



CLÍNICA

ABORDAJE ASISTENCIAL EN EL PACIENTE EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD Y FAMILIA

WELFARE BOARDING IN PATIENTS IN ADVANCED PHASE OF DISEASE AND PATIENTS' FAMILY

***Tejada Domínguez, FJ., **Ruíz Domínguez, MR**

*Hospitalización domiciliaria. Hospital Duques del Infantado (Virgen del Rocío). Sevilla. **Unidad de Medicina Interna. Área hospitalaria Valme. Cádiz.

Palabras clave: Plan de cuidados, Cuidados paliativos, Enfermo terminal, NANDA-NIC-NOC, Problemas de independencia, colaboración y Autonomía.

Keywords: Care Plan, Palliative Care, Terminal Patient, NANDA-NIC-NOC, Problems of Independence, Collaboration and Autonomy.

RESUMEN

El trabajo que hemos elaborado tiene como finalidad aportar nuevos conocimientos así como facilitar la labor de la enfermería que atiende al enfermo en situación terminal tanto en los niveles de atención primaria como hospitalaria, asegurando a su vez la calidad y continuidad de los cuidados prestados, sin perder de vista la voluntad de la persona de recibir atención bien en su domicilio o bien en el hospital.

Creemos importante la consolidación de una herramienta que sea común a todos los profesionales que atienden a este tipo de pacientes y sus familias usando como referencia las distintas taxonomías implantadas (NANDA, NIC y NOC) como pilar fundamental del plan de cuidados y conseguir así reducir la variabilidad clínica a la hora de abordar este tipo de pacientes.

Basándonos en el modelo de Virginia Henderson pretendemos contestar a la pregunta ¿Qué hace la enfermería en cuidados paliativos? Hemos optado por elegir este modelo por ser abierto, de un amplio desarrollo y utilizar terminología fácil de comprender.

El trabajo lo estructuramos en tres tipos de problemas alrededor de los cuales va a girar toda nuestra labor asistencial: Problemas de independencia compuestos por diagnósticos de enfermería reales y de riesgo, para los cuales, hemos utilizado la taxonomía NANDA; problemas de colaboración, en los que el paciente requiere que el enfermero o enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional (generalmente el médico); y finalmente, los problemas de autonomía en los que el paciente, careciendo de la capacidad física o intelectual necesaria, necesita

que se realicen por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades susceptibles de cierto grado de suplencia (parcial o total).

ABSTRACT

Our project is intended to provide new knowledge as well as to facilitate the nursing care of patients in terminal situations regarding both primary attention and hospital care. This also assures the quality and continuity of the given care, without losing view of the will of the person to receive attention either at home or at the hospital.

We believe it is important to consolidate a tool that is common to all the professionals who take care of this type of patient and their families, using as a reference the different taxonomies implanted (NANDA, NIC and NOC) as mainstays of the care plan and thus being able to reduce the clinical variability when approaching this type of patients.

Using the model of Virginia Henderson as a base we try to answer the question: What does the nursing staff do in palliative cares? We have chosen this model for being open, amply developed, and utilizing easy to understand terminology.

The project is structured according to three types of problems which our aid work is based upon: Problems of independence composed of current nursing and risk diagnoses, for which we have used NANDA taxonomy. Collaboration problems, in which the patient requires that the nurse enact for the patient the treatment and control prescribed by another professional (generally the doctor). Finally, the autonomy problems in which the patient lacking the necessary physical or intellectual capacity, needs that certain directed actions are carried out for him/her in order to satisfy the susceptible needs to a certain degree of substitution (partial or total).

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el papel de la enfermería ha adquirido un protagonismo especial en la terminalidad a través de los cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos se entienden como la asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo interdisciplinario cuando la expectativa no es la curación. Su meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia, sin intentar alargar la supervivencia ni acortarla específicamente, debiéndose atender las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales fundamentalmente.

Entendemos como paciente en situación terminal a quien presenta una enfermedad avanzada progresiva e incurable, sin posibilidades de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado (generalmente inferior a 6 meses), con presencia de síntomas multifactoriales intensos y cambiantes, con impacto emocional en la persona, familiares y grupos sociales y con necesidad de atención integral (1).

