

Proceso de Enfermería en Paciente con Pioderma Gangrenoso Variación Granulomatosa Superficial

CASO CLÍNICO

ALMA ARANDA FLORES¹, ANA MARÍA MARTÍNEZ MORENO²

¹E. A. S. E. Gestora de Calidad en Enfermería. Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez".

²E. G. Jefe de Enfermería del Servicio de Urgencias. Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez".

Correspondencia:

Oriente 3 349 Col. Reforma Cd. Nezahualcoyotl. Estado de México. C. P. 57840

mail: aaranda@prodigy.net.mx

mail: aafandy25@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 02/04/2009

Fecha de aceptación: 24/05/2009

Nursing Process in patient with Gangrenous Pyoderma variation Superficial Granulomatous

RESUMEN

El Pioderma Gangrenoso (PG) es una entidad clínico – patológica cutánea bien definida, caracterizada por la presencia de pústulas eritematosas únicas o múltiples que progresan rápidamente a úlceras necróticas con borde violáceo deprimido. Es de etiología desconocida. El PG superficial granulomatoso es una variante superficial vegetante, crónica poco agresiva, generalmente en tronco, sin bordes característicos ni fondo purulento que suele responder al tratamiento tópico. Se diagnostica principalmente por la clínica y una biopsia de piel. Para su tratamiento se utilizan corticoides tópicos o intralesionales. La intervención de enfermería es crucial en la evolución del paciente. Para la valoración de enfermería se utilizaron las 14 necesidades básicas de V. Henderson. Se manejaron 5 diagnósticos de enfermería, con objetivos e intervenciones específicas que se realizaron de acuerdo a la presentación de las manifestaciones del paciente en estudio.

PALABRAS CLAVE

Pioderma Gangrenoso, diagnósticos de enfermería, necesidades básicas.

ABSTRACT

The Gangrenous Pyoderma (PG) is an acute disease cutaneous or defined, characterized by the presence of only or multiple erythematous pustules that progress quickly to necrotic ulcers with depressed violet rim. It is of unknown etiology. The granulomatous superficial PG is a vegetating, chronic variant superficial little aggressive, generally in trunk, without characteristic rims not fundus purulent that usually responds to the topical treatment. A biopsy of skin is diagnosed mainly by the clinic and. For their treatment topical or intralesional corticoids are used. The intervention of nursing is crucial in the evolution of the patient. For the valuation of nursing use the 14 basic necessities of V. Henderson. The nursing diagnosis used 5, with objectives and specific interventions that were made according to the presentation of the manifestations of the patient in study.

KEYWORDS

Gangrenous Pyoderma; nursing diagnosis, basic human needs.



Ilustración 1.- Lesiones pretibiales



Ilustración 2.- Lesión catriforme

INTRODUCCIÓN

Concepto

El pioderma gangrenoso (PG) es un tipo de dermatosis neutrofílica que constituyen un grupo de enfermedades cutáneas asociadas a un infiltrado inflamatorio epidérmico y/o dérmico intenso, compuesto fundamentalmente por neutrófilos, sin evidencia de infección o vasculitis. Asimismo, presentan, fenómeno de patergia (inducción de un fenómeno inflamatorio después de trauma cutáneo). Estas enfermedades muestran un espectro de lesiones cutáneas que incluye vesiculopústulas, placas, nódulos y ulceraciones. Pueden ser localizadas o diseminadas, así como tener involucro extracutáneo (nodos linfáticos, bazo, hueso, hígado y pulmón). Además tienen la característica de responder a esteroides sistémicos. Las 2 manifestaciones polares de estas enfermedades van desde las placas infiltradas y pústulas de la enfermedad de Sweet, hasta las lesiones ulcerativas del pioderma gangrenoso. (1)

Etiología

Es desconocida aunque se han descrito defectos en la quimiotaxis y fagocitosis, en el metabolismo oxigenado de los neutrófilos, sobreexposición de algunas citocinas (interleuquina – 8, interleuquina – 16) y otras múltiples anomalías de la inmunidad humoral y celular, pero ninguna específica. Su asociación a enfermedades autoinmunes, como la artritis reumatoide sugiere una posible alteración en la respuesta inmune frente a algún

factor o factores (traumático, inflamatorio o neoplásico) no identificados todavía.

Muchos autores consideran que el PG es una foliculitis supurativa y que su asociación con la enfermedad inflamatoria intestinal, podría estar relacionada con la presencia de anticuerpos como reactividad cruzada frente a antígenos comunes del intestino y del epitelio folicular, como la citoqueratina 18.

