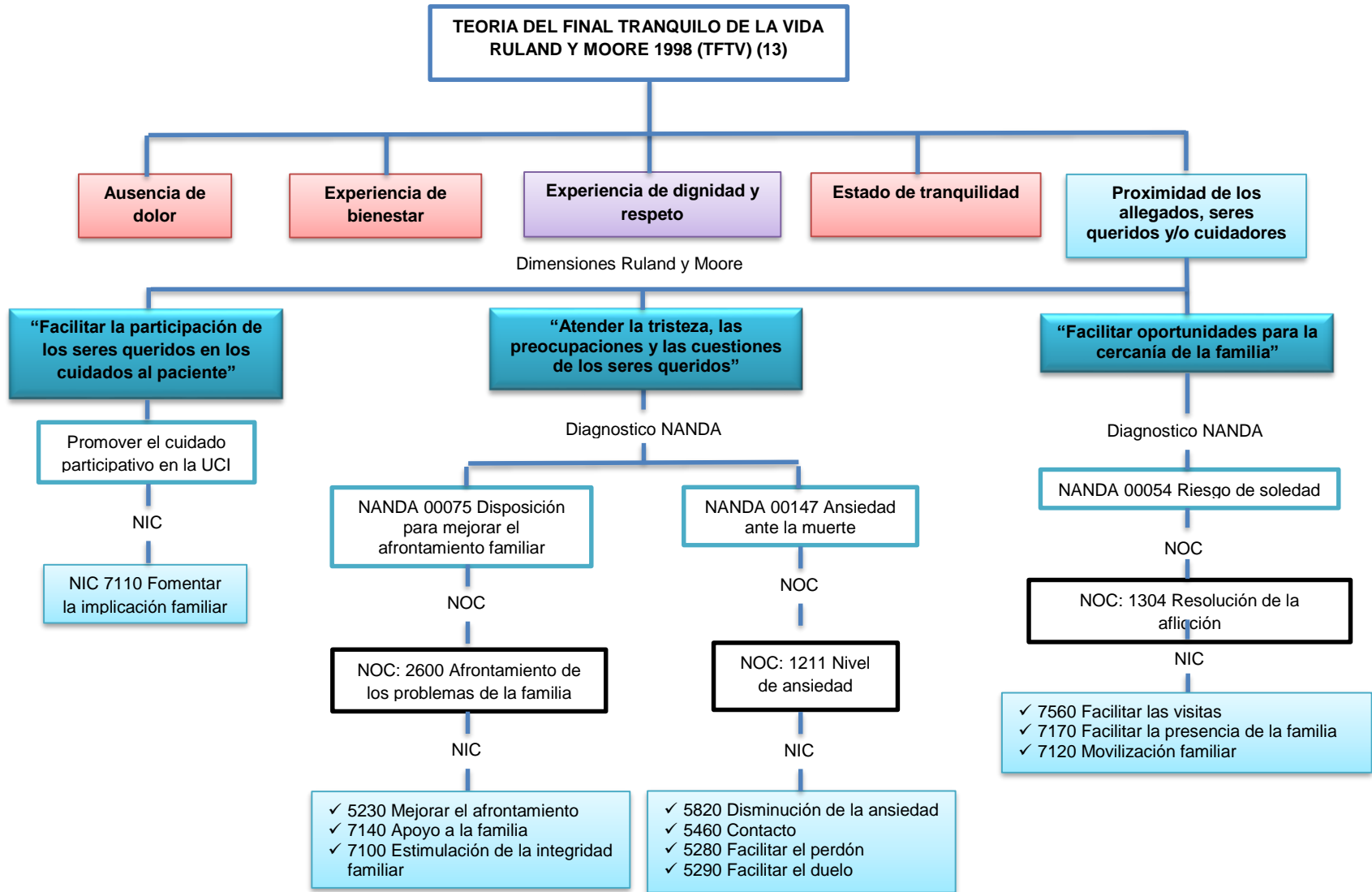
“Lo peor de la vida, es que la peor parte viene al final” (55)

Figura N° 4. Mapa Conceptual: Plan de Cuidado de Enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, desde el concepto de experiencia de dignidad y respeto, de Ruland y Moore.



Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 5.
Mapa Conceptual: Plan de Cuidado de Enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, desde el concepto de proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores, de Ruland y Moore.



Fuente: Elaboración propia.

6. Capítulo VI: Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones

6.1 Conclusiones

El “Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI”, se traduce en un valor agregado a los avances científico-técnicos, hace parte de la humanización en las UCIs. Es una propuesta necesaria y novedosa que incrementa la calidad y la seguridad de la atención, responde a una necesidad de la práctica diaria en la UCI, como es el cuidado del paciente y su familia al final de la vida, plantea elementos que contribuyen a resolver un problema frecuente de la práctica diaria.

El plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, constituye una herramienta de gran utilidad para el profesional de enfermería sensible y consciente del valor que tiene proporcionar cuidados dirigidos a preservar ante todo la dignidad humana. Beneficia a los profesionales de enfermería que hacen parte del equipo multidisciplinario en salud de la UCI, y principalmente a los pacientes y a los familiares que están experimentando la difícil etapa final de la existencia humana en un contexto hostil, ajeno y desconocido representado por la UCI.

El “Plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI”, es un aporte para la disciplina, la asistencia, la docencia y la investigación. Determina la importancia de la enseñanza del cuidado al final de la vida desde el pregrado hasta los niveles de formación avanzada de modo que pueda evidenciarse en la práctica diaria en la UCI. A su vez, contribuye a la creación de una línea de interés del cuidado de enfermería al final de la vida, que puede desarrollarse en el Grupo de Investigación de Urgencias y Cuidado Crítico y en la maestría de enfermería con profundización en cuidado crítico.

El cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI permite brindar cuidados físicos, socioculturales, espirituales al paciente crítico y a su familia, como sujetos de cuidado, holísticos, donde los cuidados sean brindados con calidad y seguridad, y garantice la satisfacción de la atención en salud, aun en los difíciles y últimos momentos de vida.

Los cuidados paliativos hacen parte del cuidado crítico, y no deben ser excluidos, una razón fundamental son las tasas de mortalidad en la UCI y la necesidad de un cuidado digno del paciente al final de la vida y la necesidad del acompañamiento familiar permanente, durante los últimos días, horas, minutos y segundos de la existencia humana.

Los cuidados de enfermería y los esfuerzos del equipo multidisciplinario en salud, son primordiales durante el cuidado al final de la vida del paciente crítico, de igual manera, el acompañamiento de la familia del paciente crítico es imprescindible durante el proceso de salud enfermedad en la UCI.

El uso del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y su aplicación mediante el plan de cuidado estandarizado es una herramienta y un instrumento de vital importancia para la práctica clínica, la academia, y la investigación para guiar el cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI.

El uso del lenguaje propio, estandarizado y las taxonomías NANDA, NIC y NOC permiten la comunicación y la continuidad de los cuidados entre los profesionales de enfermería.

El plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI es una herramienta de apoyo, una propuesta innovadora basada en el conocimiento científico, la literatura, el PAE, las taxonomías NANDA, NIC y NOC, que articula el conocimiento disciplinar mediante la aplicación de teorías de mediano rango y el uso del lenguaje estandarizado que aporta a mejorar la práctica de enfermería al final de la vida en la UCI.

Enfermería como ciencia, disciplina y profesión, requiere una articulación entre la teoría, la práctica clínica y la investigación, mediante el uso de Teorías de Mediano Rango que reflejen, guíen y orienten el cuidado de enfermería, la teoría del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore, brinda unos conceptos fundamentales para el cuidado durante la última etapa de la existencia humana, específicamente en la UCI, sin embargo, carece de instrumentos e indicadores empíricos. El plan de cuidado propuesto representa un aporte para la operacionalización de los conceptos de *Experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores*.

