



Ciencia y Enfermería

ISSN: 0717-2079

rev-enf@udec.cl

Universidad de Concepción

Chile

Da Silva, Marcelle Miranda; Orineu Esteves, Lidiane; Chagas Moreira, Marléa; Da Silva,
Jaciane Alexandre; Da Costa Machado, Sabrina; Faria Campos, Juliana

PERFIL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL BRASILEÑO

ESPECIALIZADO EN CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Ciencia y Enfermería, vol. XIX, núm. 1, 2013, pp. 49-59

Universidad de Concepción

Concepción, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441812005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

PERFIL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL BRASILEÑO ESPECIALIZADO EN CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

PROFILE OF NURSING DIAGNOSES IN A BRAZILIAN HOSPITAL SPECIALIZING IN PALLIATIVE CARE IN CANCER

MARCELLE MIRANDA DA SILVA ^{*}
 LIDIANE ORINEU ESTEVES ^{**}
 MARLÉA CHAGAS MOREIRA ^{***}
 JACIANE ALEXANDRE DA SILVA ^{****}
 SABRINA DA COSTA MACHADO ^{*****}
 JULIANA FARIA CAMPOS ^{*****}

RESUMEN

La finalidad de este estudio fue trazar el perfil de diagnósticos de enfermería en el contexto de la hospitalización en cuidados paliativos oncológicos y las respectivas intervenciones de enfermería. Estudio transversal, retrospectivo, cuantitativo, llevado a cabo en hospital público especializado en cuidados paliativos, en Río de Janeiro, Brasil. La muestra abarcó 280 registros de personas hospitalizadas entre julio y diciembre de 2010. Se evidenció la prevalencia de individuos con déficit de autocuidados, movilidad física afectada, riesgo para e integridad de la piel perjudicada, riesgo de infección, nutrición desequilibrada, fatiga, mucosa oral perjudicada y dolor. En general, el conocimiento del perfil de los diagnósticos de enfermería contribuye con el retrato de la realidad, a partir de la identificación de los principales problemas que presentan los pacientes y sus familiares. Este perfil coloca en evidencia los recursos necesarios para la atención de una enfermería adecuada, siendo esencial para la organización, planificación y para el establecimiento de prioridades por parte del enfermero.

Palabras clave: Enfermería, cuidados paliativos, diagnóstico de Enfermería.

ABSTRACT

This study aimed to outline the nursing diagnosis profile during hospitalization in cancer palliative care and related nursing interventions. A cross-sectional, retrospective and quantitative approach, was performed in a palliative care specialized hospital, at Rio de Janeiro, Brazil. Records of 280 patients hospitalized between July and December 2010 comprised the sample. The prevalence of patients with high degree of dependence, impaired physical mobility, risk for and impaired skin integrity, risk for infection, imbalanced nutrition, fatigue,

* Enfermera. Docente, EEAN/UFRJ, Departamento de Metodología de la Enfermería, RJ, Brasil. mmarcelle@ig.com.br.

** Académica de Enfermería, Escuela de Enfermería Anna Nery (EEAN), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), RJ, Brasil. lidianeoesteves@gmail.com

*** Enfermera. Docente, EEAN/UFRJ, Departamento de Metodología de la Enfermería, RJ, Brasil. marleachagas@gmail.com

**** Académica de Enfermería, EEAN/UFRJ, RJ, Brasil. jacianealexandre@gmail.com

***** Enfermera. Docente, EEAN/UFRJ, Departamento de Metodología de la Enfermería, RJ, Brasil. inamachado@globo.com

***** Enfermera. Docente, EEAN/UFRJ, Departamento de Fundamentos del Cuidado de Enfermería, RJ, Brasil. jujuafaria-campos@yahoo.com.br

Apoyo Financiero: Pro-Rectoría de Postgrado e Investigación de la Universidad Federal do Rio de Janeiro (PR-2). Institución en la cual se ha llevado a cabo la investigación: *Instituto Nacional do Câncer – Brasil*. Institución a lo que debe darse crédito por la ejecución del trabajo: *EEAN/UFRJ – Brasil*.

impaired oral mucous membrane and pain, was revealed. In general, knowledge of the profile of nursing diagnosis contributes to document the reality, based on a survey of the main problems presented by patients and their families. This profile shows the resources needed for adequate nursing care and is essential to the organization, planning and priority setting by nurses.

