

# Aplicación del proceso enfermero según teorías y modelos en el potencial donante: estudio de caso.

## Autores:

**Antonio Ramírez Palma.** Enfermero, Especialista en Cuidados Críticos del Adulto y Adulto Mayor. Unidad de Paciente Crítico Adulto. Hospital Gustavo Fricke. Viña del Mar. E-Mail: antonio.ramirez@alumnos.uv.cl

**Ruddy Freire Vicencio.** Enfermero. Servicio de Medicina. Hospital Gustavo Fricke. Viña del Mar .

**Fecha de Recepción:** 30.09.2020

**Fecha Aceptación:** 10.02.2021

**DOI:** <https://doi.org/10.22370/bre.51.2020.2736>

## › Resumen

La muerte encefálica es el cese irreversible en la función de estructuras neurológicas, intracraneales, lo que supone un compromiso neurológico que requiere de cuidados específicos en unidades de mayor complejidad donde el profesional de enfermería debe considerar en su quehacer cuidados fundamentales en el soporte no solo hemodinámico, sino también que involucren a la familia y entorno, los cuales son ejecutados tanto de forma independiente como en conjunto de la acción médica e influyen en la toma de decisiones de la familia.

El objetivo del presente estudio de caso se basa en desarrollar un proceso de enfermería en una unidad de cuidados intensivos en una persona con diagnóstico de Muerte Encefálica, basado en teorías y modelos que sistematicen el cuidado y que permitan fundamentar la práctica clínica.

Para realizar la valoración se utilizaron como referentes la teoría de las necesidades básicas humanas de Virginia Henderson y la teoría del final de la vida de Cornelia Ruland y Shirley Moore. El establecimiento de diagnósticos fue planteado mediante el formato NANDA, los indicadores fueron descritos según criterios de resultados NOC y las intervenciones según formato NIC.

El profesional de enfermería es clave para la humanización de los cuidados al final de la vida, donde se debe de considerar no solo a la persona sino también a familia y entorno. La elaboración de un plan de cuidados basado en un modelo teórico de enfermería permitirá fortalecer el cuidado integral del binomio familia/paciente.

› **Palabras claves:** Unidad de cuidados intensivos, proceso de enfermería, teorías de enfermería, estudio de caso, relación de familia (DeCS - BIREME).

# Application of the nursing process according to theories and models in the potential donor: case study

## › Abstract

Brain death is the irreversible cessation in the function of neurological, intracranial structures, both in the cerebral hemispheres and the brainstem, which implies a neurological compromise that requires specific care in more complex units, where nurses must consider in their care planification, not only hemodynamic support, also involving the family and environment. These cares are carried out both, independently and in conjunction with medical action, and influence the decision-making of the family, in addition to a theoretical framework based on theories and models that support the profession.

The objective of this case study is developing a nursing process in a person with brain death in an intensive care unit, based on Nursing theories and models that allows systematize care and sustain the clinical practice.

To carry out the assessment were used as references, Virginia Henderson's theory of basic human needs and Cornelia Ruland and Shirley Moore's theory of the end of life. Diagnosis were established using the NANDA format, the indicators were described according to NOC results criteria and the interventions according to the NIC format.

Nurses are fundamental in the humanization of end-of-life care, where the person, the family and environment should be considered. The elaboration of a nursing process (care plan) based on a theoretical nursing model will make it possible to strengthen the comprehensive care of the family / patient binomial., it must also generate a leadership and active role in the creation of strategies towards integration of this binomial, despite the existence of limitations that can affect the harmony of the process.

› **Keywords:** Intensive care units, nursing process, nursing theory, case reports, family relations (DeCS).

## › Introducción

La muerte encefálica (ME) se define como el cese irreversible en la función de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales como del tronco encefálico. Esta situación clínica aparece cuando la presión intracraneana se eleva por encima de la presión arterial sistólica de la persona lo que da lugar a una disminución del flujo sanguíneo cerebral (1). En Chile, este evento se define como la muerte de una persona ocurrida a causa de un daño neurológico severo que genera el cese total e irreversible de la actividad cerebral, situación que posee un marco ético y legal dentro de la legislación (2 - 4).

El cese de las funciones cerebrales se determina mediante certificación unánime e inequívoca, entregada por facultativos médicos, de los cuales al menos uno debe de pertenecer al área de neurología o neurocirugía y no formar parte del equipo que participe en la cirugía para el trasplante de órganos (2). Esta certificación se otorga cuando se comprueba la abolición total e irreversible de todas las funciones encefálicas, lo que será acreditado con la certeza diagnóstica de las causas, según parámetros clínicos corroborados por pruebas o exámenes calificados. La normativa nacional implica considerar, como mínimo, que la persona cuya ME se declara, presente las siguientes condiciones (2, 5):

- Ausencia de movimientos voluntarios observados durante una hora.
- Apnea luego de tres minutos de desconexión de ventilador mecánico.
- Ausencia de reflejos tronco-encefálicos.