Clínica

El PG es una enfermedad de curso rápidamente progresivo o crónico e indolente más frecuente en mujeres entre la 3ª y 5ª décadas de la vida, con una incidencia anual de 2 casos por año y millón de habitantes. La lesión característica es una o varias úlceras irregulares de 2 a 20 cm, purulentas, de bordes violáceos, sobreelevados y excavados en su vértice interno, con predilección por las extremidades inferiores y especialmente por la región pretibial, aunque pueden afectar cualquier zona del cuerpo. (Ilustración 1) (2).

Las lesiones comienzan como pústulas, vesiculopústulas, pápulas o nódulos eritematosos, y dolorosos, que en pocos días se ulceran, con exudación purulenta y hemorrágica, se necrosan se extienden centrífugamente, a veces a gran velocidad. Las úlceras drenan por tractos fistulosos pus o restos necróticos a través de orificios de aspecto cratiforme. (Ilustración 2) (2).

En ocasiones, la úlcera es tan profunda que expone tendones y músculos. Tras el tratamiento o de manera

espontánea tras un tiempo impredecible, las úlceras reepitelizan formando cicatrices atróficas, generalmente cribiformes. (2)

Se han descrito cuatro variantes clínicas de PG: El PG ulcerativo es la forma clásica y la más frecuente, descrita anteriormente. El PG pustuloso representa la forma abortiva del PG, en la que las pústulas no llegan a ulcerarse. Se suele asociar a Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) y a la forma clásica de PG. El PG ampolloso, asociado a menudo a leucemia y otros procesos mieloproliferativos, se caracteriza por ampollas hemorrágicas inflamatorias, dolorosas, menos destructivas en profundidad, localizadas en cara y extremidades superiores, que curan con una cicatriz superficial. El PG superficial granulomatoso es una variante superficial vegetante, crónica, poco agresiva, generalmente en tronco, sin bordes característicos ni fondo purulento que suele responder al tratamiento tópico. No suele asociarse a enfermedades sistémicas. (2)

Evaluación diagnóstica

Tratamiento

- Terapia local:

▶Compresas (salina, acetato de aluminio y ácido acético). Antibióticos: peróxido de benzoilo y sulfadiazina de plata. Corticoesteroides tópicos o intralesionales. Tacrolimus, cromoglicato y parches oclusivos de membrana coloidal.

- Terapia sistémica:

▶Generalmente se utilizan corticoesteroides sistémicos, a dosis de 60 a 80 mg por día vía oral, con incremento a 100 – 120 mg si no hay respuesta después de 10 días de tratamiento o bien metilprednisolona 1g/día IV por tres días.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Femenina de 37 años de edad quien es ingresada para su atención hasta el alta médica en el área de urgencias adultos en el cubículo aislado con diagnósticos iniciales de Necrosis dérmica tóxica y probable inmunosupresión con antecedentes: sexoservidora con protección aparentemente durante largo tiempo, adicta a cocaína, alcoholismo y tabaquismo positivo. Presento cuadro previo hace 1 mes igual al actual. El padecimiento actual lo inicia 3 días antes de presentarse a recibir atención médica con lesiones dérmicas en lóbulo de la oreja,

mejillas, brazos, tórax, piernas caracterizadas por manchas violáceas, de circunferencia necrótica, con ampulas y dolorosas. Signos vitales dentro de límites normales. Neurológicamente integra. Paciente que es valorada por el servicio de dermatología quien indica



Ilustración 3.- Mejoría de las lesiones

esteroides tópicos y concluye con el diagnóstico: Pioderma gangrenoso variedad granulomatosa superficial. Paciente que presenta mejoría posterior a tratamiento con Domeboro (acetato de calcio y sulfato de aluminio), egresada del servicio de Urgencias y derivada a la consulta externa de Dermatología.

Estudios de laboratorio

Representados en la siguiente tabla:

Leucocitos	2.7 (10 ³)	Hemoglobina	11:08
Hematocrito	37	Plaquetas	227 (10 ³)
Linfocitos #	0.7 (10 ³)	Monocitos #	0:20
Eosinófilos #	0	Basofilos #	0.03 (10 ³)
TP	12.7 seg.	Testigo TP	12.2 seg.
INR	1:00	TPT	29.3 seg.
Glucosa	130 mg/dl	BUN	6.0 mg/dl
Creatinina	0.7 mg/dl	Urea	13 mg/dl
Colesterol	165 mg/dl	Triglicéridos	151 mg/dl
TGO	27 U/L	TGP	38 U/L