Key words: Nursing, palliative care, Nursing diagnosis.

Fecha recepción: 18/06/11 Fecha aceptación: 15/01/13

INTRODUCCIÓN

Los individuos acometidos por cáncer pueden mostrar fragilidades y limitaciones específicas de tipo físico, psicosocial, emocional y espiritual, especialmente en la fase avanzada de la enfermedad. En esta fase, marcada por frustraciones y dolores, surge la necesidad de cuidados especiales, de manera a aceptar la complejidad del ser humano, y también la promoción del confort como objetivos principales de la atención (1).

Este cuidar peculiar caracteriza al cuidado paliativo, definido como un conjunto de acciones que posibilita la aproximación integral al individuo acometido por la enfermedad incurable y a sus familiares, mediante el trabajo interdisciplinario, combinando el cuidado clínico para el control de síntomas y la valorización del ser. Así, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se trata de una aproximación que mejora la calidad de vida de las personas que enfrentan el problema asociado a enfermedades con riesgo de muerte, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, identificando precozmente, evaluando y tratando el dolor y otros problemas físicos, psicosociales, emocionales y espirituales (2).

Esas acciones pueden ser llevadas a cabo en el ambiente hospitalario o domiciliar, de acuerdo con la condición clínica de la persona. Sin embargo, la principal modalidad de atención es la domiciliaria, siendo un ambiente propicio para la manutención de la autonomía y la dignidad del individuo.

Basada en esta premisa, la hospitalización es indicada ante síntomas refractarios y desalentadores, incapaces de ser efectivamente controlados o minimizados en el domicilio, y que pueden caracterizar la proximidad de la muerte.

En el contexto de la hospitalización, la realidad aparece como compleja ante las imprevisibilidades e incertidumbres relacionadas con la vida y la muerte, con el sufrimiento y el dolor, y con los cambios bruscos en los cuadros clínicos de las personas, necesitando de reevaluaciones de enfermería constantes. Así, la práctica de enfermería sistematizada, sustentada por referencias dinámicas y flexibles, puede contribuir para el reconocimiento y la atención de la persona hospitalizada y de la familia (3, 4).

En el contexto de la sistematización de la atención de enfermería (SAE), reglamentada en Brasil por la Resolución N° 358/2009 del Consejo Federal de Enfermería, las etapas del proceso de enfermería contribuyen al cuidado personalizado y contextualizado, y consecuentemente a su calidad (5). Así, valORIZA la individualidad de las respuestas de las personas a la condición vivida, marcada por la proximidad de la muerte.

El proceso de enfermería se compone de etapas metodológicas que abarcan: histórico de enfermería, diagnóstico de enfermería, planificación, implementación y evaluación (5). Se trata de una práctica deliberada y sistemática del enfermero, para ser implantada en todos los contextos de atención a la salud de las personas, y que requiere planificaciones adecuadas, incluyendo por ejemplo

recursos humanos, materiales, fundamentación teórica y método científico.

Las necesidades de la persona hospitalizada y de la familia son interpretadas en el área de conocimiento de la enfermería, utilizando lenguaje propio, mediante el diagnóstico de enfermería. Así, la definición del diagnóstico de enfermería abarca: proceso de interpretación y agrupamiento de los datos recolectados, que generan subsidios para la toma de decisiones sobre los conceptos diagnósticos de enfermería que representan las respuestas de la persona, familia o colectividad humana en un momento dado del proceso salud y enfermedad. Esta etapa es la base de las demás, y la evaluación permea el desarrollo de todo el proceso, siempre buscando adaptar las formas de intervención de enfermería para alcanzar los resultados esperados (5).

Para estandarizar los diagnósticos de enfermería se puede utilizar las taxonomías, como por ejemplo aquella establecida por la clasificación de la Asociación Norte Americana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), creada en 1982 a partir de investigaciones de la práctica basada en evidencias (6).

