

Otra oportunidad para vivir

Another opportunity to live

Yolima Manrique-Anaya¹ ; Maria Elsy Carolina García¹ ; Estela Melguizo Herrera¹ .

¹Universidad de Cartagena, Facultad de Enfermería, Programa Enfermería, Cartagena, Colombia.
Correspondencia: emelguizoh@unicartagena.edu.co

Recepción: 20 febrero 2024 | Aprobación: 22 junio 2024 | Publicación: 2 julio 2024

RESUMEN

En la narrativa se muestran los cuidados al final de la vida de una mujer adulta joven de 30 años de edad, con diagnóstico adenocarcinoma del ciego en estadio IV, con metástasis hepática en fase terminal, al ver su estado general, su rostro triste y quejumbroso por el dolor permanente que presentaba, su abdomen distendido y que se encontraba sola, despertó el interés en profundizar su situación actual. Que con el paso de los días la mujer en un estado de desesperación emocional solicita egreso voluntario sin importar las consecuencias que pudieran surgir por su decisión, que a pesar de múltiples explicaciones su decisión fue irrevocable, generando en sentimientos de tristeza, impotencia y preocupación por su desenlace. Los cuidados brindados a la mujer se basaron en la teoría de Cornelia Rulan y Shirley Moore y como se logra incorporar esta teoría a la práctica desde el componente disciplinar fortaleciendo el cuidado con intervenciones precisas organizadas en la herramienta proceso de atención de enfermería, se mostró que diagnósticos como desesperanza, déficit nutricional, dolor agudo, afrontamiento ineficaz, fueran manejados y medidos a través de los resultados enfermeros con calificación según los indicadores NOC para cada uno de ellos logrando tener evolución de 1 a 3 en algunos de ellos. De igual manera a través del desarrollo de la narrativa se incorporan los cuatro elementos de cuidado salud, persona, entorno, enfermera y se avanza en seguir compartiendo que al cuidar con ciencia avanzamos en la asertividad del cuidado.

Palabras clave: Cuidados paliativos; adulto joven; neoplasia; valoración de enfermería. (DeCs)

ABSTRACT

The narrative shows the end-of-life care of a 30-year-old young adult woman, diagnosed with stage IV adenocarcinoma of the cecum, with end-stage liver metastasis, seeing her general condition, her sad and plaintive face due to permanent pain, her distended abdomen and that she was alone, aroused the interest in deepening her current situation. As the days went by, the woman, in a state of emotional desperation, requested voluntary discharge regardless of the consequences that could arise from her decision, and despite multiple explanations, her decision was irrevocable, generating feelings of sadness, helplessness and concern for her outcome. The care provided to the woman was based on the theory of Cornelia Rulan and Shirley Moore and how to incorporate this theory into practice from the disciplinary component, strengthening care with precise interventions organized in the nursing care process tool, it was shown that diagnoses such as hopelessness, nutritional deficit, acute pain, ineffective coping, were managed and measured through the nursing results with qualification according to the NOC indicators for each of them, achieving an evolution from 1 to 3 in some of them. Likewise, through the development of the narrative, the four elements of health care, person, environment, nurse are incorporated and progress is made in continuing to share that by caring with science we advance in the assertiveness of care.

Keywords: Palliative care; young adult; neoplasia; nursing assessment (DeCs).

Como citar (Vancouver).

Manrique-Anaya Y, Carolina GME, Melguizo HE. Otra oportunidad para vivir. Revisalud. 2024; 12(2):e1176. <https://doi.org/10.24188/revisalud1176>

INTRODUCCIÓN

Para enfermería el manejo del enfermo terminal es un reto, aun no siendo esta situación de salud algo nuevo en su actuación profesional, pues siempre, estos pacientes y su familia, pondrán a prueba su nivel de competencia y desempeño con situaciones que irán presentándose a medida que se transita por el proceso de la muerte del enfermo, por lo cual, la creatividad, empatía, conocimiento y experticia con la cual el profesional de enfermería logre resolver los problemas o necesidades de sus pacientes y familiares, han de ser fundamentadas en la base principios científicos que sustentan el ejercicio de la profesión, (1,2).