En este contexto, el profesional de enfermería debe considerar - en su quehacer asistencial- el brindar cuidados fundamentales no solo en el

soporte hemodinámico sino también cuidados que involucren a la familia y al entorno. Estos cuidados son ejecutados de forma independiente y también en conjunto con la acción médica e influyen en la toma de decisiones de la familia, debido a que frente a la sospecha de un cuadro de ME se debe de considerar y relacionar con la donación de órganos (6).

Dentro del rol y los cuidados de enfermería a considerar en la preparación para el diagnóstico de la ME bajo la sospecha de esta se encuentran (7, 8):

- Mantenimiento de la función cardiovascular, respiratoria y la termorregulación.
- Mantenimiento hidroelectrolítico y de la función endocrino - metabólica.
- Mantenimiento de la coagulación y función renal.
- Prevención de infecciones.

Dichos cuidados se ejecutan en unidades de alta complejidad como son las unidades de cuidados intensivos, que es donde finalmente se lleva a cabo el estudio de la ME la cual finaliza a través de la ejecución del test de apnea, este implica cumplir con ciertos criterios específicos donde el profesional de enfermería genera una participación activa, relativa al cuidado. Dichos criterios a cumplir son (8):

- Ausencia de fármacos depresores del sistema nervioso central (SNC).
- Ausencia de hipotermia grave (temperatura central igual o menor a 32°C).
- Ausencia de alteraciones metabólicas (por ejemplo, cuadros de hiperglicemia o hipoglicemia) o endocrinas graves (por ejemplo, diabetes insípida).

- Ausencia de inestabilidad hemodinámica severa.
- Asistencia por medio de ventilación mecánica invasiva con oxigenación adecuada, sin bloqueo neuromuscular.

Dentro de los cuidados asistenciales del profesional de enfermería, toma relevancia no solo un manejo de la persona desde una esfera fisiopatológica, sino también considera la preparación de la familia frente a la toma de decisiones como de aquellas necesidades que sean expresadas por estos, resulta ser entonces un proceso fundamental y propio del quehacer de la profesión (9). De esta forma, los cuidados centrados en la persona y la familia buscan mantener una integralidad desde la perspectiva biomédica aportando desde la profesión, el quehacer y el rol, con un enfoque holístico e integral para así generar un acercamiento a la realidad del estado de salud de la persona, mientras que frente a las necesidades de la familia, el cuidado se basa en la preparación al duelo en caso de que sea diagnosticada la ME.

El rol del profesional de enfermería relativo al cuidado se respalda en Chile, a través de un marco ético y legal, el cual supone que “los servicios profesionales enfermeros/as comprenden la gestión del cuidado...” (10), es por esto, que la práctica asistencial se ampara en el uso de modelos teóricos de la disciplina que facilitan la profundización y la generación de nuevos conocimientos a partir de la experiencia clínica, fortaleciendo de esta manera el rol y el crecimiento profesional (11). Por lo anterior, el desarrollo y la aplicación de modelos teóricos de enfermería en la práctica, permite orientar y dirigir los cuidados hacia un objetivo claro, basado en la satisfacción de aquellos estados deficientes de la persona y familia para alcanzar un estado de equilibrio o satisfacción.

Bajo la mirada de los cuidados intensivos, la importancia de la valoración por medio de la teoría de Virginia Henderson recae en una visualización de manera integral de diferentes necesidades o patrones que presente la persona al momento de recibir la atención y que por medio del juicio clínico el profesional de enfermería sea capaz de identificar aquellas que requieren de una mayor intervención desde lo fisiológico a lo biopsicosocial, así entonces, esta teoría permite y dirige la entrega de cuidados en forma paralela al riesgo vital, hecho que resulta relevante al brindar una atención integral(12, 13).

A su vez la teoría de Cornelia Ruland y Shirley Moore, es aplicable a los distintos escenarios en que se promueve la muerte digna, el metaparadigma se basa en la valoración, la cual depende del contexto y experiencia propia de la persona y su familia, aspectos relevantes a considerar pues, no solo el profesional de enfermería debe dar curso de intervención a aspectos fisiológicos, sino más bien y de acuerdo al contexto en que se enfrenta, debe dirigir la atención a una esfera más trascendental(14).

De acuerdo a lo anterior, es que se busca integrar un cuidado holístico en base a las reales necesidades que requieren ser suplidas bajo la intervención del profesional de enfermería, esto no solo considera a la persona bajo una condición de salud alterada o con cierto nivel de dependencia, sino también, considera a la familia como un eje paralelo a la atención de salud, lo anterior con el objetivo de lograr una integración del cuidado en base a teorías y modelos que orientan y fundamentan la práctica clínica.