En este estudio, la finalidad fue trazar el perfil de diagnósticos de enfermería, en el contexto de la hospitalización en cuidados paliativos oncológicos, basado en la taxonomía II de la NANDA Internacional 2012 – 2014, y las respectivas intervenciones de enfermería prescritas por el enfermero para implementación por el equipo de enfermería.

Los estudios que trazan el perfil de diagnósticos de enfermería han contribuido con la SAE, especialmente para la identificación de los principales problemas que los pacientes y familiares pueden presentar en los diversos contextos de atención a la salud. Así, este retrato de la realidad contribuye con la SAE en sus diferentes niveles, o sea, estratégico, táctico y operacional, de manera de evidenciar los recursos necesarios para orientar la atención de enfermería (7-9). Por lo tanto,

lo que justifica este estudio es la posibilidad de generar esos beneficios para el área de actuación del cuidado paliativo oncológico.

Otra justificación es la identificación de que faltan artículos científicos que traten de esta temática en el contexto del cuidado paliativo oncológico. Esta afirmación se basa en la revisión de la literatura efectuada en la Biblioteca Virtual en Salud en el período entre 2008 y 2012, con uso del descriptor de tema “Diagnóstico de Enfermería”. En esta revisión, solamente un artículo en español fue identificado (10). Así, este estudio puede contribuir a mejorar la calidad de la atención prestada y orientar nuevas investigaciones, destacando el compromiso social ante la representatividad epidemiológica del cáncer.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio transversal y retrospectivo, basado en la consulta de datos existentes en registros de pacientes, con aproximación cuantitativa. Fue llevado a cabo en un hospital público federal especializado en cuidados paliativos oncológicos, localizado en el municipio de Río de Janeiro, Brasil.

El escenario de la investigación ofrece diferentes modalidades de atención, tales como hospitalización, atención domiciliaria y atención ambulatoria. Para hospitalización están disponibles 56 camas, distribuidas en cuatro enfermerías.

En esta institución, el proceso de enfermería abarca los diagnósticos de enfermería según la taxonomía II de la NANDA Internacional, y las intervenciones de enfermería prescritas no siguen una clasificación estandarizada.

El hospital cuenta con un instrumento para recolectar los datos (histórico de enfermería) que el enfermero llena en el momento de la admisión de la persona en el sector de hospitalización. A partir de la entrevista con la persona y/o su familiar, del examen físico,

de la evaluación de los exámenes de laboratorio, de los registros en las fichas, de la comunicación con el equipo de salud, y basado en el raciocinio clínico y en la atención a los aspectos psicosociales, los diagnósticos de enfermería son anotados de acuerdo con las respuestas humanas, considerándose los factores relacionados.

En adición a ello se dispone de un instrumento para formalizar el plan diario de cuidados de enfermería (planificación), el que es completado diariamente por el enfermero, en cada evaluación, considerando la posibilidad de cambios en el cuadro clínico del paciente. Debe incluir acciones a ser desarrolladas por los propios enfermeros, cuando son de mayor complejidad, u otras a ser delegadas a los técnicos de enfermería, cuando son de baja complejidad.

Para fines de cálculo de la muestra fue utilizado un muestreo probabilístico simple, con nivel de confianza de 95% y error de muestreo de 5%. Así, la muestra abarcó 280 registros de personas hospitalizadas entre julio y diciembre de 2010, a partir de un universo de 1.057 registros.

Para consultar en el archivo, los números de los registros fueron obtenidos de las fichas de enfermería en el Libro de Órdenes y Ocurriencias de cada enfermería. Estas indican la fecha de hospitalización de cada paciente y el resultado del caso, sea mediante el alta hospitalaria o la muerte, lo que orientó la búsqueda de registros de pacientes que estuvieron hospitalizados en el intervalo de tiempo determinado para esta investigación, o sea, de julio a diciembre de 2010.

Los investigadores consultaron los datos en el período entre enero y abril de 2011. La recolección fue dirigida por un instrumento con las variables de interés: diagnósticos de enfermería y sus factores relacionados, además de intervenciones prescritas por la enfermería.

