

# Plan de cuidados de enfermería a un paciente con traumatismo múltiple en Atención Primaria

Cintia del Pino Marrero-Medina<sup>a</sup>, María del Pino Saavedra-Brito<sup>b,c</sup>, Daniela-Celia Montesdeoca-Ramírez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Estudiante del Grado en Enfermería de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; <sup>b</sup>Servicio Canario de la Salud; <sup>c</sup>Profesora Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

## RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un hombre de 33 años que ha sufrido un traumatismo múltiple y presenta una fijación externa en el miembro inferior izquierdo (MII). El objetivo es diseñar un plan de cuidados individualizado en el ámbito de atención primaria. La valoración se realizó en el domicilio del paciente, utilizando para ello los patrones funcionales de Marjory Gordon y una serie de escalas e índices como el de Katz, Barthel o Norton. Se identificaron diversos diagnósticos de Enfermería de los cuáles se priorizaron de manera conjunta con el paciente seis de ellos: estilo de vida sedentario, disminución de la implicación en actividades recreativas, sobrepeso, deterioro de la ambulación, deterioro de la integridad cutánea y dolor crónico. Para cada una de estas etiquetas diagnósticas, según la taxonomía *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), se establecieron unos objetivos y unas intervenciones, según la taxonomía *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y *Nursing Interventions Classification* (NIC) respectivamente. La escala Likert ha sido la herramienta de evaluación de los indicadores de los resultados esperados. El diseño, planificación y ejecución del plan de cuidados se ha realizado de manera conjunta con el paciente y la familia en el ámbito domiciliario. Se ha evidenciado la importancia de una comunicación terapéutica eficaz por parte del profesional de enfermería, así como la necesidad de fomentar el vínculo profesional-paciente con el fin de conseguir unos cuidados basados en la evidencia y centrados no solo en el paciente sino también en la familia.

**Palabras clave:** enfermería de atención primaria, continuidad de la atención al paciente, manejo de caso, traumatismo múltiple, cuidados de enfermería.

## 1. INTRODUCCIÓN

Derivado de un accidente grave se produce un politraumatismo que se define como la presencia de lesiones traumáticas múltiples. Estas suponen un riesgo vital dado que se pueden ver afectadas las constantes vitales y el estado general del paciente, obteniendo como resultado un aumento considerable del riesgo de muerte<sup>1</sup>.

Actualmente, el 60% de los politraumas se asocian a accidentes de tráfico y suponen un alto riesgo de mortalidad, siendo una de las principales causas de muerte en la población entre 15 y 29 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>2</sup>.

Los accidentes de tráfico son considerados un problema de salud pública con un elevado coste sanitario y social, debido al impacto que genera sus consecuencias en el entorno social afectado<sup>2</sup>. Además, estos implican gastos de hospitalización y tratamiento, así como reparación de daños materiales, recuperación y reinserción del paciente en la sociedad<sup>3</sup>.

El profesional de enfermería ejerce un papel esencial en el cuidado y recuperación de los pacientes politraumatizados en el marco de la planificación de los planes de cuidados individualizados. La gestión de los cuidados enfermeros es fundamental, requiriendo una atención precoz e inmediata, pudiendo así conseguir una disminución de la morbi-mortalidad<sup>1</sup>.

La enfermera de familia actúa como el profesional referente del usuario en el marco del cuidado formal. Para ello realiza una exploración y valoración integral, focalizada en el problema con el fin de prestar unos cuidados humanizados centrados en la persona. Por su accesibilidad son proactivas en la atención domiciliaria lo cual le permite valorar el entorno social y familiar, así como realizar actividades de prevención y de promoción de la salud en cada contacto con el paciente<sup>4</sup>.

En el ámbito de atención primaria se fomenta el autocuidado en el entorno familiar. En este escenario cobra especial importancia el rol del cuidador informal que se define como una persona que no ha recibido una formación profesional y no recibe una remuneración económica por realizar una serie de cuidados<sup>5</sup>. Muchas veces estos cuidadores sufren una sobrecarga que se puede dar por diversos factores como pueden ser la falta de recursos económicos y materiales, lo cual deriva en la aparición de una serie de síntomas como son: estrés, ansiedad, irritabilidad, desmotivación, depresión, entre otros<sup>6</sup>.