La importancia de generar planes de cuidado para el paciente adulto al final de la vida en la UCI, es novedoso, ya que se deben brindar los cuidados paliativos intensivos, con base en la experiencia de dignidad y respeto y proximidad de los allegados, donde el objetivo o resultado primordial es lograr un final tranquilo de la vida para el paciente y su familia en la UCI.

Aliviar el sufrimiento y el dolor, permitir, facilitar y lograr un final tranquilo de la vida en la UCI, son dimensiones de cuidado, que requieren *conocimiento, presencia y contacto humano*, y se obtienen a través de la *experiencia de dignidad y respeto y la proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores*, como lo plantean Ruland y Moore.

*Para procurar una *experiencia de dignidad y respeto*, para el paciente al final de la vida en la UCI, el enfermero debe:

- Incluir al paciente y a los seres queridos en la toma de decisiones, mediante procesos comunicativos efectivos, que incluyan la escucha activa, la orientación de la realidad y la presencia. La toma de decisiones está dirigida a preservar la autonomía personal, a través del apoyo emocional y a la familia y la protección de los derechos del paciente.
- Tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto, para el logro de una *muerte digna y una muerte comfortable*, a través de, manejo del dolor, administración de analgésicos, asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP), cuidados en la agonía, ayuda con el autocuidado, realización de cambios de posición, manejo ambiental (confort) y acciones que contribuyan a mejorar el sueño, además de,

musicoterapia, terapias de relajación y masajes, con base en la intermediación cultural.

- Estar atento a las necesidades, deseos y preferencias expresados por el paciente, mediante la esperanza y el bienestar personal al contribuir a mejorar los sistemas de apoyo. El bienestar o la salud espiritual, al apoyar el crecimiento espiritual, lograr un estado de comodidad psicoespiritual y al facilitar la práctica religiosa.

*Para lograr la *proximidad de los allegados, seres queridos y/o cuidadores*, para el paciente al final de la vida en la UCI, el enfermero debe:

- Facilitar la participación de los seres queridos en los cuidados al paciente, al fomentar la implicación familiar y promover el cuidado participativo en la unidad de cuidado Intensivo.
- Atender la tristeza, las preocupaciones y las cuestiones de los seres queridos para facilitar el afrontamiento familiar y disminuir la ansiedad ante la muerte, a través del contacto y la presencia.
- Propiciar oportunidades para favorecer la cercanía de la familia con el paciente al permitir la presencia y la movilización de los miembros del grupo familiar.

6.2 Recomendaciones

Se requiere mayor formación a nivel de pregrado y posgrado para abordar adecuadamente la última etapa de la existencia humana y brindar cuidados paliativos intensivos con altos estándares de calidad, seguridad y satisfacción para el paciente y la familia, con el fin de mejorar la práctica de enfermería en UCI.

Dirigir esfuerzos encaminados a mantener un alto nivel de sensibilidad en los enfermeros para promover cuidados humanos dirigidos a preservar la dignidad y el respeto por la persona y su familia durante la última etapa de la existencia humana, de este modo evitar un cuidado rutinario, carente de empatía, compasión y solidaridad, mediante formación académica (pregrado y posgrado) y educación continua en las instituciones de salud.

Se requiere voluntad política en las instituciones de salud, para fortalecer y mejorar la política de calidad y seguridad de la atención en salud, la humanización del cuidado, la implementación del Código Lila, permitir el final tranquilo de la vida, mediante la inclusión de los familiares, seres queridos y/o cuidadores, donde se dignifique la persona hasta el último instante de su existencia humana en la UCI.

Las instituciones de salud deben contar con protocolos estandarizados del cuidado del paciente al final de la vida, donde se evidencie el trabajo del equipo multidisciplinario en salud, donde la prioridad es el paciente y su familia que están experimentando una situación difícil y trascendental como es la pérdida de un ser querido, por lo tanto, las intervenciones, los cuidados y las actividades durante la última de la existencia humana no deben ser derivadas de la experiencia y la calidez humana de cada profesional, si no, que por el contrario deben brindarse con un fundamento científico, teórico y práctico, que sólo lo permite la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE).

El plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, desde la perspectiva teórica de Ruland y Moore, es un plan estandarizado, que debe ser individualizado y adaptado de acuerdo a las necesidades humanas de cada paciente y de su familia.

Implementar, socializar y aplicar el plan de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI, en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) del Hospital Universitario Nacional de Colombia (HUNC).

Realizar protocolos, guías de práctica clínica relacionadas con el cuidado del paciente y su familia al final de la vida y cuidados paliativos en la UCI, según indicación de la Circular 023 del 20 de Abril de 2016 y otros estudios.

Implementar protocolos de Código Lila en la UCI, para ofrecer bienestar al paciente y la familia al final de la vida. Fomentar los programas de UCIs de puertas abiertas.

Se recomienda continuar el desarrollo de un plan de cuidados para el paciente al final de la vida en la UCI, acorde con los conceptos de la teoría de Ruland y Moore: ausencia de dolor, experiencia de bienestar y estar en paz.

Elaborar un indicador empírico o un Instrumento que permita evaluar o medir de forma cualitativa o cuantitativa los cinco conceptos de la Teoría del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore.

6.3. Limitaciones

La teoría predictiva de mediano rango, del final tranquilo de la vida, de Ruland y Moore, actualmente no cuenta con un instrumento o un indicador empírico específico que permita estudiar, valorar, medir, evaluar y operacionalizar los cinco conceptos y/o sus interrelaciones.

El uso de la teoría del final tranquilo de la vida, de Ruland y Moore, en Colombia es incipiente, y aún más en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI).

Existe carencia de estudios similares relacionados con el cuidado de enfermería al final de la vida para el paciente y su familia en la UCI.

No se encontraron estudios similares, relacionados con el diseño, implementación, aplicación y/o evaluación de planes de cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la UCI.

Referencias

- (1) Aguinaga OW. Enfermería, muerte y duelo: un texto de reflexión académica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2010.
- (2) Durán MM. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan [revista en Internet]. 2002; 2(2):7-18. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v2n1/v2n1a03.pdf>
- (3) Monzón JL, Saralegui I, Abizanda R, Cabré L, Iribarren S, Martín MC *et al.* Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Med Intensiva [revista en Internet]. 2008; 32(3):121-133. Disponible en: DOI: 0.1016/S0210-5691(08)70922-7
- (4) Parra M, Guáqueta SR, Triana MC. Perspectivas del cuidado de enfermería en UCI: una visión desde el modelo de cuidado HANC. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2012.
- (5) Saralegui I, Velasco T, Martín MC. Voluntades anticipadas, cuidados paliativos intensivos y morir en la UCI. En: Heras G (Ed.). Humanizando los cuidados intensivos: presente y futuro centrado en las personas. Bogotá: Distribuna Editorial; 2017. pp. 277-294.
- (6) Palencia M. Calidad de la atención al final de la vida: manual para profesionales de la salud. México D.F.: Trillas; 2014.
- (7) Zurriarán RG. Vulneraciones de la dignidad humana al final de la vida. Cuad Bioét [revista en Internet]. 2017; (28):83-97. Disponible en: http://fadep.org/wp-content/uploads/2017/06/Vulneraciones_Dignidad_Humana_Final_Vida.pdf
- (8) Gómez OJ, Carrillo GM, Arias EM. Teorías de enfermería para la investigación y la práctica en cuidado paliativo. Rev Latinoam Bioet [revista en Internet]. 2017 [acceso:];17(32-1):60-79. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1764>.
- (9) Velarde-García JF, Luengo-González R, González-Hervías R, González-Cervantes S, Álvarez-Embarba B, Palacios-Cena D. Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos: la perspectiva de enfermería. Gac Sanit

[revista en Internet]. 2017; 31(4):299-304. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv31n4/0213-9111-gs-31-04-00299.pdf>

(10) Kaplow R. AACN Synergy Model for Patient Care: a framework to optimize outcome. *Crit Care Nurse*. 2003;(Supp 1): 27-30.