Tabla 1

(V. Henderson)

Valoración de Enfermería. Necesidades

NECESIDAD	VALORACIÓN
Oxigenación	Frecuencia respiratoria dentro de límites normales, no se auscultan fenómenos agregados. Saturación de O ₂ >90%. Estructura torácica normal, expansión simétrica. Coloración de tegumentos normal salvo en el área de las lesiones en donde se observa aéreas necróticas y coloración violácea. La frecuencia cardíaca se encuentra en límites adecuados para su edad. No se auscultan soplos agregados.
Nutrición e hidratación	Piel turgente. Control de líquidos neutro. En la mucosa oral se aprecian lesiones ulcerativas dolorosas en la lengua. Abdomen blando, no doloroso, peristalsis presente.
Eliminación	Diuresis presente de características macroscópicas normales, volumen adecuado. Evacuaciones normales.
Moverse y tener una buena postura	La paciente se encuentra en posición libre. Aunque se limita en su movimiento ya que refiere "sensación de ardor y como si la quemaran" en las lesiones, por lo que evita hacer presión en las zonas con lesiones.
Descanso y sueño	Se encuentra consciente, orientada, Glasgow 15. Aunque la paciente refiere "sentirse muy cansada" y duerme durante el día.
Usar prendas de vestir adecuadas	Debido a las lesiones, se mantiene con ropa institucional. Se mantienen húmedas las gasas que cubren sus lesiones, con el medicamento tópico indicado por dermatología. Al egreso la paciente es capaz de portar su ropa habitual sin ninguna sintomatología. Se mantiene su individualidad y privacidad en todo momento.
Termorregulación	No existen alteraciones en la temperatura corporal del paciente. No existen alteraciones en la sensibilidad al frío o al calor.
Higiene y protección de la piel	Su higiene es adecuada. La paciente presenta lesiones ulcerativas en región cigomática derecha e izquierda. En brazo posterior derecho, y en antebrazo izquierdo; en región periumbilical, región pretibial de miembro inferior izquierdo. Las cuales presenta pústulas y flictenas, supurando líquido seroso y con aéreas necróticas. Presenta dudas acerca de las cicatrices que dejara esta enfermedad.
Evitar peligros / Seguridad	La paciente se encuentra inmunodeprimida, por lo se proporciona aislamiento protector. La paciente colabora adecuadamente al tratamiento proporcionado. Se encuentra bien orientada. La paciente refiere según la escala para medición del dolor Escala Visual Análoga (EVA) una puntuación de 8.
Comunicación	La paciente exterioriza adecuadamente las emociones y temores que representa esta condición patológica. Menciona el temor a quedar con marcas permanentes en cara. Cuenta con el apoyo de su círculo familiar quienes proporcionan un ambiente cálido y de aceptación a la paciente. Se relaciona adecuadamente con el entorno que la rodea.
Religión / Creencias	No es religiosa y no ha tenido cambios en sus prácticas. Su situación actual ha alterado su dinámica familiar, pero acepta que su enfermedad es curable, solo la desconcierta no conocer la causa. Da importancia a su estado de salud actual y colabora adecuadamente con su tratamiento. Aunque menciona el temor al encontrar alterada su imagen corporal y a que las lesiones no desaparezcan por completo.
Trabajo / realizarse	A pesar de que en el pasado trabajo como sexoservidora, en el momento de su Estancia Intrahospitalaria menciona que se dedica al hogar ya que cuenta con una pareja estable.
Actividades lúdicas	Sin alteración en este momento.
Aprender	Su nivel de educación es básico (primaria inconclusa), pero no presenta ningún problema para comprender y entender lo que sucede en su entorno. Desea mayor información sobre su padecimiento.

Tabla 2

(NANDA-NOC-NIC)(3) (4) (5) (6)