Los datos fueron analizados mediante la estadística descriptiva simple a través de frecuencia absoluta y relativa, y organizados en

tablas. La base del análisis fue la verificación de la ocurrencia de los diagnósticos de enfermería, factores relacionados e intervenciones de enfermería prescritas.

Los resultados fueron discutidos a la luz de la revisión de literatura, y también en consonancia con las reflexiones y críticas de las autoras.

El proyecto de investigación recibió la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional do Câncer (INCA) en julio de 2010, con el parecer número 45/2010.

RESULTADOS

Los registros de los diagnósticos de enfermería fueron identificados en 96,5% de las fichas. Entre los principales diagnósticos de enfermería, se destacaron aquellos relacionados con el déficit de autocuidados, la movilidad física afectada, el riesgo de integridad de la piel perjudicada, la integridad de la piel perjudicada, el riesgo de infección, la nutrición desequilibrada (inferior a las necesidades corporales), la fatiga, la mucosa oral perjudicada y el dolor. Se puede observar esos datos en la Tabla 1.

Respecto a los factores relacionados, fueron presentados los componentes de los principales diagnósticos de enfermería identificados en los registros, conforme se puede observar en la Tabla 2.

En el contexto de las intervenciones de enfermería, se destaca que la mayoría de las acciones es realmente practicada por los técnicos de enfermería, con la debida supervisión de los enfermeros. Así, el plan de cuidados es una importante forma de comunicación entre los miembros del equipo para realizar y registrar adecuadamente los cuidados de enfermería. Con el plan de cuidados se formaliza el proceso de delegación, y los técnicos de enfermería verifican debidamente todas las acciones efectuadas, de acuerdo

Tabla 1. Diagnósticos de Enfermería identificados en los archivos de los usuarios hospitalizados en un hospital especializado en la atención paliativa oncológica. Río de Janeiro, 2010 (n=280).

Diagnósticos de Enfermería	n	%
Déficit de autocuidados	237	84,6
Movilidad física perjudicada	200	71,4
Riesgo de integridad de la piel perjudicada	180	64,2
Riesgo de infección	172	61,4
Nutrición alterada: inferior a las necesidades corporales	141	50,3
Fatiga	137	48,9
Integridad de la piel perjudicada	134	47,8
Mucosa oral perjudicada	134	47,8
Dolor	124	44,2
Constipación	101	36
Intercambio gaseoso alterado	89	31,7
Riesgo de aspiración	81	28,9
Protección ineficaz	77	27,5
Riesgo de caídas	72	25,7
Deglución perjudicada	69	24,6
Alteración del patrón del sueño	54	19,2
Náusea	51	18,2
Confusión aguda	44	15,7
Tristeza crónica	44	15,7
Déficit de volumen de líquidos	42	15
Ansiedad	38	13,5
Exceso de volumen de líquidos	36	12,8
Limpieza ineficaz de vía aérea	24	8,5
Excreción urinaria perjudicada	24	8,5
Diarrea	14	5
No registrado	10	3,5

Tabla 2. Frecuencias de los factores relacionados de los principales Diagnósticos de Enfermería. Río de Janeiro, 2010 (n=280).

Diagnóstico de Enfermería	Factores relacionados	n	%
Déficit de autocuidados	Perjuicio cognitivo y/o motor	189	67,5
	Dolor	97	34,6
	Flaqueza/cansancio	82	29,2
Movilidad física perjudicada	Perjuicio neuromuscular	173	61,7
	Dolor	84	30
	Falta de condición física	41	14,6

Continuación Tabla 2.

Riesgo de integridad de la piel perjudicada	Movilidad física disminuida	182	65
	Adelgazamiento	91	32,5
	Circulación perjudicada	21	7,5
	Humedad	15	5,3
Riesgo de infección	Procedimientos invasivos (acceso venoso)	118	42,1
	Defensas primarias inadecuadas (Lesiones Tumorales)	84	30
	Presencia de Estomas	59	21
Nutrición alterada: inferior a las necesidades corporales	Capacidad perjudicada de ingerir los alimentos (disfagia, odinofagia)	139	49,6
	Náusea/Vómito	85	30,3
	Paladar alterado	32	11,4
	Moniliasis oral	2	0,7

con la frecuencia y horarios determinados por el enfermero, que varían con la necesidad de cada caso.