Es el enfermero/a el miembro del equipo sanitario más próximo y en estrecho contacto con el paciente y su núcleo familiar, sobre todo, en fase de enfermedad debiendo por tanto asumir los cuidados que resultan necesarios en el último trayecto de vida. Recordamos que el consejo internacional de enfermería, en su declaración de posición sobre los cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias, afirma que "...la función de la enfermería es fundamental para unos cuidados paliativos destinados a reducir el sufrimiento y a mejorar la calidad de la vida de los pacientes moribundos y de sus familias mediante una pronta evaluación, identificación y gestión del dolor y de las necesidades físicas, sociales, psicológicas, espirituales y culturales."

Son esos cuidados la base sobre la que se sostiene lo que todos conocemos hoy en día como el *proceso enfermero* y no es más que aquel método sistematizado que brinda cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente. Es sistemático porque consta de cinco pasos (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) durante los cuales el profesional de enfermería lleva a cabo acciones deliberadas para lograr la máxima eficiencia y conseguir así resultados beneficiosos. Es humanista, porque se basa en la idea de que mientras planificamos y brindamos los cuidados, debemos considerar los intereses, ideales y deseos íntimos la persona, la familia o la comunidad (2).

El presente plan de cuidados va dirigido a la asistencia a pacientes en situación terminal y a su familia. Las personas cuidadoras son también foco esencial de la atención paliativa ya que por un lado acompañan al enfermo/a en las diferentes fases de la enfermedad con el impacto emocional que conlleva, siendo su principal fuente de recursos y apoyo social a la vez que son nuestros principales colaboradores para la puesta en marcha y éxito del plan asistencial. Son por ello población diana y referente para educación sanitaria (diagnósticos propios de cuidadores).

Es el plan de cuidados estandarizado la herramienta de la que dispone y se ayuda el enfermero/a para facilitar la aplicación de cuidados profesionales a la población. En otras palabras, es el protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos/as pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con un proceso clínico o enfermedad concretos, es decir, detallan un grupo de diagnósticos reales o de riesgo que con probabilidad estarán presentes en ese proceso o enfermedad, así como las intervenciones asociadas más efectivas. No hay que olvidar que los planes de cuidados estandarizados nos servirán como modelo, pero que necesariamente tendremos que personalizarlos para su concreta aplicación (3).

Ni que decir tiene que en los procesos de duración prolongada de atención enfermera (como es el proceso paliativo), los planes individualizados de cuidados son las estrategias más adecuadas de actuación enfermera. Cuanto más prolongada en el tiempo es la relación del enfermero/a con la persona, mayor resulta ser la necesidad de establecer estos planes de cuidados individualizados, constituyendo los planes de cuidados estandarizados.

Este plan de cuidados estandarizado se basa en el enunciado de Virginia Henderson. El modelo incluye como parte de la actuación de la enfermería el papel de colaboración con otros profesionales, define el concepto de persona como un todo compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, a la vez que nos permite emplear las diferentes taxonomías NANDA, NIC y NOC tanto para formular los problemas identificados, aplicar el tratamiento enfermero en beneficio de la persona basado en el conocimiento y juicio clínico así como para medir y evaluar a lo largo del tiempo los resultados conseguidos.

En este modelo el centro de la intervención son las áreas de dependencia, es decir, saber qué hacer y cómo (conocimiento), poder hacer (fuerza) o querer hacer (voluntad). Los modos de intervención se dirigen a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad de la persona con el fin de satisfacer sus necesidades básicas (bien sea supliendo su autonomía o ayudándole a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial) (4).

Se determinan por tanto tres tipos de problemas: Los relacionados con la **autonomía**, los cuales reflejan una falta total o parcial de la capacidad física e intelectual del paciente para

hacer por sí mismo las acciones apropiadas que satisfagan sus necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma, los relacionados con la **colaboración** son aquellos problemas de salud reales o potenciales en los que el paciente requiere que el enfermero/a realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional (generalmente el médico) y que dependen principalmente de la patología, de su evolución, de la aplicación del tratamiento médico y del control de la respuesta a éste, y finalmente, los problemas de **independencia**, entendiéndola como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y su situación de vida y salud englobando los diagnósticos reales, de riesgo y de salud utilizando para ello las categorías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (4).