Según un estudio realizado en España el 95.2% de las personas enfermas al final de la vida valoran el cuidado espiritual y lo ven necesario en la situación de enfermedad, validando o apoyando la conjetura de que brindar o abordar la dimensión espiritual en estos pacientes mejora la calidad de la vivencia de la fase terminal de la vida y el afrontamiento de la muerte, influyendo positivamente en el paciente y los familiares (3).

Igualmente, el profesional de enfermería tiene un papel importante y de responsabilidad en el proceso de morir, al proporcionar cuidados de confort adecuados al paciente y a sus familiares. Son los intermediarios entre paciente, familia y el resto del equipo, comunicando a estos últimos las necesidades y preferencias del paciente. Son profesionales que trabajan para brindar un adecuado proceso de morir (3). Su rol exige entonces un compromiso personal, interés, amor, dedicación; y preparación para el manejo de fármacos específicos, control de síntomas, apoyo emocional y espiritual al enfermo y su familia tanto en el hospital como en el hogar, procurando como lo exige su deber deontológico: aliviar el sufrimiento (1,4).

Por lo anterior, es vital que desde la academia se gesté el rol del profesional ante el proceso de la muerte, en consonancia las situaciones en enfermería proponen ser una herramienta que exponen el conocimiento de enfermería y dimensiona el cuidado y al ser humano de manera holística, incorporando las etapas del proceso de atención de enfermería, útiles en cualquier escenario siendo en esta oportunidad el de morir dignamente (5).

Desarrollo

Era 2 de abril del 2024, primer día de rotación de cuidado básico en el piso 4 del área de hospitalización de una institución de salud de cuarto nivel. Entre los pacientes que nos asignaron, había un caso que llamó especialmente nuestra atención: Sara, mujer adulta joven de 30 años de edad, ingresada desde el 23 de marzo por dolor abdominal de tres días de evolución, síndrome febril y deshidratación. Al escuchar en el recibo y entrega de turno su condición de salud y su avanzado diagnóstico (adenocarcinoma del ciego en estadio IV, con metástasis hepática,) fue remitida a cuidados paliativos para el manejo del dolor.

Al ver su estado general, su rostro triste y quejumbroso por el dolor permanente que presentaba y su abdomen distendido me interesé en Sara, en el dolor que estaba experimentado y quien era ella, al escuchar que desde temprana edad a razón de sus embarazos, no logro terminar sus estudios, fue rechazada por su mamá, y al convivir con el padre de sus hijos no fue fácil por maltratado, toda esa turbulencia hizo que descuidara su salud por dar prioridad a las funciones de su casa, además era muy poco visitada por miembros de su familia diferentes a su esposo, quien cuidaba de ella solo en las noches, tras salir de trabajar como reciclador y su madre quien iba de vez en cuando a verla ya que por dificultades económicas se le complicaba asistir diariamente durante su proceso de hospitalización, y sus hijos al ser menores de edad no les era permitido el ingreso a la institución, todo esto, hizo que se convirtiera en un caso interesante de ser explorado a profundidad.

Todo era nuevo para nosotros, siendo estudiantes de enfermería era nuestra primera vez en realizar una valoración y a pesar de contar con una guía, no sabíamos por dónde iniciar. Al entrar a su habitación encontramos a Sara sola, nos presentamos y la saludamos, manifestamos que estábamos allí para ayudarla y brindarle apoyo, ella en medio del dolor que expresaba su rostro asintió con su cabeza, lo que interpretamos como “¡QUE BIEN!

Continuamos la valoración y durante ella Sara ubico su dolor en 10/10 (EVA), aunque sus vitales eran estables, su abdomen distendido y rígido a la palpación dibujaba un ombligo, además tenía un catéter en fosa iliaca derecha. Estos hallazgos y otros del examen físico nos llevó a encontrar patrones alterados a causa del dolor como descanso/sueño, nutrición, actividad/ejercicio y rol relaciones estaban completamente alterados. Datos que fueron corroborados con los datos de la entrega de turno, la historia clínica y la ronda médica.

Del mismo modo al pasar la ronda medica las palabras de los médicos confirmaron la gravedad del caso: “Paciente en fase terminal” y “metástasis confirmada”. Desde la perspectiva científica y médica, no había más tratamiento por ofrecer. El plan de cuidados que planteamos para Sara se orientaba a brindarle los cuidados que por ella misma no podía, el baño y el cuidado del cabello, otros más profesionales como el cuidado del catéter y la administración de medicamentos para aliviar su dolor. Además, acompañarla a Sara para brindarle esperanza y escuchar sus relatos la distraía del dolor; como al escuchar sus vallenatos preferidos o cuando se aplicaba las técnicas de masaje con aceite de olor; sumado a las intervenciones interprofesionales con psicología y trabajo social brindamos medidas de bienestar para aumentar la calidad de vida y Sara para que así tuviera una muerte tranquila y digna.