En todos los planes diarios de cuidado fueron identificados los siguientes cuidados de enfermería: mantener la cabecera de la cama elevada a 45°, mantener las rejas de la cama elevadas, observar señales de hiperemia o lesiones de piel, observar señales de hiperemia en el sitio de la punción, efectuar hidratación de la piel, efectuar higiene oral, registrar diuresis, episodios de náuseas y vómitos, episodios y aspectos de las evacua-

ciones, señales vitales y nivel de conciencia y orientación, además de las quejas o facies de dolor. Los demás cuidados de enfermería destacados en los planes diarios de cuidados revelaron frecuencias variadas, de acuerdo con cada caso, y se pueden observar en la Tabla 3.

A partir del plan de cuidados, fue posible identificar el grado de dependencia de la mayoría de las personas hospitalizadas, ejemplificado a partir de la necesidad de cambio de decúbito pasivo y baño en la cama.

Tabla 3. Cuidados de enfermería identificados en los archivos de los usuarios hospitalizados en un hospital especializado en la atención paliativa oncológica. Río de Janeiro, 2010 (n=280).

Cuidados de Enfermería	n	%
Mantener la cabecera de la cama elevada a 45°	280	100
Mantener las grades de la cama elevadas	280	100
Observar señales de hiperemia o lesiones de piel	280	100
Observar señales de hiperemia en el sitio de la punción (venosa periférica o subcutánea)	280	100
Efectuar hidratación de la piel	280	100
Efectuar higiene oral	280	100
Registrar diuresis	280	100
Registrar episodios de náuseas y vómitos	280	100
Registrar episodios y aspectos de las excreciones	280	100
Registrar nivel de conciencia y orientación	280	100
Registrar quejas o facies de dolor	280	100

Continuación Tabla 3.

Registrar señales vitales	280	100
Cambiar la posición	234	83,5
Bañar en el lecho	213	76
Ofrecer dieta vía oral	193	68,9
Registrar aceptación de la dieta vía oral	193	68,9
Aplicar curativo	115	41
Mantener oxigenoterapia conforme orientación médica	77	27,5
Administristrar dieta vía enteral	68	24,2
Lavar la sonda trás la dieta enteral	68	24,2
Lavar la sonda trás la medicación	68	24,2
Encaminar para baño de aspersión	68	24,2
Mantener reposo absoluto en el lecho	44	15,7
Aspirar las vías aéreas superiores y/o efectuar traqueotomía	34	12,1
Efectuar limpieza de la (sub)cánula de traqueotomía y curativo	34	12,1
Registrar débito del estoma	30	10,7
Intercambiar medicación vía intramuscular y subcutánea	27	9,6
Administristrar dieta vía gastrostomía	11	3,9
Registrar aceptación de la dieta vía gastrostomía	11	3,9
Mantener miembros inferiores elevados	11	3,9

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El diagnóstico de enfermería más frecuente, relacionado con el déficit de autocuidados, hace parte del dominio 4 – actividad/reposo, clase 5 – autocuidado, y comprende: déficit de autocuidados para alimentación; déficit de autocuidados para baño; déficit de autocuidados para higiene íntima; y déficit de autocuidados para vestirse. En general, la definición de este diagnóstico de enfermería está basada en la capacidad perjudicada de desempeñar o completar cada una de esas actividades (6).

En los cuidados paliativos oncológicos, especialmente en la hospitalización, la prevalencia de este diagnóstico, en 84,6% de los casos, reserva un pronóstico bastante sombrío, ya que la mayoría es del tipo permanente.

En el contexto de la SAE, es a partir del perfil clínico de las personas hospitalizadas

y de la misma demanda de cuidado que el enfermero irá a planificar y organizar la atención, incluyendo las acciones que serán delegadas a los técnicos de enfermería, explicitadas en el plan de cuidado diario.