Por ende, es preciso prevenir esta sobrecarga mediante una atención enfermera, centrada no solo en el paciente sino también en el cuidador principal, dirigida a mejorar su bienestar y ayudarlo a afrontar de manera eficaz el cuidado de una persona dependiente<sup>6</sup>.

El objetivo general de este trabajo es implementar un plan de cuidados individualizado a un paciente con traumatismo múltiple en el ámbito de la atención primaria.

## 2. METODOLOGÍA

### 2.1.- Presentación del caso

Antes de iniciar la intervención, se solicitó permiso a la institución sanitaria con el fin de solicitar el permiso al Comité de Ética e Investigación de Referencia (CEI), obteniendo la resolución el día 21 de noviembre de 2022 (Código CEI/CEIm: 2022-503-1). El consentimiento informado del paciente se obtuvo el 17 de noviembre de 2022.

### 2.2.- Caso clínico

Paciente varón de 33 años de una zona de salud del norte de la isla de Gran Canaria que sufrió un politraumatismo a consecuencia de un accidente de tráfico, en moto, en abril de 2022. Como consecuencia de este, sufrió una fractura de tibia y peroné del miembro inferior izquierdo (MII), húmero del miembro superior izquierdo (MSI) y escafoides del miembro superior derecho (MSD), además de una rotura del bazo y lesión del nervio radial del miembro superior izquierdo.

En abril de 2022 tuvo lugar la primera operación para reparar el bazo, tras ella estuvo quince días en el servicio de reanimación (los tres primeros en coma). Fue trasladado a la unidad de hospitalización donde estuvo una semana hasta que fue intervenido de la fractura de tibia y peroné. Pasados dos días, fue sometido a la tercera intervención quirúrgica del húmero izquierdo y escafoides del MSD, continuó hospitalizado dos semanas y recibió el alta. En la actualidad se encuentra en situación de desempleo, tras el accidente fue despedido. Antecedentes familiares: hipotiroidismo e hipertensión.

### 2.3.- Fase de valoración

A través de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon<sup>7</sup> usados en la anamnesis y exploración del paciente, se han obtenido los siguientes datos:

**Tabla 1.** Valoración aplicando los patrones funcionales de Marjory Gordon<sup>7</sup>

<i>Percepción-manejo de la salud.</i> El paciente describe su estado actual de salud como “bueno” y admite tener una actitud de “aceptación” frente a este. Su madre es su cuidadora principal desde que tuvo lugar el accidente en abril de 2022. Refiere que no tiene prescrito ningún tratamiento médico. Actualmente, se encuentra en seguimiento por la unidad de atención familiar (médico y enfermera de familia) de su centro de salud, por el servicio de traumatología y rehabilitación del hospital de Referencia, además recibe de dos a tres sesiones de fisioterapia semanales a través de su seguro privado.
<i>Nutricional-metabólico.</i> No sigue ningún tipo de dieta especial, sin embargo, pica entre horas y abusa de dulces y procesados. Su pierna izquierda se encuentra inflamada a consecuencia del fijador externo que porta. Datos antropométricos: peso=80 kg, talla=1,78 m e IMC=25,2 (sobrepeso). Presenta una baja adherencia a la dieta (test de adherencia a la dieta mediterránea=6 puntos) y un riesgo medio de presentar úlceras por presión (escala de Norton= 13 puntos) <sup>8</sup> .
<i>Eliminación.</i> El paciente no presenta problemas con la eliminación intestinal realizando una deposición diaria. En cuanto a la eliminación urinaria, orina 3 veces al día siendo el aspecto normal.
<i>Actividad física-ejercicio.</i> Refiere tener problemas de movilidad debido al fijador externo que presenta en el miembro inferior izquierdo y a las secuelas derivadas de la lesión del nervio radial izquierdo. Su fuerza en las manos se encuentra disminuida, aunque tiene fuerza suficiente en su mano derecha, que es la dominante. Presenta rigidez en su pierna izquierda y no tiene estabilidad al caminar, además, siente dolor a la movilidad. Utiliza muletas desde finales de octubre de 2022. Incapacidad leve (índice de Katz=1 punto) y dependencia leve (índice de Barthel=80 puntos) <sup>8</sup> .
<i>Sueño.</i> El paciente comenta no tener problema para conciliar y mantener el patrón del sueño Refiere un sueño reparador y un nivel de energía óptimo durante el día.
<i>Cognitivo-perceptual.</i> Manifiesta dolor en el antebrazo del miembro superior izquierdo y en el maléolo externo del pie izquierdo, calificando el dolor en una escala analógica del 0-10 (siendo el 0 que no hay dolor y el 10 dolor insoportable), con un 6
<i>Autocontrol-autoconcepto.</i> El paciente refiere sentirse ansioso por pasar tanto tiempo en el domicilio, además, está preocupado por el dolor de su antebrazo izquierdo y por la pérdida de movilidad de este.
<i>Rol-relaciones.</i> La relación con sus amigos es buena, aunque ha disminuido tras el accidente. Comenta no tener la misma vida social y no quedar mucho con sus amigos. Desde el alta hospitalaria la cuidadora principal es su madre que para asumir este cuidado tuvo que recurrir a una incapacidad laboral. Presenta una sobrecarga leve (escala de Zarit=48 puntos) <sup>8</sup> .
<i>Sexualidad-reproducción.</i> No refiere ningún problema en relación con su patrón sexual. No ha tenido hijos.
<i>Adaptación-tolerancia al estrés.</i> Su manejo ante situaciones difíciles es “regular” dado que le generan ansiedad y estrés, sobre todo lo relacionado a su situación laboral actual, ya que no recibe ningún tipo de prestación económica.
<i>Valores y creencias.</i> El paciente refiere ser católico sin influencia relevante en su vida cotidiana. Valora su familia. Tiene como objetivos la recuperación de la movilidad y la incorporación a la vida laboral. Le preocupa su futuro y su situación económica.