Avanzaban los días y el tratamiento farmacológico para el dolor no resultaba del todo efectivo según lo referido por Sara, y a medida que avanzaban los cuidados la situación se ponía más compleja pues al malestar físico se le sumaba el incremento de su estado de intranquilidad, desesperanza, tristeza, disconfort, sensación de soledad y abandono que, en ocasiones, a gritos refería. Cada día era evidente la pérdida de masa muscular y fuerza en sus extremidades debido a la poca ingesta de alimentos y nutrientes por vía oral como respuesta al dolor, la acidez estomacal y la dificultad para respirar que manejaba. A esto se le suman situaciones como edema grado 3, en miembros inferiores y limitación para movilizarse. Situaciones que nos llevaron a enfocarnos en su estado emocional y conseguir una experiencia de final de vida tranquilo.

Nuestras intervenciones se centraron en brindar ese apoyo que necesitaba en la medida de lo posible, escuchar sus preocupaciones y sus deseos, proporcionarle entretenimiento sano a través de la música que disfrutaba como lo era el vallenato o alabanzas y ofrecer compañía en medio de su difícil situación, gestionando además la interacción entre trabajo social y psicología que orientaron sus acciones hacia sus familiares y sensibilizarse sobre la importancia del acompañamiento a Sara, en su etapa final. Cada vez que se terminaba nuestro acompañamiento Sara refería que siguiéramos al lado suyo para no sentirse sola y anhelaba que llegara el siguiente porque siempre se sentía mejor.

Luego de 10 días de acompañar a Sara, en un estado de desesperación emocional y sin importar las consecuencias y explicaciones del equipo de salud, Sara solicita egreso voluntario. Su decisión fue irrevocable. Al despedirla nos invadieron sentimientos de tristeza, impotencia y preocupación por su desenlace; sin embargo, un atisbo de satisfacción se asomaba, pues sabíamos que cualquiera que fuera el final de la vida de Sara, mientras estuvo bajo nuestro cuidado se trascendió a lo espiritual y quedo la satisfacción de haber brindado cuidados únicos y significativos para Sara.

La situación vivida expone el argumento de Anne Bookin & Savina Schoenhoffer en relación a como se logra fortalece la condición humana del paciente y de la enfermera aun en situación complejas como son el final de la vida.

Análisis de la narrativa

Metaparadigmas de enfermería, según la teoría del final tranquilo de la vida (fv):

La teoría del final tranquilo de la vida (FV) propuesta por Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore, está conformada por varios marcos teóricos que fue parcialmente desarrollada a partir de la teoría de sistemas generales (1). Los metaparadigmas de enfermería en esta teoría se definen de la siguiente forma:

Persona. Esta teoría afirma que los acontecimientos y sentimientos de la experiencia del FV son personales e individuales. Las experiencias del paciente de no tener dolor, de bienestar, de dignidad y de respeto, de estar en paz, la proximidad de los allegados o personas que cuidan contribuyen al final tranquilo de la vida (1).

Entorno. En esta teoría el contexto o entorno hace referencia al sistema familiar (el paciente terminal y sus allegados) que está recibiendo cuidados de los profesionales en una unidad hospitalaria de agudos y el proceso se define como las acciones (intervenciones de enfermería) dirigidas a promover los siguientes desenlaces: a) ausencia de dolor; b) sentir bienestar; c) sentir dignidad y respeto; d) sentirse en paz, y e) sentir la proximidad de los allegados y de los cuidadores (1). Que la infraestructura, equipos y personal institucional faciliten al paciente y su familia una atención segura, humanizada y con dignidad en la fase dolorosa de la agonía.

Enfermería. Para esta teoría las enfermeras evalúan e interpretan las manifestaciones que reflejan la experiencia del FV de la persona e intervienen de la manera adecuada para conseguir o mantener una experiencia serena, aunque el moribundo no pueda expresarse verbalmente. Así mismo el cuidado de enfermería es crucial para crear una experiencia del FV tranquilo (1).