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Para la elaboración del plan de cuidados se han seguido los siguientes pasos:

El primero ha consistido en la adquisición de conocimientos acerca de la estandarización de los cuidados y metodología enfermera a través de dos cursos-taller “Estandarización y mejora de los cuidados en atención especializada” y “Curso de gestión de casos para la estandarización de los cuidados” impartidos por el Servicio Andaluz de Salud y acreditados por la Consejería de Salud.

En una segunda fase y tras haber adquirido los conocimientos y habilidades esenciales sobre dicha materia, se ha conformado un grupo compuesto por un total de ocho profesionales enfermeros expertos en cuidados paliativos y terminales. Empleando como técnica grupal de consenso la tormenta de ideas (*brainstorming*) se han seleccionado los problemas reales o potenciales así como las intervenciones y los resultados que se persiguen con cada una de ellas. Para ello, además de la actividad formativa arriba mencionada, se ha requerido de bibliografía básica sobre contenidos del proceso enfermero, taxonomías enfermeras (NANDA-NIC-NOC) y el modelo de enfermería de Virginia Henderson (5, 6, 7).

Finalmente, en una tercera fase, se han clasificado, ordenado y estandarizado todos los problemas, intervenciones y resultados según las taxonomías citadas.

| DIAGNÓSTICOS NANDA | RESULTADOS NOC E INDICADORES | INTERVENCIONES NIC |
|--|---|---|
| <p>00078. Manejo inefectivo del régimen terapéutico R/C complejidad del sistema de cuidados de la salud, conflicto de decisiones M/P pruebas objetivas, conductas no apropiadas o adaptativas, verbalizaciones.</p> <p>00045. Deterioro de la mucosa oral R/C disminución de la salivación, radioterapia, higiene oral ineficaz M/P dolor o malestar oral, úlceras orales, dificultad para comer, deglutir o hablar, halitosis, xerostomía, lengua saburral.</p> | <p>1300. Aceptación del estado de salud</p> <p>02 Renuncia al concepto previo de salud 07 Expresa sentimientos sobre el estado de salud 08 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud 09 Búsqueda de información 12 Clarificación de valores percibido 14 Realización de tareas de cuidados personales</p> <p>1601. Conducta de cumplimiento</p> <p>01 Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida</p> <p>1609. Conducta terapéutica: enfermedad o lesión</p> <p>02 Cumple el régimen terapéutico recomendado 07 Realiza los cuidados personales compatibles con la habilidad 12 Utiliza dispositivos correctamente</p> <p>1606. Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria</p> <p>02 Manifiesta autocontrol en la toma de decisiones 06 Identifica prioridades de los resultados sanitarios 10 Identifica apoyo disponible para conseguir los resultados esperados 12 Negocia las preferencias asistenciales</p> <p>1100. Salud bucal</p> <p>01 Aseo personal de la boca 10 Humedad de la mucosa bucal y de la lengua 12 Integridad de la mucosa bucal 16 Olor del aliento 18 Ausencia de sangrado</p> | <p>5240. Asesoramiento</p> <p>5602. Enseñanza: proceso de enfermedad</p> <p>5250. Apoyo en la toma de decisiones</p> <p>5440. Aumentar los sistemas de apoyo</p> <p>1730. Restablecimiento de la salud bucal</p> <p>1710. Mantenimiento de la salud bucal</p> |