(11) Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) [sede web]. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL); 2014 [actualizada: 30 05 2018]. Guía de Cuidados Paliativos [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>

(12) Ministerio de Salud y Protección Social, Viceministerio de Salud Pública. Abecé de los cuidados paliativos [manual en Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-cuidados-paliativos.pdf>

(13) Ruland CM ,Moore SM. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nurs Outlook* [revista en Internet]. 46(4):169-175. Disponible en: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(98\)90069-0](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(98)90069-0)

(14) Rojas JG, Pastor P. Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. *Invest Educ Enferm* [revista en Internet]. 2010; 28(3):323-335. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v28n3/v28n3a03.pdf>.

(15) Reina G, Nadia C. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico* [revista en Internet]. 2010; (17):18-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>

(16) Caro SE, Guerra CE. El proceso de atención en enfermería: notas de clase. Barranquilla: Editorial Universidad del Norte; 2011.

(17) Charrier J, Ritter B. El plan de cuidados estandarizado. Un soporte del diagnóstico enfermero: elaboración y puesta en práctica. Barcelona: Masson; 2005.

(18) Ruiz CE, Alfonso LM, Bernal LM, Salgado ME. El proceso de enfermería: método integrador del cuidado con calidad humana. Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina; 2014.

- (19) República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 00002003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud [normativa en Internet] (28/05/2014). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
- (20) Kirchoff KT. Promoting a peaceful death in the ICU. *Crit Care Nurs Clin North Am* [revista en Internet]. 2002; 14(2):201-206. Disponible en: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0899-5885\(01\)00012-0](https://doi.org/10.1016/S0899-5885(01)00012-0)
- (21) Ruland CM, Moore SM. Teoría del final tranquilo de la vida. En: Raile M, Higgins PA, Hansen DM (Eds.). *Modelos y teorías en enfermería* (8ª ed.). Barcelona: Elsevier; 2015. pp. 683-691.
- (22) Zaccara AA, Costa SF, Nóbrega MM, França JR, Morais GS, Fernandes MA. Análise e avaliação da teoria final de vida pacífico segundo critérios de fawcett. *Texto Contexto Enferm* [revista en Internet]. 2017; 26(4):1-6. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002920017>
- (23) Kongsuwan W, Touhy T. Promoting peaceful death for Thai Buddhists: implications for holistic end-of-life care. *Holist Nurs Pract* [revista en Internet]. 2009 [acceso:];32(5):289-296. Disponible en: DOI: 10.1097/HNP.0b013e3181b66ce6
- (24) Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. *Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos* [manual en Internet]. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>
- (25) Organización Mundial de la Salud (OMS) [sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); [actualizada: 31 may 2018. *Cuidados paliativos: datos y cifras* [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- (26) Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia, Fundación Meditech. *Protocolo para la aplicación del*

procedimiento de eutanasia en Colombia 2015 [manual normativo en Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>

(27) Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. *Crit Care Med* [revista en Internet]. 2004; 32(3):638-643. Disponible en: DOI: 10.1097/01.CCM.0000114816.62331.08. PMID: 15090940

(28) EL TIEMPO [sede web]. Bogotá: EL TIEMPO Casa Editorial; 2010 [actualizada: 31 may 2018; Carreño JN. UCI: entre la vida y la muerte [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3884385>

(29) Arias AA. Código Lila. *Acta Colomb Cuid Intensivo*. 2011;11(3):179-181.

(30) Lopera MA. Cuidados al final de la vida: una oportunidad para fortalecer el patrón emancipatorio de enfermería. *Av Enferm* [revista en Internet]. 2015; 33(1):124-132. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.37514>

(31) República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1733 de 2014. Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. *Diario Oficial No. 49.268 (08/09/2014)*.

(32) República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 023 de 2016 (20/04/2016).