Ante las premisas de los cuidados paliativos oncológicos, con base en la definición de la OMS, el esfuerzo de la enfermería para que el individuo sea capaz de autocuidados está de acuerdo con los principios de la bioética, especialmente de autonomía, participando del proceso de cuidado, y también de la toma de decisiones respecto a su propia vida y muerte (11). Así, ante un pronóstico sombrío y una sobrevida relativamente corta, la finalidad de proporcionar condiciones y medidas adaptativas capaces de facilitar el autocuidado es promover la calidad de vida de la persona y de su familia.

Las acciones del enfermero que objetivan el desarrollo de aptitudes para la realización del autocuidado son dirigidas por la educación, mediante orientación proporcionada

a la propia persona. Esas acciones pueden ser consideradas como parte del sistema de cuidado de apoyo a la educación, de acuerdo con la fundamentación teórica de enfermería de Dorothea Orem, en su Teoría del Déficit del Autocuidado (12).

Sin embargo, en la hospitalización, los principales verbos que subsidian las acciones trazadas en los planes de cuidado diarios reflejan la incapacidad de la persona para realizar el autocuidado, compatible con la fase de la enfermedad vivida. Se destaca en los planes el verbo efectuar, en consonancia con sistemas de cuidado parcialmente compensatorio o totalmente compensatorio, de acuerdo con el referencial teórico tratado (12). En estos, el equipo de enfermería es el responsable por el cuidado, administrado por el enfermero, en el contexto del trabajo en equipo y del desarrollo de colaboraciones.

Además del diagnóstico del déficit de autocuidados, otros se destacaron en la muestra investigada, y pueden estar relacionados, como por ejemplo: movilidad física afectada, dominio 4 – actividad/reposo, clase 2 – actividad/ejercicio; riesgo de integridad de la piel perjudicada, integridad de la piel perjudicada, y riesgo de caídas, ambos en el dominio 11 – seguridad/protección, clase 2 – lesión física; y riesgo de infección, dominio 11 – seguridad/protección, clase 1 – infección (6).

De acuerdo con las intervenciones destacadas, la mayoría de las personas estaban encamadas, ante la prevalencia en el 83,5% de los planes de cuidado de la acción relacionada al cambio de decúbito. Esta condición implica riesgo para el desarrollo de úlceras por presión, infecciones pulmonares, eventos tromboembólicos y caídas, que pueden ser administrados a partir de los indicadores de calidad. En el contexto investigado, existen indicadores para úlcera por presión y caída, que son registrados por el enfermero.

El desarrollo de úlceras por presión es común en personas hospitalizadas y encamadas. Sin embargo, se puede prevenir a partir de cuidados de enfermería, tales como aque-

llos destacados en los planos de cuidado, o sea: observar señales de hiperemia o lesiones de piel; efectuar hidratación de la piel, generalmente con ácidos grasos esenciales; y cambiar el decúbito en intervalos regulares, cada dos horas. Esas acciones son efectuadas, en el contexto investigado, esencialmente por técnicos de enfermería.

Se destaca que los pacientes acometidos por cáncer revelan alto riesgo de desarrollar lesiones, especialmente aquéllas causadas por la propia evolución de la enfermedad (13, 14).

Sin embargo, vale resaltar que diversos factores relacionados pueden aumentar el riesgo de desarrollo de úlceras por presión, y el destaque de los cuidados paliativos oncológicos se refiere a la caquexia, relacionada con los diagnósticos de enfermería: nutrición desequilibrada (inferior a las necesidades corporales) y deglución perjudicada, dominio 2 – nutrición, clase 1 – ingestión; náusea, dominio 12 – confort, clase 1 – confort físico; mucosa oral perjudicada, dominio 11 – seguridad/protección, clase 2 – lesión física; y fatiga, dominio 4 – actividad/reposo, clase 3 – equilibrio de energía (6). Así, se juntan dos situaciones conocidas como Síndrome de la Anorexia-Caquexia (SAC).