| DIAGNÓSTICOS NANDA | RESULTADOS NOC E INDICADORES | INTERVENCIONES NIC |
|--|--|--|
| <p>0047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C deterioro de la movilidad física, alteración del estado nutricional, medicación.</p> | <p>1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas 04 Hidratación 11 Perfusión tisular 13 Piel intacta</p> | <p>3540. Prevención de úlceras por presión 3520. Cuidados de las úlceras por presión 3590. Vigilancia de la piel 8100. Derivación</p> |
| <p>00015. Riesgo de estreñimiento R/C efectos secundarios farmacológicos (opiáceos, anticolinérgicos, sedantes...), depresión, tumor.</p> | <p>0501. Eliminación intestinal 01 Patrón de eliminación en el rango esperado 10 Ausencia de estreñimiento 13 Control de la eliminación de las heces</p> | <p>0450. Manejo del estreñimiento/ impactación</p> |
| <p>00120. Baja autoestima situacional R/C deterioro funcional, alteración de la imagen corporal M/P expresiones de desesperanza e inutilidad y verbalizaciones autonegativas.</p> | <p>1902. Control del riesgo 01 Reconoce el riesgo 04 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas 08 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo</p> | <p>0440. Entrenamiento intestinal</p> |
| <p>00120. Baja autoestima situacional R/C deterioro funcional, alteración de la imagen corporal M/P expresiones de desesperanza e inutilidad y verbalizaciones autonegativas.</p> | <p>1205. Autoestima 01 Verbalización de la autoaceptación 02 Aceptación de las propias limitaciones 07 Comunicación abierta 08 Cumplimiento de roles significativos personales</p> | <p>5400. Potenciación de la autoestima</p> |
| <p>00120. Baja autoestima situacional R/C deterioro funcional, alteración de la imagen corporal M/P expresiones de desesperanza e inutilidad y verbalizaciones autonegativas.</p> | <p>1200. Imagen corporal 06. Satisfacción con el aspecto corporal 07 Adaptación a cambios en el aspecto físico</p> | <p>5220. Potenciación de la imagen corporal</p> <p>5230. Aumentar el afrontamiento</p> |
| <p>00120. Baja autoestima situacional R/C deterioro funcional, alteración de la imagen corporal M/P expresiones de desesperanza e inutilidad y verbalizaciones autonegativas.</p> | <p>1305. Adaptación psicosocial: cambio de vida 01 Establecimiento de objetivos realistas 02 Expresión de utilidad</p> | <p>5370. Potenciación de roles</p> |

| DIAGNÓSTICOS NANDA | RESULTADOS NOC E INDICADORES | INTERVENCIONES NIC |
|--|--|--|
| <p>00066. Sufrimiento espiritual R/C cambios vitales, muerte y agonía propia o de otros M/P expresiones de falta de significado o propósito en la vida, falta de esperanza, perdón o culpa.</p> | <p>2001. Bienestar espiritual</p> <p>01 Expresión de confianza 03 Expresión de significado y fin de la vida 05 Expresión de serenidad 15 Lecturas espirituales 17 Relación con los demás para compartir pensamientos, sentimientos y creencias 09 Oración</p> <p>1201. Esperanza</p> <p>01 Expresión de una orientación futura positiva 09 Expresión de paz interior</p> <p>1304. Resolución de la aflicción</p> <p>01 Expresa sentimientos sobre la pérdida 09 Discute los conflictos no resueltos 20 Progresa a lo largo de las fases de aflicción</p> <p>1303. Muerte digna</p> <p>13 Muestra calma y tranquilidad 14 Verbaliza comodidad 15 Expresa alivio del dolor 16 Expresa control del síntoma (náuseas, ansiedad, disnea...)</p> <p>2000. Calidad de vida</p> <p>01 Satisfacción con el estado de salud</p> | <p>5420. Apoyo espiritual</p> <p>5280. Facilitar el perdón</p> <p>5310. Dar esperanza</p> <p>5260. Cuidados en la agonía</p> |