Frente a esto, el objetivo del presente estudio de caso fue desarrollar un proceso de enfermería a una persona con diagnóstico de ME hospitalizada en una de una unidad de cuidados intensivos,

basado en la teoría de las necesidades básicas humanas de Virginia Henderson y la teoría del final tranquilo de la vida de Cornelia Ruland y Shirley Moore, teorías que permiten guiar la práctica clínica considerando la formulación de cuidados de enfermería para la persona y la familia como una integración del cuidado, de forma tal que se permita fundamentar el cuidado y estructurar la atención clínica en base a componentes teóricos que son la pilares de la profesión.

## › Metodología

Para el presente estudio de caso se utilizaron dos referentes teóricos: la teoría de las necesidades básicas humanas de Virginia Henderson y la teoría del final tranquilo de la vida de Cornelia Ruland y Shirley Moore, con el fin de incorporar y realizar un análisis e integración de ambas considerando al binomio paciente/familia.

La teoría de las necesidades básicas humanas de Virginia Henderson señala:

*“la función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) (sic) ...” (12, 13)*

el desarrollo de esta función indica que el concepto de los cuidados de enfermería, permiten – de cierta manera – legitimar la función propia de un profesional de forma independiente y definir el área de colaboración con los otros integrantes del equipo de salud. Henderson determina necesidades de la persona sobre las cuales se debe buscar lograr un estado de satisfacción para mantener una armonía e integralidad, esto se vincula con aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, además existe una interacción entre cada una de ellas – de las necesidades – por

lo que no deben de interpretarse o entenderse de forma aislada, dicho lo anterior, se deben de conocer, interpretar y analizar para levantar los problemas sobre los cuales el profesional de enfermería ha de realizar sus cuidados, es por esto que el uso de la teoría de las necesidades básicas resulta esencial para plantear y levantar la valoración de enfermería (12, 13).

Por su parte, la teoría del final tranquilo de la vida formulada por Cornelia Ruland y Shirley Moore (14), se enfatiza en las interacciones entre la persona y la familia, lo que resulta ser su eje principal, dicha teoría pretende asegurar la calidad del final tranquilo de la vida a través de sistemas de comunicación considerando como ejes principales (14, 15):

- **Ausencia de dolor**, facilitar la ausencia de sufrimiento o molestias durante el final de la vida.
- **Experiencia de bienestar**, alivio de molestias que lleven a un estado de relajación y satisfacción para permitir un final placentero.
- **Experiencia de dignidad y respeto**, se debe de considerar a la persona como un ser autónomo, los cuidados deben ser dirigidos hacia el respeto de la privacidad como de las necesidades de la persona y familia.
- **Estado de tranquilidad**, dar calma, armonía y satisfacción, prevenir estados de ansiedad y agitación.
- **Proximidad de los allegados**, mantener un sentimiento de conexión a otros seres humanos que se preocupan por la persona enferma.

Es imprescindible tener en consideración que la experiencia del final de la vida es única y propia de cada persona, se debe priorizar la proximidad con la familia y/o cercanos, por tanto, resulta relevante valorar redes de apoyo y generar instancias

de interacción entre el personal de salud y la familia. El alivio del dolor físico como emocional y un ambiente tranquilo, se convierten en acciones mínimas que pueden entregar y asegurar a una persona en estado terminal para aumentar la calidad de vida y así alcanzar un final tranquilo, y por lo tanto un buen morir, lo cual supone desafíos para el profesional de enfermería en su práctica clínica.

## › Descripción del caso

La valoración se realiza por medio de revisión de documentos con autorización de unidad de archivos y fichas clínicas del centro asistencial, no existe exposición de información clínica sensible o algún otro dato vinculante.

La aplicación del proceso de enfermería se desarrolla en un adolescente de 15 años sin antecedentes mórbidos, el cual presenta accidente de alta energía siendo rescatado por el servicio de atención médica de urgencia. Durante traslado a centro asistencial se presenta actividad eléctrica cardíaca inestable con resultado de asistolía que conlleva a paro cardiorrespiratorio (PCR). Ingresa a unidad de emergencia en dicho contexto, donde se mantienen maniobras de reanimación avanzada con resultado de retorno de la circulación espontánea tras 20 minutos de reanimación.