La fatiga también es uno de los principales síntomas encontrados en los cuidados paliativos oncológicos, pero muchas veces la persona no la expresa, o el equipo de salud le da poco valor en su manejo y control. Sin embargo, se trata de un síntoma capaz de interferir gravemente en la calidad de vida de la persona, y también en sus relaciones interpersonales y en su estado de humor y de esperanza (15). En ese sentido, algunos otros diagnósticos de enfermería pueden estar relacionados con la fatiga, como por ejemplo: tristeza crónica y ansiedad, ambos dominio 9 – enfrentamiento/tolerancia al estrés, clase 2 – reacciones de enfrentamiento; y alteración del estándar del sueño, dominio 4 – actividad/reposo, clase 1 – sueño/reposo (6-16).

Es competencia del enfermero influen-

ciar el ambiente físico de manera positiva, para evitar que el paciente sufra estrés físico y psicológico (17). Un ambiente inadecuado podrá interferir directamente en los diagnósticos de enfermería, identificándose, por ejemplo: confusión aguda, dominio 5 – percepción/cognición, clase 4 – cognición; dolor crónico, dominio 12 – confort, clase 1 – confort físico; e intercambio gaseoso perjudicado, dominio 3 – eliminación e intercambio, clase 4 – función respiratoria (6).

El dolor es un síntoma frecuentemente percibido y sentido por las personas con cáncer. Independiente de su carácter agudo o crónico, los pacientes pueden presentar importantes complicaciones como depresión, ansiedad, aislamiento social, disturbios del sueño, agitación, agresividad, comprometimiento de la función cognitiva, incapacidad funcional y disminución de la calidad de vida, llevando a la dependencia en actividades de la vida diaria y a mayores gastos en servicios de salud (18, 19).

El dolor, en la institución investigada, fue verificado durante cada evaluación de las señales vitales, variando en intervalos según la necesidad, a partir de la aplicación de la Escala Visual Analógica (EVA). Esta acción estaba presente en todos los planes de cuidado diarios, mediante el registro de las quejas o facies de dolor, mediante comunicación verbal perjudicada o nivel de conciencia disminuido.

El control del dolor, especialmente con opioides, puede contribuir al inicio o empeoramiento de un cuadro de constipación, que corresponde a un diagnóstico de enfermería presente en el 36% de los casos. Además de los opioides, las medicaciones coadyuvantes para el control del dolor también pueden contribuir con la constipación, además de la movilidad física afectada y del propio comprometimiento por la enfermedad (20). El enfermero puede contribuir para amenizar ese síntoma, valorando la queja de la persona y registrándola adecuadamente, ofreciendo líquido, siempre que posible, orientando una

dieta adecuada, rica en fibras y solicitando la evaluación del nutricionista.

Los diagnósticos de enfermería destacados señalan la realidad en los cuidados paliativos oncológicos, caracterizando un perfil de usuarios, la mayoría con condiciones clínicas debilitadas, con posibilidad de muerte. Entonces, los datos contribuyen con la SAE. Con estas informaciones, el enfermero es capaz de efectuar actividades administrativas, prever y proveer los materiales necesarios, organizar su propio tiempo y establecer las prioridades.

Así, el grado de dependencia de la persona hospitalizada está relacionado con el grado de complejidad, que incluye aspectos físicos y psicosociales. Estos parámetros son esenciales para el cálculo del número adecuado de profesionales de enfermería, a fin de prevenir el déficit de recursos humanos, y garantizar mejor un cuidado de enfermería de calidad (21, 22).

La identificación de los principales diagnósticos de enfermería en el contexto de la hospitalización en los cuidados paliativos oncológicos puede contribuir con el retrato de la realidad, a partir de la identificación de los principales problemas que presentan los pacientes y sus familiares. Este perfil coloca en evidencia los recursos necesarios para la atención de una enfermería adecuada, siendo esencial para la organización, planificación y para el establecimiento de prioridades por parte del enfermero.

En consonancia con los diagnósticos de enfermería, que representan las respuestas de la persona y de la familia a la situación vivida, los enfermeros construyen el plan de cuidados diario con las principales intervenciones de enfermería. Estas, cuando son de baja complejidad, cuentan con la participación activa de los técnicos de enfermería, evidenciando la importancia del trabajo en equipo.