| <p style="text-align: center;">PROBLEMAS DE COLABORACIÓN (PROBLEMA SALUD REAL O POTENCIAL)</p> | <p style="text-align: center;">INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)</p> |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • DOLOR 2º a progresión lesión neoplásica, tratamientos oncológicos, debilidad, patologías coexistentes o interrecurrentes. • ESTREÑIMIENTO 2º al uso de fármacos (opiáceos, anticolinérgicos, sedantes), al propio tumor. • DEPRESIÓN 2ª pérdida de significado, conflicto de decisiones, bajo apoyo social. • NÁUSEAS-VÓMITOS 2º proceso tumoral, alteraciones metabólicas, tratamientos radioterápicos, fármacos, enfermedades concurrentes. • DISNEA-TOS-HIPO 2º proceso neoplásico, acúmulo de secreciones, distensión gástrica. • INFECCIÓN 2º procedimientos terapéuticos invasivos (catéteres), heridas. • HEMORRAGIA 2ª herida tumoral. • CAÍDAS-LESIONES 2ª inestabilidad en la marcha, disminución fuerza física, fármacos. • FIEBRE 2ª proceso tumoral, infecciones. • HIPERGLUCEMIA-HIPOGLUCEMIA 2ª tratamientos farmacológicos (corticoides, NPT), desequilibrio nutricional, afectación tumoral. • FATIGA-ANEMIA 2ª malabsorción, infiltración medular, hemorragias. | <ul style="list-style-type: none"> • 1400. Manejo del dolor • 2210. Administración de analgésicos • 5616. Enseñanza: medicamentos prescritos • 6482. Manejo ambiental: confort • 0450. Manejo del estreñimiento/impactación • 0430. Manejo intestinal • 2340. Administración de medicación pautaada (laxantes) • 0430. Control de evacuación • 5230. Aumentar el afrontamiento • 5400. Potenciación de la autoestima • 5270. Apoyo emocional • 1450. Manejo de las náuseas • 1570. Manejo del vómito • 2080. Manejo de líquidos/electrolitos • 3140. Manejo de las vías aéreas • 2300. Administración de medicación • 3320. Oxigenoterapia • 3350. Monitorización respiratoria • 3160. Aspiración vías aéreas • 3250. Mejorar la tos • 6550. Protección contra las infecciones • 6540. Control de infecciones • 3660. Cuidados de las heridas • 7820. Manejo de muestras • 4160. Control de hemorragias • 4010. Precauciones con hemorragias • 4020. Disminución de la hemorragia • 6680. Monitorización de los signos vitales • 6486. Manejo ambiental: seguridad • 6654. Vigilancia: seguridad • 6490. Prevención de caídas • 6610. Identificación de riesgos • 6580. Sujeción física • 3740. Tratamiento de la fiebre • 2080. Manejo de líquidos y electrolitos • 6680. Monitorización de signos vitales (tª) • 3900. Regulación de la temperatura • 2300. Control de la glucosa sanguínea • 2120. Manejo de la hiperglucemia • 2130. Manejo de la hipoglucemia • 5614. Enseñanza: dieta prescrita • 4160. Control de hemorragias • 4030. Administración de productos sanguíneos • 0180. Manejo de la energía • 1800. Ayuda al autocuidado • 5612. Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ANOREXIA-CAQUEXIA-DESNUTRICIÓN 2ª proceso neoplásico, náuseas, vómitos, malabsorción, ttos médicos. • INSOMNIO 2º factores ambientales, estrés, dolor. • CONVULSIÓN 2º localización tumoral, metástasis cerebrales. • ÚLCERAS Y FÍSTULAS MALIGNAS 2ª infiltración de células tumorales en las estructuras de la piel. • RIESGO DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS. • RIESGO DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS. | <ul style="list-style-type: none"> • 1160. Monitorización nutricional • 1120. Terapia nutricional • 1050. Alimentación • 1200. Administración de nutrición parenteral total (NPT) • 1030. Manejo de los trastornos de la alimentación • 1850. Mejorar el sueño • 6482. Manejo ambiental: confort • 2380. Manejo de la medicación • 6040. Terapia de relajación simple • 2680. Manejo de las convulsiones • 2690. Precauciones contra las convulsiones • 2620. Monitorización neurológica • 6650. vigilancia • 3660. Cuidados de las heridas • 1400. Manejo del dolor • 3584. Cuidados de la piel: tratamiento tópico • 3590. Vigilancia de la piel • 6600. Manejo de la radioterapia • 6650. Vigilancia • 2300. Administración de medicación • 6680. Monitorización de los signos vitales • 7710. Colaboración con el medico. • 6600. Manejo de la radioterapia • 1876. Cuidados del catéter urinario • 0580. Sondaje vesical • 1874. Cuidados de la sonda gastrointestinal • 1080. Sondaje gastrointestinal • 0480. Cuidados de la ostomía • 6540. Control de infecciones • 2440. Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV) • 4200. Terapia intravenosa |
|--|--|