Post – PCR se inicia apoyo hemodinámico con vasoactivos (noradrenalina en dosis  $>0,8\mu/kg/min$ ), se realiza aporte con cristaloides y hemoderivados además de conexión a ventilador mecánico invasivo (VMI). En la evaluación neurológica se mantiene un Glasgow (GCS) 3 puntos, pupilas midriáticas, ausencia de reflejo corneal y fotomotor bilateral. La tomografía axial computarizada de cerebro describe signos de hipertensión endocraneana con trauma raquímedular grave con luxación y fractura de C1 – C2.

En este contexto, ingresa a unidad de cuidados intensivos para manejo, se describe cuadro de vasoplejia intensa secundario a shock neurogénico, hemodinamia aun inestable con dosis de noradrenalina en titulación progresiva, neurológicamente sin cambios respecto a controles previos, se describe por equipo ausencia de administración de fármacos sedantes o depresores del SNC, mantiene pendiente ejecución del test de apnea frente a sospecha de posible cuadro de muerte encefálica secundaria a evento de alta energía.

Respecto a la familia, el núcleo familiar cercano compuesto por familiares de primer y segundo grado se presenta en unidad a la espera de ingreso o primer acercamiento posterior evento traumático. El personal médico y de enfermería ha indicado el estado de gravedad de la persona sin mencionar sospechas diagnósticas relativas a la ME, pronóstico o complicaciones.

## › Valoración

El estado de salud de la persona al momento de la valoración se posiciona previo a la ejecución del test de apnea, procedimiento concluyente del diagnóstico de ME. Respecto a la valoración de la familia, esta se ha de realizar en el momento previo al primer contacto físico con la persona desde el evento desencadenante del estado de salud actual. Dicha valoración se ha de presentar de acuerdo con la teoría de Virginia Henderson con el planteamiento de las necesidades básicas humanas (12, 13) (Tabla 1), para posteriormente establecer indicadores de resultado e intervenciones de enfermería.



**TABLA 1.** VALORACIÓN DE ACUERDO CON VIRGINIA HENDERSON

Necesidad	Estado
Oxigenación y circulación	Dependencia absoluta, manejo de vía aérea avanzada con requerimientos de VMI en modo asistido controlado por volumen, mantiene falla respiratoria moderada, último control gasométrico con presión arterial de dióxido de carbono 55mmHg y una saturación arterial de oxígeno >94%.  Existe dependencia hemodinámica absoluta, con requerimientos de infusión de noradrenalina a 0,47µ/kg/min para mantención de una presión arterial media >70mmHg, se mantiene taquicardia de alta frecuencia en ritmo sinusal.
Alimentación e hidratación	Dependencia absoluta, aporte parenteral de soluciones hipertónicas, glicemia capilar 187mg/dl, presencia de sonda nasogástrica a caída libre sin contenido. Entre los electrolitos plasmáticos destacan sodio 160mEq/Lt – potasio 4,0mEq/Lt.
Eliminación	Dependencia absoluta, presencia de catéter urinario permanente #16, débito urinario en primeras 4horas cercano a 5cc/kg/hr. Último control de laboratorio: creatinina 1.48mg/dl y CK – total 7040mg/dl.
Movimiento y postura	Dependencia absoluta, sin posibilidad de movilización por inestabilidad hemodinámica en conjunto por incapacidad motora secundaria a lesión traumática encefálica.
Reposo y sueño	Dependencia absoluta, compromiso neurológico en GCS 3pts desde el ingreso lo que no permite obtener más información.
Vestirse y desvestirse	Dependencia absoluta, el compromiso neurológico deriva en asistencia completa por el equipo de salud.
Termorregulación	Dependencia absoluta, asistencia del equipo de salud para mantener temperatura en rangos adecuados, se mantiene en estado de hipotermia leve con 35,8°C secundario a alteración hipotalámica producto de evento de alta energía.
Higiene y protección de la piel	Dependencia absoluta, asistencia del equipo de salud, mantiene riesgo alto de lesiones en la piel según escala Braden (8pts) (16), zonas de apoyos indemnes.
Seguridad	Dependencia absoluta, necesidad de medidas de prevención de riesgos, escala de riesgo de caídas Norton >2pts (17).
Comunicación	Dependencia absoluta, presenta compromiso neurológico severo con manejo avanzado de vía aérea e imposibilidad de comunicación tanto verbal como no verbal.
Creencias y valores	Dependencia absoluta, no es posible obtener información relativa a esta necesidad por el estado de gravedad de la persona, la información es recopilada a través de la familia donde resulta infructuosa debido a desconocimiento de las creencias de la persona.
Auto realización	Dependencia absoluta, etapa de vida según Erikson (18) en fase de identidad versus confusión, interrumpida por crisis de salud presente.
Aprender	No es posible obtener información relativa a la persona secundario al estado de gravedad.
Ocio	No es posible obtener información relativa a la persona secundario al estado de gravedad.