Diagnósticos de Enfermería

Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con alteración de la imagen corporal. (00153)	
NOC	NIC
<p><u>Autoestima (1205)</u> Valoración Inicial: 2 (raramente demostrado)</p> <p><u>Resolución de la aflicción (1304)</u> Valoración Inicial: 2 (raramente demostrado)</p> <p><u>Imagen Corporal (1200)</u> Valoración Inicial: 2 (raramente demostrado)</p>	<p><u>Apoyo en la toma de decisiones (5250)</u> Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones. Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa. Obtener el consentimiento válidamente informado. Respetar el derecho del paciente a recibir o no información. Proporcionar la información solicitada por la paciente. Servir de enlace entre el paciente y la familia.</p> <p><u>Aumentar el afrontamiento (5230)</u> Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal. Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel. Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. Facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. Tratar las consecuencias de comportarse con sentimientos de culpa y vergüenza.</p> <p><u>Control del humor (5330)</u> Evaluar el humor (signos, síntomas, historia personal inicialmente), sobre un patrón estándar regular, como progreso del tratamiento. Ayudar a que el paciente a mantener un ciclo normal de vigilia/sueño. Ayudar a que el paciente asuma una mayor responsabilidad en los autocuidados a medida que pueda hacerlo. Vigilar y fomentar el cumplimiento de la medicación por parte del paciente.</p> <p><u>Entrenamiento de la asertividad (4340)</u> Identificar las barreras a la afirmación (p. ej., estado de desarrollo y socialización de la mujer). Diferenciar entre conductas afirmativas, agresivas y agresivas – pasivas. Ayudar a identificar los pensamientos autoderrotistas.</p> <p><u>Potenciación de la autoestima (5400)</u> Observar las frases del paciente sobre su propia valía. Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios. Animar al paciente a identificar sus virtudes. Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas. Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse. Explorar las razones para la autocrítica o culpa. Observar los niveles de autoestima. Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.</p> <p><u>Potenciación de la imagen corporal (5220)</u> Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad. Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal. Observar la frecuencia de las frases de autocrítica. Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.</p>
<p>EVALUACIÓN (1205) 4 Frecuentemente demostrado. (1304) 5 Siempre demostrado. (1300) 4 Frecuentemente demostrado. La paciente verbaliza sentimientos de miedo y angustia respecto a su aspecto físico, pero mejoran al percatarse que las lesiones van desapareciendo sin dejar cicatriz.</p>	

Tabla 3

Dolor agudo relacionado con presencia de lesiones ulcerativas manifestado por la adopción de posición antialgica e informe verbal de dolor. (00132)	
NOC	NIC
<p><u>Control del dolor (1605)</u> Valoración Inicial: 2 raramente demostrado.</p> <p><u>Nivel de Comodidad (2100)</u> Valoración Inicial: 1 nunca demostrado.</p> <p><u>Nivel del Dolor (2102)</u> Valoración Inicial: 2 raramente demostrado.</p>	<p><u>Administración de analgésicos (2210)</u> Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia. Instruir al paciente para que solicite la medicación según necesidades para el dolor antes de que éste sea severo. Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.</p> <p><u>Manejo del dolor (1400)</u> Observar claves no verbales de molestias. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, humor). Explorar con el paciente los factores que alivian / empeoran el dolor. Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales. Seleccionar y desarrollar medidas que faciliten el alivio del dolor.</p>
<p>EVALUACIÓN (1605) 5 Siempre demostrado. (2100) 5 Siempre demostrado. (2102) 4 Frecuente demostrado. La paciente refiere la disminución del dolor utilizando la Escala Visual Análoga (EVA) 8 a una EVA 3-2 puntos.</p>	

Tabla 4

Riesgo de infección relacionado con rotura de la piel y leucopenia. (00004)	
NOC	NIC
<p><u>Estado inmune (0702)</u> Valoración Inicial: 1 nunca demostrado.</p> <p><u>Severidad de la infección (0703)</u> Valoración Inicial: 2 raramente demostrado.</p>	<p><u>Control de infecciones (6540)</u> Colocar tarjetas de precaución de aislamiento designado. Mantener técnicas de aislamiento. Limitar el número de visitas. Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente. Poner en práctica precauciones universales. Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de líneas centrales a pie de cama. Cambiar los sitios de línea IV periférica de acuerdo con los consejos actuales de la CDC. Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al cuidador.</p> <p><u>Protección contra las infecciones (6560)</u> Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. Vigilar el recuento de la fórmula blanca y los resultados diferenciales. Seguir las precauciones propias de una neutropenia. Realizar técnicas de aislamiento. Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas lesionadas.</p>
<p>EVALUACIÓN (0702) 4 frecuentemente demostrado. (0703) 4 frecuentemente demostrado. La paciente no presenta datos de infección oportunista durante su estancia intrahospitalaria. La paciente comprende la importancia y beneficios de las actividades emprendidas para su cuidado.</p>	

Tabla 5

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteración de la piel manifestado por la presencia lesiones vesiculopústulosas, eritematosas, necróticas y dolorosas. (00046)