| PROBLEMAS DE AUTONOMÍA | INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Déficit de autocuidado: Baño/ higiene (suplencia parcial o total). • Déficit de autocuidado: Alimentación (Suplencia parcial o total). • Eliminación urinaria (suplencia parcial o total). • Eliminación fecal (suplencia parcial o total). • Déficit de autocuidado: Vestido/ acicalamiento (suplencia parcial o total). • Movilización-mantenimiento buena postura (suplencia parcial o total). • Evitar peligros. Mantener entorno seguro (suplencia parcial o total). | <ul style="list-style-type: none"> • 1801. Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene • 1802. Ayuda con los autocuidados: Vestir/ arreglo personal • 1803. Ayuda con los autocuidados: alimentación • 1804. Ayuda con los autocuidados: aseo • 1806. Ayuda con los autocuidados: transferencia • 0610. Cuidados de la incontinencia urinaria • 1876. Cuidados del catéter urinario • 1870. Cuidados del catéter: colector • 0410. Cuidados de incontinencia intestinal • 0840. Cambio de posición • 6530. Manejo ambiental: seguridad |

RESULTADOS

El uso de esta herramienta permite, en primer lugar, facilitar la resolución, y de no ser así, el alivio de los principales problemas tanto del paciente en situación terminal como de su familia.

También se ha reflejado entre los profesionales de enfermería una clara línea de decisión y de actuación, permitiendo el uso de las distintas taxonomías y contribuyendo así a homogeneizar el lenguaje y la disciplina de los cuidados reduciendo la variabilidad en la práctica asistencial, determinando el nivel adecuado de los resultados esperados y estableciendo líneas de actuación para la continuidad de cuidados.

Su disponibilidad para su aplicación en la práctica asistencial, fundamentalmente por parte de los profesionales de enfermería, ha facilitado el abordaje del proceso de enfermedad avanzada y/o terminal permitiendo establecer intervenciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de una forma integrada e interdisciplinar entre los diferentes profesionales sanitarios.

En definitiva, con el uso de este plan de cuidados se mejora la calidad de la atención prestada al paciente y familia ofreciendo cuidados excelentes que permiten conseguir un alivio suficiente logrando disminuir el sufrimiento del paciente y familia.