De acuerdo con la teoría del final la vida de Cornelia Ruland y Shirley Moore (14) se plantea la valoración establecida de acuerdo con los ejes de

la teoría y su vínculo con la persona y la familia (tabla 2).

TABLA 2. VALORACIÓN DE ACUERDO CON LOS EJES DE LA TEORÍA DEL FINAL DE LA VIDA DE RULAND Y MOORE

<b>Ausencia de dolor</b>	En la persona el dolor físico considera evaluación por medio de escala ESCID (escala de conductas indicadoras del dolor) (19) con resultado 0 de 10 posibles puntos, no así el dolor espiritual donde secundario a la gravedad de la persona no existe posibilidad de comunicación verbal como no verbal. La medición del dolor en la familia resulta compleja pues este dolor no solo puede ser físico, si no mas bien, resulta ser espiritual donde la evidencia de quiebres emocionales, llanto o manifestaciones del estado de labilidad emocional se hacen presentes durante la entrevista con la familia.
<b>Experiencia de bienestar</b>	En la persona el bienestar no puede ser evaluado de forma cuantitativa o cualitativa por el estado neurológico presente. Por otro lado, en la familia una entrevista dirigida permite identificar aspectos cualitativos con manifestaciones claras mediante el lenguaje no verbal como evasión de la mirada, brazos cruzados, cejas fruncidas, aspectos claros de un estado de descontento (20) que puede vincularse a la primera de etapa de las fases del duelo, la negación según la teoría de Kübler – Ross (21).
<b>Experiencia de dignidad y respeto</b>	Frente a la persona en estado de gravedad no es posible conocer el nivel de satisfacción que presenta en este eje, por lo que es en la familia donde la entrevista se dirige para adquirir información sobre su propia experiencia, destaca una postura esquiva frente al conocer cuáles son los deseos pues aún no se presenta el contacto directo y la información entregada resulta ser insuficiente.
<b>Estado de tranquilidad</b>	En la persona por presentar un estado neurológico deprimido la evaluación de este aspecto resulta inaccesible. En la familia, por medio de evaluación cualitativa dirigida, a través de entrevista directa, se pretende obtener la perspectiva sobre el logro de un estado de tranquilidad físico como espiritual, resulta relevante para estos últimos el acompañamiento familiar como eje fundamental, seguido de la adquisición de la información sobre el estado de salud y pronóstico.
<b>Proximidad de los cercanos</b>	En la persona no es posible obtener información acerca de este aspecto secundario al estado de gravedad. Se busca en la familia conocer las preferencias respecto al acercamiento donde de forma clara se realiza la solicitud de acompañamiento de la mayor cantidad de personas que compone su núcleo familiar en la medida que el personal lo permita.

## › Diagnósticos de enfermería, objetivos e indicaciones

El establecimiento de los diagnósticos de enfermería será mediante formato NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) versión 2015 – 2017 y la jerarquización será según gravedad, a su vez los indicadores de enfermería se plan-tean según criterios de resultados – NOC (Nursing Outcomes Classification) 5° edición (tabla 3 y 4) y las intervenciones de enfermería en formato NIC (Nursing Interventions Classification) 6° edición

(tabla 5 y 6), dicha presentación será de acuerdo a un plan de trabajo con la persona en un estado de salud crítico, como de forma paralela a la familia.

El plan de enfermería se enfoca en aspectos fisiológicos de preparación para la confirmación de un posible cuadro de ME en la realización del test de apnea según los criterios que presentan mayor déficit para la realización del mismo, mientras que en la familia se han de desarrollar aspectos humanos vinculados al estado emocional evidenciado según el uso de teorías.

TABLA 3. ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS Y CRITERIOS DE RESULTADO PARA LA PERSONA

NANDA	NOC	Indicador a la valoración	Indicador esperado
00016 Deterioro de la eliminación urinaria	0503 <i>Eliminación urinaria</i> Cantidad de orina Claridad de la orina Color de la orina	Gravemente comprometido	Moderadamente comprometido
00006 Hipotermia	0800 <i>Termorregulación</i> Temperatura cutánea Coloración cutánea	Desviación moderada	Sin desviación



**TABLA 4. ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS Y CRITERIOS DE RESULTADO PARA LA FAMILIA**

<b>NANDA</b>	<b>NOC</b>	<b>Indicador a la valoración</b>	<b>Indicador esperado</b>
00147 Ansiedad ante la muerte	2007 <i>Muerte confortable</i> Calma Sufrimiento Bienestar psicológico	Grave	Moderado
00136 Duelo	2003 <i>Severidad del sufrimiento</i> Aflicción Desesperanza Temor	Grave	Moderado