#### 2.4.- Fase diagnóstica

Realizada la entrevista y la valoración por patrones funcionales, se establecieron los siguientes Diagnósticos de Enfermería (DdE), los cuáles se han resumido y clasificado por dominios, tal y como contempla la NANDA<sup>9</sup> (Tabla 2).

**Tabla 2.** Clasificación de los DdE por dominios según la NANDA<sup>9</sup>

<i>Dominio 1. Promoción de la Salud</i>	
-	[00168] Estilo de vida sedentario r/c dolor, disminución de la tolerancia a la actividad m/p pérdida de la condición física, la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad
-	[00097] Disminución de la implicación en actividades recreativas r/c malestar físico m/p aburrimiento, expresa descontento con la situación
<i>Dominio 2. Nutrición</i>	
-	[00233] Sobrepeso r/c la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad, comportamiento sedentario durante $\geq 2$ horas al día, picoteo frecuente m/p índice de masa corporal $>25\text{kg/m}^2$
<i>Dominio 4. Actividad/Reposo</i>	
-	[00088] Deterioro de la ambulación r/c pérdida de la condición física, dolor, deterioro del equilibrio postural
<i>Dominio 11. Seguridad/Protección</i>	
-	[00046] Deterioro de la integridad cutánea r/c dispositivos médicos m/p interrupción de la superficie de la piel
<i>Dominio 12. Confort</i>	
-	[00132] Dolor crónico r/c afección relacionada con postraumatismo m/p informa de las características del dolor usando un instrumento estandarizado de valoración del dolor

#### 2. 5.- Fase de planificación

Habiendo consensuado con el paciente sus necesidades, capacidades, preocupaciones y temores, se han implantado unos objetivos e intervenciones según la taxonomía NOC<sup>10</sup> y NIC<sup>11</sup>, estableciéndose un plan de cuidados individualizado.