También enfermería, debe incluir al paciente y a sus allegados en la toma de decisiones respecto al cuidado del paciente, tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto, y estar atento a las necesidades, deseos y preferencias expresados por el paciente contribuye a la experiencia de dignidad y respeto del paciente. Es importante que el profesional, proporcione apoyo emocional, control y satisfacción de las necesidades expresadas por el paciente (1).

Salud. El objetivo del cuidado del FV no es optimizar el cuidado en el sentido de que debe ser el tratamiento mejor y más avanzado tecnológicamente, un tipo de cuidado que responda a un tratamiento excesivo, sino maximizar el tratamiento, es decir, proporcionar el mejor cuidado posible mediante el uso juicioso de la tecnología y de las medidas de bienestar, para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila. Mantener un adecuado estado de salud para esta teoría se enfoca en controlar y administrar la analgesia, aplicar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas contribuye a la experiencia del paciente de no tener dolor (1).

Según la teoría “El final tranquilo de la vida de Ruland y Moore”, el profesional de enfermería debe evaluar e interpretar aquellas experiencias que solo pueden ser expresadas por el paciente, para así intervenir de manera adecuada con el fin de mantener un ambiente sereno y adecuado. La aplicación práctica de la teoría de Ruland y Moore se llevó a cabo en una unidad hospitalaria en donde se le brinda al paciente asistencia necesaria para la ausencia del dolor, bienestar, dignidad, respeto, estado de tranquilidad y proximidad a los allegados (19). Las afirmaciones teóricas que declaran las relaciones proposicionales explícitas de la teoría de Ruland y Moore y que se encuentran en la narrativa son:

1. Administración y control de la analgesia y de intervenciones no farmacológicas, contribuyendo con la disminución del dolor del paciente
2. Prevenir y/o aliviar las molestias físicas del paciente, facilitando el reposo y la relajación con el fin de prevenir complicaciones, esto va a contribuir con la experiencia de bienestar del paciente
3. Incluir al paciente y a su familia o cuidador en la toma de decisiones respecto al cuidado del mismo, tratarlo con dignidad, empatía, y respeto y estar atento a las necesidades, deseos y preferencias expresadas por él
4. Brindar apoyo emocional y satisfacer las necesidades de ansiolíticos expresadas por el paciente, inspirar confianza, proporcionar al paciente y a sus allegados orientación en cuestiones prácticas y proporcionar la presencia física de otra persona que ofrezca cuidados, si se desea, contribuye a la experiencia del paciente de estar tranquilo
5. Fortalecer la participación de los allegados en el cuidado del paciente, atendiendo su dolor, sus preocupaciones y sus preguntas, y facilitar la proximidad de la familia contribuye a la experiencia de proximidad de los allegados o personas que cuidan
6. Las experiencias del paciente de no tener dolor, de bienestar, de dignidad, y de respeto, de estar en paz, la proximidad de los allegados o personas que cuidan y que contribuyen al final tranquilo de la vida.

Visión interacción recíproca o interactiva integrativa. Esta visión concibe al ser humano de manera holística, integrada y organizada, no reductible a sus partes, lo cual conlleva brindar por parte de enfermería que trascienden al cuidado físico y reconocer la importancia de otras dimensiones que pueden afectar la salud como los aspectos psicológicos y espirituales. Debido a esto los seres humanos son seres cambiantes que enfrentan situaciones que afectan los procesos de salud. Estas situaciones demandan de enfermería un conocimiento profundo de sí y de cada enfermo observando cuidadosamente sus actitudes, aptitudes y motivaciones. En esta visión enfermería se manifiesta desde sus conocimientos y como una persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo.

Esta visión concibe al ser humano de manera holística, integrada, organizada, no reducible a sus partes, lo cual conlleva brindar por parte de enfermería que trascienden al cuidado físico y reconocer la importancia de las otras dimensiones que pueden afectar la salud como los aspectos psicológicos, social y espiritual (8).

Debido a esto los seres humanos son seres cambiantes que enfrentan situaciones que afectan los procesos de salud. Estas situaciones demandan de enfermería un conocimiento profundo de sí y de cada enfermo observando cuidadosamente sus actitudes, aptitudes y motivaciones. En esta visión enfermería se manifiesta desde sus conocimientos y como una persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo.