**TABLA 5. PLAN DE INTERVENCIONES PARA LA PERSONA CON ALTERACIÓN DE SALUD**

<b>NANDA</b>	<b>Intervenciones de enfermería – NIC</b>	<b>Actividades</b>
00016 Deterioro de la eliminación urinaria	0590 Manejo de la eliminación urinaria	Monitorizar la eliminación urinaria incluyendo frecuencia, consistencia, olor, color y volumen.  Identificar factores que favorezcan la incontinencia urinaria excesiva (en este caso, el componente neurológico).
	4120 Manejo de líquidos	Mantener balance ingresos – egresos estrictos.  Monitorizar estado hemodinámico: frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica, diastólica y media.  Apoyo farmacológico determinada la causa del excesivo egreso (en este caso terapia hormonal por desequilibrio neurogénico; uso de Desmopresina vía intranasal).  Apoyo de fluidos endovenosos para compensar volemia según curso hemodinámico (titulación de vasoactivos secundario a exceso de pérdidas).
00006 Hipotermia	3800 Tratamiento de la hipotermia	Utilizar medidas de calentamiento pasivo (aumentar la ropa de cama y calentamiento de ropa).  Utilizar medidas de calentamiento externo activo (uso de calentador de aire convectivo, mantas térmicas).  Utilizar medidas de calentamiento interno activo de ser necesario (uso de líquidos temperados, humidificación activa).

**TABLA 6. PLAN DE INTERVENCIONES PARA LA FAMILIA**

<b>NANDA</b>	<b>Intervenciones de enfermería – NIC</b>	<b>Actividades</b>
00147 Ansiedad ante la muerte	Apoyo al cuidador principal – familia	Determinar el nivel de conocimientos de la familia respecto al estado de salud de la persona.  Aceptar las expresiones de emoción negativa que presente la familia, dar soporte y ayuda.  Proporcionar información sobre el estado de la persona cuando la familia lo solicite.  Apoyar a la familia en el proceso de duelo utilizando escucha activa e integración.
00136 Duelo	5290 Facilitar el duelo	Favorecer la presencia familiar de acuerdo con las condiciones de la unidad.  Respetar la privacidad e intimidad del proceso.  Entregar el tiempo suficiente para la familia para el acompañamiento.  Identificar las fuentes de apoyo familiar y comunitario/religioso para entregar herramientas de superación.

## › Evaluación

La evaluación de las intervenciones permite definir su impacto, esto puede ser de acuerdo con:

- Ejecución del test de apnea para la confirmación o desestimación de la ME secundario al logro de los criterios para la ejecución del mismo.
- Comunicación de la familia y/o acompañantes de acuerdo expresión verbal como del lenguaje no verbal al personal de salud.

La ejecución del test de apnea es un proceso complejo y que se lleva a cabo con un gran número de intervenciones para lograr su realización y así confirmar el estado de ME, lo anterior supone un componente fisiopatológico de los cuidados, por ende, es que no se debe de dejar de lado la comunicación entre el profesional de enfermería y la familia, pues es un eje fundamental desde una perspectiva más humana. El profesional de enfermería debe de priorizar una comunicación efectiva con la familia, no sólo en base al estado de salud de la persona, sino que, a través de la expresión de emociones de los seres queridos, comprendiendo e integrando actividades para su ayuda, lo que incluye entregar privacidad y respeto, además se debe de buscar la confortabilidad del binomio paciente/familia a pesar de los factores que limiten su correcto alcance, como el ambiente relativo al contexto hospitalario, las normas propias de la institución, etc.

## › Discusión y conclusión

El contar con referentes teóricos en la práctica clínica permite orientar el cuidado de enfermería. Así es como la teoría de Virginia Henderson (12, 13) menciona la muerte placentera que se correlaciona con el final tranquilo de la vida planteado por Cornelia Ruland y Shirley Moore (14). En la actua-

lidad, existe un gran desafío con respecto a los cuidados de enfermería y el cuidado al final de la vida en el contexto de la ME. En el cual, incluye el involucrar a la familia dentro del proceso - pues facilita la identificación de prioridades y necesidades que se presentan a lo largo del mismo -, la protocolización de los procesos en este tipo de casos, que incluyan y definan el rol del profesional de enfermería en su aplicación, pues su inexistencia forma parte de las dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida (22, 23). Por último, se debe incentivar al perfeccionamiento de los equipos en la adquisición de competencias de comunicación verbal y no verbal relacionados con aspectos éticos, puesto que, los gestos, movimientos y las miradas pueden indicar dimensiones mucho más profundas que las utilizadas en las palabras y que el equipo de salud, debe saber manejar e interpretar (24, 25).