**Tabla 3.** DdE, objetivos e intervenciones correspondientes

<i>Diagnósticos de enfermería (NANDA)</i>	<i>Criterios de resultado (NOC)</i>	<i>Intervenciones (NIC)</i>
Estilo de vida sedentario (00168)	0005 tolerancia a la actividad: 519 <i>tolerancia a la caminata</i>	0200 fomento del ejercicio: animar al individuo a continuar con el ejercicio, ayudar al individuo a establecer metas a corto y largo plazo de programa de ejercicios, instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico y/o el fisioterapeuta y proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo
<i>Disminución de la implicación en actividades recreativas (00097)</i>	1604 participación en actividades de ocio: 160402 <i>sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio</i> , 160413 <i>disfruta de actividades de ocio</i>	5100 potenciación de la socialización: fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas, fomentar las actividades sociales y comunitarias y animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine
<i>Sobrepeso (00233)</i>	1854 conocimiento: dieta saludable: 185402 <i>peso personal óptimo</i> , 185405 <i>ingesta diaria de calorías adecuada para las necesidades metabólicas</i>	1260 manejo del peso: comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable, determinar el peso corporal ideal del individuo y animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua
<i>Deterioro de la ambulación (00088)</i>	0200 ambular: 20001 <i>soporta el peso</i> , 20004 <i>camina a paso moderado</i> , 20016 <i>se adapta a diferentes tipos de superficies</i>	0180 manejo de la energía: determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia, observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad, ayudar al paciente a establecer metas realistas de actividades

		y animar al paciente a elegir actividades que mejoren gradualmente su resistencia
<i>Deterioro de la integridad cutánea (00046)</i>	1101 integridad tisular: piel y membranas mucosas: 110113 integridad de la piel, 110117 tejido cicatricial	3660 cuidados de las heridas: monitorizar las características de la herida, incluyendo el drenaje, color, tamaño y olor, limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda y comprobar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida
<i>Dolor crónico (00132)</i>	1605 control del dolor: 160511 refiere dolor controlado, 160505 utiliza analgésicos como se recomienda	2210 administración de analgésicos: determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de apoyo, factores contribuyentes, efectos en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente, comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito y registrar el nivel de dolor utilizando una escala de dolor apropiada antes y después de la administración de analgésicos

## 2. 6.- Fase de ejecución

Para la elaboración de este PAE, se realizaron cinco consultas, todas en el domicilio del paciente. En la primera consulta se hizo la valoración inicial (reflejada en la Tabla 1) del paciente junto con la exploración del usuario, revisión de la historia clínica y últimas pruebas realizadas, a partir de esto se identificaron los DdE de los patrones disfuncionales (Tabla 2).

En la segunda consulta se priorizaron algunos diagnósticos con la colaboración del usuario, además de planificar las actividades a realizar y establecer objetivos a corto y largo plazo (Tabla 3).

Las tres consultas restantes han sido de seguimiento, valorando su evolución en función de los resultados obtenidos en base a las actividades fijadas y, adaptando las mismas a la situación que presentaba el paciente en cada visita.

## 3. RESULTADOS

### 3.1.- Fase de evaluación

El logro de los objetivos (NOC) establecidos se han evaluado a través de la escala Likert<sup>12</sup>. Obteniéndose los siguientes resultados tras la realización de las actividades planteadas (Tabla 4).

**Tabla 4.** Evaluación de resultados

<i>Indicadores</i>	<i>Inicio</i>	<i>Medio</i>	<i>Final</i>
[519] Tolerancia a la caminata	2	3	4
[160402] Sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio	1	3	4
[160413] Disfruta de actividades de ocio	1	3	4
[185402] Peso personal óptimo	1	1	3
[185405] Ingesta diaria de calorías adecuada para las necesidades metabólicas	2	2	3
[20001] Soporta el peso	2	3	4
[20004] Camina a paso moderado	1	2	3
[20016] Se adapta a diferentes tipos de superficie	2	3	4
[110113] Integridad de la piel	1	2	3
[110117] Tejido cicatricial	1	2	2
[160511] Refiere dolor controlado	1	2	3

## 4. DISCUSIÓN

Se ha realizado un plan de cuidados individualizado a un paciente con traumatismo múltiple con el fin de conocer sus necesidades y, en base a ellas, establecer una serie de objetivos e intervenciones que den respuesta a las mismas. Por lo tanto, se puede ver la importancia del papel de la enfermería y la continuidad de cuidados en la recuperación y bienestar físico, mental y social del paciente.

Una parte esencial del trabajo enfermero es la comunicación terapéutica<sup>13</sup>, sobre todo en el marco de la Atención Primaria, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y aumentar la eficacia de la práctica profesional y satisfacción del usuario. Sin una comunicación terapéutica eficaz no se puede garantizar unos cuidados humanizados ni centrados en la persona y por otro lado nuestra práctica profesional carecería de profesionalismo.