NOC	NIC
<p><u>Curación de la herida: por segunda intención (1103).</u> Valoración Inicial: 1 nunca demostrado.</p>	<p><u>Cuidado de las heridas (3669)</u> Controlar las características de la lesiones, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. Limpiar con solución salina normal o un agente específico. Aplicar un ungüento adecuado a la piel según prescripción. Inspeccionar las lesiones cada vez que se realiza las curaciones. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en las lesiones. Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas. Enseñar al paciente los procedimientos de cuidado de las lesiones. Enseñar al paciente los signos y síntomas de infección. <u>Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3484)</u> Realizar la limpieza con jabón antibacteriano. Aplicar el ungüento indicado. Abstenerse de administrar calor local. Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. Inspeccionar diariamente la piel si existe riesgo de pérdida de integridad de la misma. Registrar el grado de afectación de la piel. <u>Vigilancia de la piel (3590)</u> Valorar el estado del sitio de las lesiones. Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel. Vigilar el color de la piel. Instaurar medidas para evitar mayor deterioro. <u>Irrigación de las heridas (3680)</u> Explicar el procedimiento al paciente mediante preparación sensorial. Proteger las ropas del paciente para que no se ensucien con la solución de irrigación (Domeboro). Colocar al paciente de forma tal que la solución de irrigación pueda ser recogida por un recipiente, dependiendo de la ubicación de las lesiones. Mantener un campo estéril durante el procedimiento de irrigación. Instilar la solución de irrigación lentamente, llegando a todas las zonas pertinentes. Limpiar y secar la zona alrededor de las lesiones después del procedimiento. Observar periódicamente el progreso del tejido lesionado. Informar al médico de cualquier signo de infección y/o necrosis.</p>
<p>EVALUACIÓN (1103) 4 Frecuentemente demostrado. La paciente posterior a la aplicación de Domeboro presenta una mejoría significativa en sus lesiones y comienza el proceso de regeneración dérmica.</p>	

Tabla 6

Deterioro de la integridad tisular manifestado por la presencia de úlceras en la mucosa oral. (00044)	
NOC	NIC
<p><u>Integridad Tisular: piel y membranas mucosas. (1101)</u> Valoración Inicial: 1 nunca demostrado.</p>	<p><u>Mantenimiento de la salud bucal (1710)</u> Establecer una rutina de cuidados bucales. Animar y ayudar al paciente a lavarse la boca. Observar si las lesiones disminuyen o incrementan.</p>
<p>EVALUACIÓN (1101) 4 frecuentemente demostrado. La mucosa oral de la paciente presenta mejoría y las ulceraciones se van reduciendo, por lo que mejora su apetito y las molestias al comer.</p>	

Tabla 7

CONCLUSIONES

El Pioderma Granulomatoso es una entidad patológica poco estudiada y con una incidencia realmente baja, se desconocen sus factores etiológicos y fácilmente se confunde con otras patologías. El personal de enfermería es la punta de lanza en los servicios de Urgencias por lo que el aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) unificamos los lenguajes enfermeros, se aumenta la calidad de atención al sentar una base sólida que permitirá evaluar de una manera holística al paciente, proporciona uniformidad y continuidad a los cuidados establecidos, favorece el autocuidado y asegura la atención integral del paciente. El uso del PAE favorece el ahorro de tiempo, la uniformidad, y si se aplica adecuadamente establece una garantía de calidad en el cuidado enfermero que es una de nuestras metas en el Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”.

BIBLIOGRAFÍA

- Halabe C J, Muñiz, G. A. Ejercicio Clínico Patológico “Dolor abdominal difuso, febrícula, náusea, malestar general y dermatosis ulcerativa”. [en línea]. 1ª ed. México, D. F. Gaceta Médica de México, Vol. 143, No. 5, 2007. <http://www.anmm.org.mx/vox_medica/2007/n5/Vox_Medica_5_2007_13-15.pdf> [Consulta: 29 de Noviembre de 2008].
- Rodríguez P J, Azorín D., Domínguez D. Dermatología: Correlación clínico – patológica. [en

- línea]. 1ª ed. Guatemala, C. A. Laboratorios Menarini Centro América y el Caribe, 2006. <<http://www.e-dermatosis.com/pdf-zip/Dermal21.pdf>> [Consulta: 29 de Noviembre de 2008].
- Herdman T H, Heath C, Meyer G, Scroggins L, Vassallo B. NANDA I. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2007 - 2008. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier. 2008.
- McCloskey D J, Bulechek G M, et al. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid: Elsevier. 2005.
- Carpenito L. J. Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. Madrid: Interamericana. 2003.
- Jhonson M, Bulechek G M, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. España. Elsevier. 2007.