A partir de este perfil y de las principales intervenciones de enfermería, se evidenció la prevalencia de individuos con déficit

importante de autocuidados, parcialmente o totalmente dependientes del cuidado de enfermería, lo que lleva a la discusión sobre la cantidad de recursos humanos adecuada a la calidad de la atención de enfermería prestada, y a las necesidades de nuevas discusiones para fomentar este nuevo paradigma del cuidado.

REFERENCIAS

1. Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. *Acta paul. enferm.* 2008; 21(3): 504-8.
2. World Health Organization. Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care. Geneva: WHO; 2002.
3. Silva MM, Moreira MC. Standardization of nursing care in a palliative care oncology setting: perceptions of nurses. *Acta paul. enferm.* 2011; 24(2): 172-8.
4. Silva MM, Moreira MC. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. *Rev. eletrônica enferm [Internet]*. 2010 [citado 22 marzo 2013]; 12(3): 483-90. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a10.htm>.
5. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências, L. Pub. Resolução COFEN nº 358/2009 (oct. 15 2009).
6. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Machado R, tradução. Porto Alegre (Brasil): Artmed; 2012. 606 p.
7. Bisca MM, Marques IR. Profile of nursing diagnosis before to start the hemodialysis treatment. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(3): 435-39.
8. Lucena AF, Santos CT, Pereira AGS, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. Clinical profile and nursing diagnosis of patients at risk of pressure ulcers. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011; 19(3): 523-30.
9. Mendes AF, Guerra GM, Tsunem M, Palomo JSH. Diagnósticos de enfermagem em cuidados paliativos segundo a taxonomia NANDA International I. *Nursing.* 2010; 13(148): 463-73.
10. Valles P, García I, Manzanas A, Coroas O, Pérez E, Codorniz N et al. Diagnósticos de enfermería prevalentes en cuidados paliativos oncológicos. *Medicina Paliativa.* 2009; 16(3): 148-51.
11. Ernst J, Weissflog G, Brahler E, Niederwieser D, Korner A, Schorder C. Participation of hemato-oncological patients in medical decision making and their confidence in decisions. *Eur J Cancer Care.* 2011; 20(4): 534-38.
12. Ministério da Saúde Brasil, Instituto Nacional do Câncer (INCA), Hospital do Câncer IV. Cuidados Paliativos [Internet]. Brasil: INCA; 1996-2013 [citado 20 marzo 2013]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=474.
13. Riera M, Barrera de Paz C, Arellano M, Esperanza A, Villares MJ. Elaboración y aplicación de un instrumento de trabajo interdisciplinar: trayectoria clínica de la Unidad de Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa.* 2008; 15(2): 69-74.
14. Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Self-care deficit theory: analysis of importance and applicability in the nursing practice. *Esc. Anna Nery.* 2010; 14(3): 611-16.
15. Manrique FMC, Pedraza HMP. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en personas en tratamiento oncológico. *Invest. educ. enferm.* 2008; 26(2): 212-17.
16. Luca MD, Santos I, Berardinelli LMM. Nosological characteristics of clients

- with cancer in palliative care: self-report through the nursing appointment. *Rev. enferm. UERJ.* 2012; 20(3): 293-99.
17. Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2010.
18. Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL *et al.* Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol.* 2011; 12(5): 489-95.
19. Shun SC, Hsiao FH, Lai YH. Relationship between hope and fatigue characteristics in newly diagnosed outpatients with cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2011; 38(2): 81-6.
20. Moreira de Souza R, Turrini RNT. Terminally ill cancer patient: caregiver burnout. *Enferm Global [Internet].* 2011 [citado 12 ago 2011]; 10(22): 1-13. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/pt_administracion2.pdf.
21. Duarte SCM, Stipp MAC, Mesquita MGR, Silva MM. The nursing care after cardiac surgery: a case study. *Esc. Anna Nery.* 2012; 16(4): 657-65.
22. Waterkemper R, Reibnitz KS, Monticelli M. Dialogues with nurses about oncologic pain assessment of patients under palliative care. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(2): 334-49.