(33) Clínica Norte [sede web]. Cúcuta: Clínica Norte; 2011 [actualizada: 01 jun 2018.. Política de humanización de la Unidad de Cuidados Intensivos: Programa de Humanización de la Unidad de Cuidados Intensivos Clínica Norte S.A [aprox. 10 pantallas] Disponible en: <http://www.clinicanorte.com.co/politica-de-humanizacion-de-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>.

(34) Consejería de Sanidad, Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria, Subdirección General de

Humanización de la Asistencia Sanitaria. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 [informe en Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad; 2016. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>

(35) Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). End-of-life care during the last days and hours [informe en Internet]. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; 2011. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/End-of-Life_Care_During_the_Last_Days_and_Hours_0.pdf

(36) Achury DM. Síntomas de falla cardiaca desde una teoría de mediano rango. *Inv Enf [revista en Internet]*. 2006; 8(1-2):42-49. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1575/1001>

(37) Fawcett J. The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *J Nurs Scholarsh [revista en Internet]*. 1984; 16(3):84-89. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>

(38) Jiménez T, Gutiérrez E. El proceso de enfermería: una metodología para la práctica. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 1997.

(39) González EM. El proceso de enfermería: una herramienta de cuidado. Bogotá: Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana (UPB); 2006.

(40) Pérez AM, Laza C, Salgado MH, Padilla D, Triana MT, Murrain E *et al*. Manual para la aplicación del proceso de enfermería. Bogotá: Facultad de Enfermería, Fundación Universitaria del Área Andina; 2005.

(41) Ruiz CE, Alfonso LM, Bernal LM, Salgado ME. El proceso de enfermería: método integrador del cuidado con calidad humana. Bogotá: Facultad de Ciencias de la Salud, Fundación Universitaria del Área Andina; 2014.

(42) Elorza G. Manual de enfermería de Zamora. Bogotá: Zamora Editores; 2008.

(43) Ramos E. El proceso de enfermería: una guía metodológica en el ejercicio profesional. Santa Marta: Editorial UniMagdalena; 2009.

(44) NNNConsult [sede web]. Nueva York: Elsevier B.V.; 2018 [actualizada: 01 jun 2018]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>

(45) República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones [norma en Internet] Diario Oficial No. 45.693 (06/10/2004). Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

(46) República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones [norma en Internet]. Diario Oficial No. 42.710 (05/02/1996). Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf

(47) República de Colombia, Corte Constitucional, Consejo Superior de la Judicatura. Constitución Política de Colombia 1991 [normativa en Internet]. Bogotá: Centro de Documentación Judicial– CENDOJ; 2016. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>

(48) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (04/10/1993).

(49) Universidad Nacional de Colombia. Consejo Académico. Acuerdo 035 de 2003, por el cual se expide el Reglamento sobre Propiedad Intelectual en la Universidad Nacional de Colombia. Acta 08 (03/12/2003).

(50) Universidad Nacional de Colombia. Consejo Académico. Acuerdo 016 de 2011, por el cual se reglamentan los requisitos y procedimientos académicos, la guía de prevención de riesgos y el manejo de emergencias, para la realización de las prácticas académicas, de investigación y creación y de extensión para los estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia. Acta 09 (05/12/2011).

(51) Giaquinta MÁ, Pascucci JO. Cuidados paliativos: acompañamiento y dignidad al final de la vida. UNCuyo [serie en Internet]. 2015; 9(1):24-26. Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/7322/giaquintarfo-912015.pdf

(52) Triana MC. La empatía en la relación enfermera-paciente [Editorial]. Av Enferm [revista en Internet]. 2017; 35(2):121-122. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.66941>

(53) Equipo Vértice. Cuidados enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Andalucía: Editorial Vértice; 2012.

(54) Pardavila MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos: revisión de la literatura. Enferm Intensiva [revista en Internet]. 2012 [acceso:];23(2):51-67. Disponible en: DOI: 10.1016/j.enfi.2011.06.001

(55) Gaviria A. Hoy es siempre todavía. La historia de cómo descubrí que el cáncer es como la vida. Editorial Planeta Colombiana S.A. Bogotá; 2018.