El autocuidado se refiere a las acciones que los pacientes realizan para mantener su propia salud y bienestar. Los sistemas de enfermería de Orem<sup>14</sup> se centran en ayudar los usuarios a identificar y satisfacer sus necesidades de autocuidado, y en proporcionar la asistencia necesaria cuando no pueden hacerlo por sí mismos. Estos sistemas son importantes para ayudar a alcanzar y mantener una buena salud, además, son una parte integral de la práctica de enfermería.

El paciente señalaba y le daba especial importancia en la valoración inicial al deterioro de su vida social y actividades de ocio, por lo que se estableció el diagnóstico de disminución de las actividades recreativas. El sociólogo Dumazedier<sup>15</sup> relacionó el ocio con la esfera de lo personal y le asoció tres funciones principales: descanso, diversión y desarrollo de la personalidad. Por ende, se fomentó una implicación en aquellas relaciones ya establecidas y el paciente comenzó a realizar salidas programadas con su grupo de amigos, obteniendo como resultado un aumento de la participación y disminución de su ansiedad.

Por otro lado, teniendo en cuenta que cuánto menor fuese su IMC, más fácil se le haría mejorar la ambulación, se le dieron una serie de pautas nutricionales. Carbajal y Ortega<sup>16</sup> resaltan la importancia de una dieta nutricionalmente equilibrada que cubra las necesidades metabólicas de la persona. Se pudo ver la evolución del paciente desde la tercera visita, donde ya comentaba haber abandonado el picoteo entre comidas y la bollería industrial, consiguiendo el objetivo de disminuir el IMC con la pérdida de 3kg.

La realización de ejercicio físico combinada con la modificación de la dieta también contribuyó a superar el objetivo de mejorar la ambulación, dado que al sentirse menos pesado y al tolerar cada vez mejor la actividad física logró realizar caminatas a paso moderado. Sin embargo, estos avances han sido de forma paulatina dada su limitación física, pero gracias a su perseverancia y constancia se han visto reflejados los resultados.

La Sociedad Española del Dolor<sup>17</sup>, afirma que el dolor crónico puede tener un impacto en la movilidad y flexibilidad afectando a su calidad de vida, por lo que es fundamental un correcto control del dolor. La administración de analgesia se considera la intervención más efectiva para lograr un alivio del dolor crónico y conseguir una mejora en su vida cotidiana, por eso abarcar este problema es de suma relevancia y se consiguió resolverlo desde la segunda visita.

La fijación externa ha conducido a un diagnóstico de deterioro de la integridad cutánea por una interrupción de la continuidad de la piel. Diversos autores<sup>18</sup> indican que mantener la integridad de la piel es esencial para proteger el cuerpo, mantener la función sensorial, regular la temperatura corporal y preservar la apariencia. Sin embargo, no se ha podido lograr el objetivo de recuperar la integridad de la piel, aunque se ha abordado el tema y se han dado consejos sobre la curación y prevención de infecciones.

La colaboración e involucración dinámica del paciente ha sido una parte integral y factor determinante en la realización de este PAE, estableciendo unos objetivos y actividades acordadas con el paciente. Todo esto se ha realizado de manera individualizada, teniendo en cuenta sus necesidades, temores, preocupaciones y limitaciones, de manera que el usuario se sienta cómodo con el proceso y, además, ha ayudado a mejorar la satisfacción de este con los cuidados recibidos.

Entre las principales limitaciones, hay que destacar que, durante las primeras dos visitas surgieron dificultades para lograr la adherencia del paciente a ciertos objetivos establecidos. Sin embargo, a través de la comunicación se le pudo explicar la importancia de su participación en el proceso y los beneficios que ello podría aportar a su bienestar. Al comprender mejor la relevancia de su colaboración, el paciente se mostró más motivado y comprometido, lo que facilitó el cumplimiento de dichos objetivos.

### 4.1.- *Perspectiva del paciente*

El accidente de moto ha sido un cambio radical en mi vida y en la de mi entorno, las lesiones que he sufrido han hecho que tenga que adaptar mi día a día. He tenido que adecuar mi casa a las circunstancias, comprando una cama acorde a mis necesidades, por ejemplo. También ha hecho que deje de hacer cosas que me encantaban, como salir con mis amigos a bailar o al estadio a ver el fútbol. Además, mi estado de ánimo ha cambiado, ahora estoy más desanimado con los planes de futuro y la recuperación. Hemos tenido que dedicar mucho tiempo y esfuerzo en acudir a las citas, tanto con mi enfermera como con las del hospital. En definitiva, no me siento el mismo y sé que nunca volveré a serlo. Sin embargo, esto no me ha quitado las ganas de volver a coger mi moto y salir de ruta los domingos, simplemente ha sido una experiencia que ha servido de aprendizaje sobre lo que no hay que hacer.