Por otra parte, respecto a la taxonomía NANDA – NOC – NIC que guían y sistematizan el proceso de enfermería, resultan verse limitados en relación a las intervenciones necesarias para la ejecución de los cuidados a considerar dentro del plan de enfermería, por lo tanto, es imprescindible contar con un formato más flexible o alguno que pueda sustentarse en un juicio emitido por el profesional de enfermería y no solo a expensas de un formato estructurado (26), esto para levantar intervenciones integrales e individualizadas para favorecer la gestión del cuidado en lo relativo a la práctica clínica.

Resulta relevante destacar las contribuciones que el profesional de enfermería realiza en unidades de cuidados intensivos, donde se transforma en un miembro fundamental en el proceso de toma de decisiones dentro de la atención y los cuidados al final de la vida. Frente a este fenómeno, es que se plantea la necesidad de la implementación de

un un plan de cuidados basado en un modelo teórico de enfermería, que considere y favorezca no solo el rol de la/enfermera/o en las actividades independientes en este tipo de situaciones, sino también que considere los aspectos fisiológicos, fisiopatológicos y humanos de la persona y su familia según el estado de gravedad, de manera que exista un equilibrio entre la esfera biomédica y psicopsocial de la persona, su familia y el entorno para generar una integralidad en los cuidados (27, 28).

El plan de cuidados otorga beneficios documentados para la persona en lo relativo a una atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente, mientras que en el profesional de enfermería se potencia la capacidad de decisión y autocontrol, toma de conciencia y compromiso respecto del estado de salud, por otro lado, la institución presenta un incremento en la satisfacción del usuario externo y el fortalecimiento de la imagen institucional frente a la sociedad (29). Por ello resulta fundamental, levantar registros clínicos que contemplen la planificación de los cuidados con el propósito de adecuar la atención a las necesidades de la persona y su familia. La labor del profesional de enfermería no solo se basa en la calidad asistencial de los cuidados, sino que se enfoca en una mirada integral en lo relacionado a la responsabilidad moral, de acompañamiento y ayuda hacia la persona en el camino a una muerte digna respetando su autonomía hasta el final de la vida (30).

En esta línea, se debe concluir entonces que el profesional de enfermería es clave para la humanización de la muerte dentro de unidades de cuidados intensivos, donde debe generar un liderazgo y un rol activo en la creación de estrategias hacia la integración de cuidados al final de la vida, pese a que existen limitantes en la entrega de es-

tos cuidados, el uso de teorías y modelos resulta fundamental para guiar la atención con éxito en los resultados (31).

Se hace necesario el perfeccionar a los equipos de salud para integrar las diversas teorías en su quehacer diario, de esta forma la atención resulta ser más integral incluyendo no solo a la persona sino también a su familia, es un desafío para las instituciones como para los mismos profesionales el integrar dichos conceptos.

## › Referencias bibliográficas

1. Aragonés R, De Rojas J. Cuidados intensivos, atención integral al paciente crítico. España: Panamericana; 2015. 529-33p.
2. Ministerio de salud (Chile). Ley 19.451: Establece normas sobre trasplante y donación de órganos. Santiago de Chile; 2013.
3. Ministerio de salud (Chile), Subsecretaría de salud pública (Chile). Ley 20.413: Modifica la ley 19.451, con el fin de determinar quiénes pueden ser considerados donantes de órganos y la forma en que pueden manifestar su voluntad. Santiago de Chile; 2010.
4. Ministerio de salud (Chile), Subsecretaría de salud pública (Chile). Ley 20.673: modifica la ley 19.451 respecto a la determinación de quiénes pueden ser considerados donantes de órganos. Santiago de Chile; 2013.
5. Díaz V. Muerte cerebral o muerte encefálica. La muerte es una sola. Rev Hosp Clín Univ Chile. 2009; 20: 263 – 70.
6. Fortuna-Custodio JA, Rivera-Marchena JR, Jiménez-Lomas S, Morales-Flores ME, Roldan-García AM, Navarro-Paz I, Et al. Donación de órganos: metas del mantenimiento en el paciente con muerte encefálica. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int.

2014; 28(4): 221 – 38.

7. Hermosilla PA, Rocha S, Rodríguez M. Cuidados de enfermería en las etapas de donación – trasplante en Chile, aplicado a un caso clínico. *Enferm Nefrol.* 2012 (jul – sep); 15(3): 211 – 7.

8. Regueira T, Amudio C, Palavecino M, Zapata M, Neira R, Pedreros C, Et al. Manejo protocolizado del potencial donante adulto en UCI. *Rev Med Clin Condes.* 2019 (mar – abr); 30(2): 171 – 83.

9. Registered nurses association of Ontario (RNAO). Guía de buenas prácticas: Cuidados centrados en la persona y familia. Toronto (Canadá); 2015.

10. Ministerio de salud (Chile). Norma general administrativa N°19: Gestión del cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada. Santiago de Chile; 2007.