Esta visión se ve reflejada en el cuidado de enfermería que se le brindó a Sara, unos cuidados de forma integral no sólo cuidando sus respuestas físicas se profundizó en que era única y tenía sus propias vivencias frente a su proceso de enfermedad, de igual manera se incluyó a la familia y el equipo de salud como parte del entorno y la interacción que sale hacia con el mismo, todo fue necesario para alcanzar un estado de tranquila que duro poco por su salida voluntaria.

Patrones de conocimiento. Los patrones del conocimiento de Enfermería constituyen un marco de referencia útil para organizar el estudio y el entendimiento de los acontecimientos presentes en cada acto de cuidado, necesarios para proporcionar intervenciones eficaces y autónomas a la persona, familia o colectivo orientadas a satisfacer las respuestas humanas de los sujetos de cuidado; están descritos como una forma manifiesta, más o menos constante, de presentarse un fenómeno reconocible para cada uno de los expertos de la disciplina (11).

Patrón empírico. Este patrón se ve reflejado en el momento en que se da la recogida de datos objetivos y subjetivos a través de la paciente y familiares. Al igual que cuando se realiza la valoración cefalocaudal, por sistemas, aparatos y a través de los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.

Se evidencia en el momento que se hizo el primer acercamiento, y se valoró: signos vitales, escala de EVA (10), se observaron y documentaron características físicas como la distensión abdominal, la presencia de pequeños vasos en el abdomen y el catéter en la fosa iliaca derecha; La revisión detallada de la historia clínica de Sara proporcionó información sobre su diagnóstico de adenocarcinoma del ciego en estadio IV con metástasis hepática, retroperitoneo y carcinomatosis peritoneal, Se identificaron alteraciones en los patrones de nutrición, actividad/ejercicio, descanso/sueño, y rol relaciones debido al estado avanzado de la enfermedad; Se planificaron e implementaron intervenciones específicas para manejar el dolor, mantener la hidratación de la piel, asistir en el aseo personal y la alimentación, y proporcionar apoyo emocional.

En el caso de Sara, la observación detallada, la medición precisa de signos y síntomas, y la coordinación con otros profesionales de la salud son ejemplos claros de cómo se aplica este patrón de conocimiento para proporcionar un cuidado basado en evidencias científicas y observaciones directas.

Patrón estético. Se evidenció en varios momentos del cuidado que Sara, al relatar su historia, mostrando una sensibilidad hacia su estado emocional y las dificultades que enfrentaba más allá de su condición médica, las acciones realizadas para darle dignidad al suplir sus necesidades básicas y generar espacios de interacción constante con Sara, logro conexión emocional y un compromiso de estar junto a Sara en su sufrimiento, Proporcionarle música que disfrutaba, como vallenato y alabanzas, fueron momentos de paz y alegría en medio de su difícil situación. Esta acción refleja un entendimiento de sus gustos personales y un deseo de hacer su entorno más agradable, La gestión de la interacción entre trabajo social y psicología para sensibilizar a la familia sobre la importancia del acompañamiento refleja un cuidado que considera las relaciones y el apoyo emocional cruciales para el bienestar del paciente.

Patrón ético. Se proporcionó apoyo emocional y la intervención de psicología y trabajo social. Esto demuestra un compromiso con la justicia y la equidad, asegurando que Sara recibiera un cuidado holístico y digno a pesar de sus limitaciones económicas y su situación terminal; A pesar de las múltiples explicaciones y la preocupación por su bienestar, el equipo respetó la decisión de Sara de solicitar el egreso voluntario. Este respeto por su autonomía y derecho a tomar decisiones sobre su propio cuerpo y tratamiento es un principio ético fundamental en la práctica de la enfermería. Las intervenciones se adaptaron a las necesidades y preferencias individuales de Sara, como proporcionarle música que disfrutaba, lo cual también refleja un compromiso con la beneficencia.

Patrón personal. Se mantuvo una comunicación positiva y continua con la paciente en donde hablábamos de manera genuina, hacíamos preguntas o comentábamos alguna situación positiva. Los cuidadores se presentaron a Sara y le manifestaron su disposición para ayudarla y brindarle apoyo. Este acto inicial de presentación y expresión de voluntad de ayudar establece una base de confianza y apertura, crucial para una relación interpersonal efectiva, la decisión de acompañar a Sara y escuchar sus preocupaciones va más allá de las tareas clínicas y refleja una inversión emocional en su bienestar; la presencia constante y el apoyo emocional brindado a Sara demuestran autenticidad y una disposición a estar completamente presentes en su cuidado. Esto permite que la relación entre el enfermero y el paciente sea más auténtica y significativa.

Conclusiones

Las situaciones en Enfermería son espacios académicos que construyen cuidado partiendo de teorías para integrarlo con la práctica y así dar a conocer resultados observables, los cuales se vuelven tangibles al aplicar la herramienta NANDA, NIC, NOC.

Por lo expuesto dentro del desarrollo de la situación al final de la vida se logró, orientar cuidados paliativos que dignifiquen la calidad de vida, demostrar habilidades de comunicación adquiridas por la enfermera en el proceso de atención, las cuales facilitaron profundizar una relación terapéutica efectiva.

El respeto por la toma de decisión de Sara, brindan un espacio de reflexión y encuentro de nuestro rol como enfermeros y hasta que instante se vuelve más fuerte lo espiritual que lo físico. Además, el liderazgo de las acciones deliberativas plasmadas en el plan de cuidados de la enfermera.

De allí que las intervenciones de enfermería como administrar medicamentos, medir las constantes vitales, realizar apoyo en la desesperanza, soporte nutricional, entre otros se convierten en espacios de interacción para conocer la esencia del ser que se cuida y servir de apoyo emocional.

La teoría al final de la vida brinda la oportunidad de ofrecer a la persona percibir que es importante para otros por desafiante que sea enfrentar la muerte al sentir una experiencia de sanidad interior; al igual que abre espacios a intervenciones de cuidados paliativos al paciente y su familia.

REFERENCIAS

1. Perera MLS, Aguilar HI, Oliva PM. Cuidados paliativos en pacientes en estadio terminal. Nueva Paz, 2015. Revista de Ciencias Médicas de la Habana. 2016;22(3):173-178.
2. Dos Santos T, Ribeiro A, Charepe Z. Cadernos de Saúde Alimentação na pessoa em fim de vida: análise de conceito Feeding in the End-of-life Person: Concept Analysis. Vol. 11 Número 1 2019 pp. 42-49 <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.5282>
3. García-Rueda N, Errasti-Ibarrondo B, Arantzamendi Solabarrieta M, La relación enfermera-paciente con enfermedad avanzada y terminal: revisión bibliográfica y análisis conceptual, Medicina Paliativa, 2016; 23(3): 141-152 <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2014.01.003>.
4. Zunzunegui María Victoria. Los cuidados al final de la vida. Gac Sanit [Internet]. 2018 Ago [citado 2021 junio 10] ; 32(4): 319-320. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0213-91112018000400319&lng=es. Epub 07-Dic-2020. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.007>..
5. Escobar-Castellanos1 Blanca, Sanhueza-Alvarado2 Olivia. Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería. Enfermería (Montevideo) [Internet]. 2018 Jun [citado 2021 Mayo 09] ; 7(1): 27-42. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S2393-66062018000100027&lng=es. [Http://dx.doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540](http://dx.doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540).
6. Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2021-2023* (12ª ed.). Barcelona: Elsevier. Obtenido de <https://tienda.elsevierhealth.com/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821221.html>
7. Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud (6ª ed.). Barcelona: Elsevier. Obtenido de https://www.educa.com/pdf/000_CONCEPTOS%20NOC.pdf
8. Moorhead, S., Johnson, M., L. Maas, M., & Swanson, E. (2012). *Nursing outcomes classification (NOC)* (Quinta ed.). El Servier. Obtenido de http://educa.com/pdf/000_CONCEPTOS%20NOC.pdf
9. Reina G., N. C. (2010). Proceso de atención de enfermería: Instrumento para el cuidado. *Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal*(17), 18-23. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
10. Pereira C. Nicolás, Koshima Isao. Linfedema: actualización en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico. *Rev Chil Cir*. 2018; 70(6):589-597. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-40262018000600589>
11. Escobar-Castellanos1 Blanca, Sanhueza-Alvarado2 Olivia. Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería. Enfermería (Montevideo). 2018 ; 7(1): 27-42. <https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540>.