## 5. CONCLUSIONES

En la elaboración de este plan de cuidados individualizado a un paciente con traumatismo múltiple, se han podido establecer unos objetivos realistas, fomentar la comunicación terapéutica, enfocar las intervenciones en base a las necesidades cambiantes del paciente y favorecer el confort del usuario y el entorno.

Gracias a este trabajo se puede observar la importancia del papel de la enfermería que, mediante la comunicación con el usuario, logró priorizar y planificar unos resultados de mejora, formulando objetivos y actividades ajustados a las necesidades del paciente. Por lo que, debe favorecerse la elaboración de planes de cuidados que favorezcan la correcta atención y continuidad de cuidados de los pacientes.

## REFERENCIAS

- [1] Melgarejo D. Cuidados de enfermería en el paciente politraumatizado. *Rev. Enferm.* 2010; 1(15). Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/388/2002-5.pdf%3Bsequence%3D>
- [2] Dirección General de Tráfico (DGT) D. Consejos y normas de Seguridad Vial. Subdirección Gen Gestión la Movil y Tecnol. 2019; 2. Disponible en: <https://acortar.link/gfjmX4>
- [3] Espinoza JM. Atención básica y avanzada del politraumatizado. *Acta méd. Peruana.* 2011; 2(28):105-111. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n2/a07v28n2.pdf>
- [4] Talavera ML, Fontseré AM, Raya A. La enfermera de atención primaria: rol y responsabilidades. *Aten. Primaria.* 2022; 54:1-2. <https://doi.org/10.1016%2Fj.aprim.2022.102345>
- [5] Bustillo MA, Gómez M, Guillén AI. Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Clínica y Salud.* 2018; 29(2). <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a13>
- [6] Martínez S. Síndrome de sobrecarga del cuidador informal. 2020; 14(1):1-3. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v14n1/1988-348X-ene-14-1-e14118.pdf>
- [7] Fernández B. La valoración enfermera. Análisis, síntesis e identificación de problemas. En: Fernández B. *Aplicación de los lenguajes normalizados NANDA, NOC, NIC.* 4ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE). 2022: 41-54.
- [8] Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. *Servicio Andaluz de Salud.* 2024; 2:122. Disponible en: <https://acortar.link/WQNbtz>
- [9] Healthier T, Kamitsuru S, Takao C. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023.* 12ª ed. España: Elsevier. 2022.
- [10] Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M L. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).* 6ª ed. España: Elsevier. 2018.
- [11] Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Wagner C. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).* 7ª ed. España: Elsevier. 2018.
- [12] Matas A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista electrónica de investigación educativa.* 2018; 20(1). Disponible en: <https://cutt.ly/jGvHhys>
- [13] González C. La comunicación terapéutica usuario-enfermera en las consultas de atención primaria. *Rqr.* 2014; 2(2):82-92. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4724703>
- [14] Prado LA, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev Med Electron.* 2014; 36(6):835-845. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
- [15] Lazcano I, Madariaga A. El valor del ocio en la sociedad actual. La marcha nocturna: ¿Un rito exclusivamente español? *2016:15-33.* Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6149004>
- [16] Carbajal A, Ortega R. La dieta mediterránea como modelo de dieta prudente y saludable. *Rev Chil Nutr.* 2001; 28(2):224-236. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/458-2013-07-24-CarbajalOrtegaRevChilNutr2001.pdf>

- [17] Failde I. El dolor crónico, algo más que un problema de quien lo padece. *Rev Soc Esp Dolor*. 2014; 21(1):1-2. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v21n1/editorial.pdf>
- [18] Carrasco JM, Dumont E, Gálvez F, Gutiérrez M, Montesinos P, García MA. Un antes y un después: del riesgo o deterioro de la integridad cutánea a la integridad tisular. *GEROKOMOS*. 2008; 19(3):153-158. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n3/153rincon.pdf>