11. Avilés R, Soto C. Modelos de Enfermería en Unidades de Paciente Crítico: un paso hacia el cuidado avanzado. *Enferm glob.* [Internet]. 2014 (abr). [Acceso 16 jul 2020]; 13(34). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000200015](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200015)

12. Hooper V. Nightingale and Henderson: A Review of the Classics. *J PeriAnesth Nurs.* [Internet]. 2008 (abr). [Acceso 17 jul 2020]; 23(2). Disponible en: [https://www.jopan.org/article/S1089-9472\(08\)00025-7/pdf](https://www.jopan.org/article/S1089-9472(08)00025-7/pdf)

13. Henderson V. The Nature of Nursing. A Definition and Its implicatios for practice, reseach, and education. Corona (EE.UU): Collier Macmilland Ltd; 1966. 84p.

14. Ruland C, Moore S. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook.* 1998; 46(4): 169 – 75p.

15. Gómez O, Carrillo G, Arias E. Teorías de enfermería para la investigación y la práctica en cuidado paliativo. *Revi Latinoam Bioét.* 2016 (nov); 17(1): 60-79p.

16. Bergstrom N, Braden A. A clinical trial of the braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Clin North Am.* 1987; 22: 417 – 28p.

17. Norton D, Exton-Smith A, McLaren R. An investigation of geriatric nursing problems in hospital. Londres (Inglaterra): Churchill Livingstone; 1962. 248p.

18. Erikson E. El ciclo vital completado. Buenos Aires (Arg): Paidós; 1985. 143p.

19. Latorre I, Solis M, Falero T, Larrasquitu A, Romay A, Millan I, et al. Validación de la escala de conductas indicadoras de dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: resultados del proyecto ESCID. *Enferm Intensiva.* 2011 (ene – mar); 22(1): 3 – 12p.

20. Pont T. La comunicación no verbal. Barcelona (España): UOC; 2008. 105p.

21. Kübler-Ross E. On death and dying. Nueva York (EE.UU): Scribner; 1997. 288p.

22. Ballester-Arnal R, Gil-Juliá B, Gil-Llario MD, Gómez-Martínez S. Afrontamiento de la muerte en familiares de pacientes ingresados a una unidad de cuidados intensivos: valoración diferencial en función de variables sociodemográficas. *Med Palliat.* [Internet]. 2011 (abr – jun). [Acceso 18 jul 2020]; 18(2). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X1170009X>

23. Velarde-García JF, Luengo-González R, González-Hervías R, González-Cervantes S, Álvarez - Embarba B, Palacios-Ceña D. Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de

cuidados intensivos: la perspectiva de enfermería. *Gac Sanit.* [Internet]. 2017 (jul -ago). [Acceso 17 jul 2020]; 31(4). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117300079>

24. Cilla A, Martínez ML. Competencias de la enfermera en el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. *Med Paliat.* [Internet]. 2018 (jul - sep). [Acceso: 20 jul 2020]. 25(3). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X17300940>

25 Santos C, Shiratori K. Comunicación no verbal: su importancia en los cuidados de enfermería. *Enferm glob.* [Internet]. 2008 (Feb). [Acceso 28 jul 2020]; 12. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/912/902>

26 Morilla-Herrera JC, Morales-Asencio MC, Fernández-Gallego MC, Berrobiano E, Delgado A. Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. *Anales Sis San Navarra.* [Internet]. 2011 (ene - abr). [Acceso 22 jul 2020]; 34(1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272011000100006#.XU4liPYcp7s.google](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100006#.XU4liPYcp7s.google)

27. Gálvez M, Ríos F, Fernández L, Del Águila B, Munumel G, Fernández C. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva.* [Internet]. 2011. [Acceso 26 jul 2020]; 22(1). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239910001124?via%3Dihub>

28. Cusco C, Guasch N. Aplicación y evaluación del plan de cuidados en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos.

*Enferm Intensiva.* [Internet]. 2015 (oct - dic). [Acceso 26 jul 2020]; 26(4). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239915000863?via%3Dihub>

29 Juárez-Rodríguez P, García-Campos ML. La importancia del cuidado de enfermería. *Rev Enferm IMSS.* [Internet]. 2009. [Acceso 26 jul 2020]; 17(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>

30. Morfi R. Gestión del cuidado en Enfermería. *Rev Cubana Enfermer.* [Internet]. 2010 (ene - mar). [Acceso 26 jun 2020]; 26(1). Disponible en: <http://ref.scielo.org/fq4r32>

31 González-Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, Martínez-Martín ML. Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. *Enferm Intensiva.* [Internet]. 2018 (jun). [Acceso 26 jul 2020]; 30(2). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239918300567?via%3Dihub>