CONCLUSIONES

1. En el colectivo enfermero, miembro indispensable en el campo de los cuidados paliativos, el uso de este plan de cuidados nos ayuda a precisar la naturaleza de los cuidados, guiándonos para poder elegir las intervenciones que nos ayudarán a conseguir objetivos, delimitando nuestra responsabilidad profesional y aclarando el servicio que da la enfermería a la comunidad.
2. Facilita los esfuerzos de comunicación del equipo de cuidados garantizando con ello la coordinación y continuidad de los cuidados. Para ello, el desarrollo y la aceptación por parte de todo el equipo de profesionales acerca de una definición y denominación común para identificar *qué es lo que hacemos, cómo y para quien lo hacemos* resulta de vital importancia.
3. Permite unificar actuaciones, creando así un mismo código enfermero (basado en terminología propia) a la vez que proporciona una atención personalizada e integral para cada paciente y familia.
4. Facilita a los enfermeros/as gestores/as y administradores/as el poder recoger y analizar los datos enfermeros específicos que proporcionan evidencias de los efectos y contribuciones de los proveedores de cuidados enfermeros, así como delimitar el coste de los servicios enfermeros para quienes deben financiarlos.
5. Aporta medios comunes para obtener datos sobre los resultados de los pacientes que ayudarán a diseñar y construir nuevo conocimiento para apoyar la práctica basada en la evidencia.
6. Contribuye al avance en la ciencia de los cuidados enfermeros aportando contenido científico a nuestro trabajo.
7. Aplicar un plan de cuidados orientado a objetivos comunes y unificado en cuanto a criterios, permite conseguir una mejor planificación y mejor gestión de los recursos sanitarios de los que se dispone consiguiendo cotas de eficiencia bastante elevadas.
8. Consensuar con el equipo médico las complicaciones más frecuentes que se presentan durante el curso de la enfermedad terminal, su diagnóstico y su tratamiento ha hecho que las intervenciones y actividades de prevención y control por parte de enfermería dentro de los problemas de colaboración resulten más eficaces y efectivas
9. Mejora la integración del profesional no familiarizado con el paciente paliativo; de igual manera, ayuda al personal de nueva incorporación en la unidad a tener una guía de trabajo sistemática y común que le pueda facilitar el conocimiento previo del cuidado que requerirá tanto el paciente como su familia durante todo el proceso de enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boceta Osuna J et al. Cuidados Paliativos Domiciliarios. Atención Integral al Paciente y su Familia. Sevilla: Consejería de salud. Junta de Andalucía.
2. Contreras Fernández E et al. Planes de Cuidados Enfermeros Estandarizados en Atención Primaria. Málaga: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2001.
3. Charrier J, Ritter B. El Plan de Cuidados Estandarizado. Un Soporte del Diagnóstico Enfermero. Elaboración y Puesta en Práctica. 1ª ed. Masson Elsevier, 2005.
4. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la Teoría a la Práctica. El Pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. 2ª ed. Masson, 2000.
5. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier España, 2008.
6. McCloskey Dochterman JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (NIC) 4ª ed. Madrid: Elsevier España, 2004.
7. Johnson M, Maas M, Moorhead S, Anderson M, Aquilino M, Belliner S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 3ª ed. Madrid: Elsevier España, 2004.
8. Luis Rodrigo MT. Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión Crítica y Guía Práctica. Escuela de enfermería de la universidad de Barcelona. 7ª Edición. Masson, 2006.
9. Fernández Lao I. Defensa del Uso de un Modelo Enfermero
Manuscrito revista científica de Enfermería "Evidentia" 2005 Sept-Dic; 2(6)
[Acceso 2 Marzo 2008].
Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n6/146articulo.php>
10. Planes de Cuidados Estandarizados. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Archivo en Internet 2005. [Acceso 22 Abril 2008].
Disponible en:
<http://www.carloshaya.net/enfermeria/media/lpcee.pdf#search=%22enfermeria%20filetype%3Apdf%22>
11. Planes de cuidados con NANDA-NOC-NIC. Hospital Reina Sofía.
Archivo en Internet [Acceso 5 Abril 2008]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria_2003/planes_cuidados2004.htm
12. Duarte Rodríguez M, De La Cuadra Liró MC, García Fernández E, Jiménez Muñoz MB, Vallés Mtnez MP. Pacientes en Situación Terminal y su Familia. Monografía en Internet 2007. [Acceso 9 Octubre 2007]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/planes/Plan_Cuidados_Paliativos.pdf
13. García Fernández FP, et al. Guía para el Manejo de: Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea, Deterioro de la Integridad cutánea, Deterioro de la

Integridad Tisular relacionada con las Úlceras por Presión. Evidentia 2005, sept; 2 (supl) [Acceso 18 Marzo 2008].

Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/2005supl/guia_upp.pdf

14. Ponce González, JM. Los Cuidados al Final de la Vida. Revista Enfermería Comunitaria (Edición Digital) 2006, 2(1). [Acceso 7 de Junio de 2008]
Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a38-42.php>
15. Tizón Bouza E, Vázquez Torrado R. Enfermería en cuidados paliativos: Hospitalización Durante los Últimos Días de Vida
Enfermería global (Edición Digital) 2004; (5): 1-32 [Acceso 30 Noviembre 2007]
Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/5/pdf/05b01.pdf>
16. Bielsa-Martín S, Madroñero-Vuelta AB, Calvo-Godoy C, Martín-Berra C, Trujillano-Cabello J, Naval-Vicuña M. Cuidados Paliativos en Pacientes Oncológicos y no Oncológicos con Enfermedad Terminal en un Hospital de Agudos. Medicina paliativa 2006; 13(3):132-139.
17. Porta J, Gómez Batiste X, Tuca A. Manual de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y terminal. Madrid: Arán, S.L; 2004.
18. Camps Herrero C, Carulla Torrent J, Casas Fdez. De Tejerina AM, González Barón M, Sanz Ortiz J, Valentín V. Manual Seom de Cuidados Continuos. Sociedad Española de Oncología Médica. Madrid: Dispublic S.L, 2004.
19. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Biblioteca Lascasas (Edición Digital 2006; 2 (3). [Acceso 7 de junio de 2008]
Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0155.php>
20. Boceta Osuna J et al. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2007.

ISSN 1695-6141

© **COPYRIGHT** Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia