

Proceso del cuidado enfermero aplicado a lactante con síndrome obstructivo bronquial agudo

Nursing care process applied to an infant with acute bronchial obstructive syndrome

Processo de cuidado de enfermagem aplicado a um lactente com síndrome obstrutiva brônquica aguda

Elisa Nicole Beltran Fano¹

Juan Esteban Rojas Trujillo¹

Luis Miguel Camarena Chamaya¹

<https://orcid.org/0000-0002-1170-5378>

<https://orcid.org/0000-0002-8886-8618>

<https://orcid.org/0000-0002-0147-5011>

Resumen

Objetivo: Brindar observaciones de enfermería para corregir el síndrome obstructivo bronquial agudo. **Caso clínico:** Lactante de 7 meses, al examen físico presenta temperatura de 38,4 °C, Sat. O₂: 97 %, FR: 35 rpm, FC: 110 lpm, P/A: 90/60 mm hg, presencia de dificultad respiratoria, tiraje intercostal leve, respiración sibilante, tos productiva, hipertermia, inapetente. **Método:** El estudio es de enfoque cualitativo y método de caso clínico único. El caso clínico se realizó en una clínica en el mes de abril, utilizando el marco teórico de valoración de Marjory Gordon y la taxonomía NANDA-NOC-NIC. **Resultados:** La evolución del paciente lactante fue desfavorable presentando temperatura de 38,4 °C hipertermia. **Conclusiones:** En el primer diagnóstico enfermero, la puntuación fue +2, los objetivos planteados no se alcanzaron y solo 10 % fueron parcialmente alcanzados. En el segundo diagnóstico enfermero, se alcanzó un puntaje de +3, los objetivos fueron parcialmente alcanzados. En el tercer diagnóstico enfermero, los objetivos planteados no fueron alcanzados. El paciente presentaba dificultad respiratoria, tiraje intercostal leve, respiración sibilante, tos productiva, hipertermia, inapetente.

Palabras clave: enfermería, bronquial agudo, lactante menor

Abstract

Objective: To provide nursing observations to correct acute bronchial obstructive syndrome. **Clinical case:** 7-month-old infant, on physical examination, presents a temperature of 38.4 °C, Sat. O₂: 97 %, RF: 35 rpm, HR: 110 bpm, P/A: 90/60 mm Hg, presence of respiratory distress, mild intercostal retractions, wheezing, productive cough, hyperthermia, loss of appetite. **Method:** The study has a qualitative approach and a single clinical case method. The clinical case was carried out in a clinic in April, using Marjory Gordon's theoretical assessment framework and the NANDA-NOC-NIC taxonomy. **Results:** The evolution of the lactating patient was unfavorable, presenting a temperature of 38.4 °C hyperthermia. **Conclusions:** In the first nursing diagnosis, the score was +2, the objectives set were not achieved and only 10 % were partially achieved. In the second nursing diagnosis, a score of +3 was reached, and the objectives were partially achieved. In the third nursing diagnosis, the stated objectives were not achieved. The patient presented respiratory distress, mild intercostal retractions, wheezing, productive cough, hyperthermia, and loss of appetite.

Keywords: nursing, acute bronchial, minor infant

¹Universidad Norbert Wiener (UPNW). Lima, Perú

Resumo

Objetivo: Fornecer observações de enfermagem para correção da síndrome obstrutiva brônquica aguda. **Caso clínico:** Lactente de 7 meses, o exame físico apresenta temperatura de 38,4 °C, Sat. O₂: 97 %, RF: 35 rpm, FC: 110 bpm, P/A: 90/60 mmHg, presença de desconforto respiratório, retrações intercostais leves, sibilos, tosse produtiva, hipertermia, inapetência. **Método:** O estudo tem abordagem qualitativa e método de caso clínico único. O caso clínico foi realizado em uma clínica no mês de abril, utilizando o referencial teórico de avaliação de Marjory Gordon e a taxonomia NANDA-NOC-NIC. **Resultados:** A evolução da paciente lactante foi desfavorável, apresentando temperatura de 38,4 °C hipertermia. **Conclusões:** No primeiro diagnóstico de enfermagem a pontuação foi +2, os objetivos estabelecidos não foram alcançados e apenas 10 % foram alcançados parcialmente. No segundo diagnóstico de enfermagem, atingiu-se a pontuação de +3, os objetivos foram parcialmente alcançados. No terceiro diagnóstico de enfermagem, os objetivos declarados não foram alcançados. O paciente apresentava desconforto respiratório, retrações intercostais leves, sibilos, tosse produtiva, hipertermia, inapetência.

Palavras-chave: enfermagem, brônquio agudo, lactente menor

Introducción

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son responsables de la muerte de más de 4 millones de niños por año, por esa razón es la principal causa de consultas pediátricas en atención primaria y en servicio de urgencias. Esta enfermedad se produce en el aparato respiratorio, es causada por diferentes microorganismos, ya sea por bacterias o por virus, es una de las infecciones más frecuentes en el mundo, ya que comienza como un resfriado común, pero se va agravando dependiendo del estado de la persona, llegando a complicarse hasta producir neumonías, otitis y sinusitis.¹

El síndrome de obstrucción bronquial se caracteriza por presentar taquipnea, aumento de la frecuencia respiratoria, constricción (contracción del pecho) y sibilancias. Cuando la imagen se repite 3 o más veces, se le puede llamar SBO recurrente (SBOR) o silbido infantil. Aunque las sibilancias son la principal manifestación del asma, solo un pequeño porcentaje de niños con OBS desarrollarán asma más adelante en la vida. Varias series describen que hasta el 50 % de los niños antes de los tres años experimentaron uno o más síntomas de sibilancias en algún momento de su desarrollo.²

La obstrucción inflamatoria de las vías respiratorias es una enfermedad que ataca a niños menores de 2 años, generalmente, causada por el virus sincitial respiratorio (VSR), caracterizada por infecciones del tracto respiratorio superior y, en general, por la dificultad para respirar y sibilancias. La enfermedad tiene importantes consecuencias en todo el mundo, provocando más de 90 000 hospitalizaciones y 4500 muertes al año.³

En los últimos 20 años, se ha presenciado un aumento de la incidencia de asma y enfermedades alérgicas en países no automatizados (principalmente en niños menores de 15 años). Entre estos se encuentran los factores ambientales asociados con los «estilos de vida modernos», aunque los mecanismos involucrados aún no están claramente definidos. Los avances en el conocimiento de la fisiopatología de la SBOR y el asma infantil están intentando esclarecer las causas de este fenómeno, así como identificar posibles medidas para una prevención eficaz.⁴

Los bebés tienen episodios frecuentes de sibilancias durante la alimentación, cuyo cuadro clínico se recupera espontáneamente con el paso de los años. Poseen excelentes vías respiratorias estrechas, por lo que tienen sibilina contra infecciones virales hasta los 3 años. Por lo general, no se asocia con antecedentes de asma, alergias, eosinofilia o niveles elevados de inmunoglobulina E (IgE), pero se asocia con bebés prematuros o exposición de hermanos que asisten a guarderías.⁵

El virus sincitial respiratorio (VSR) provoca una enfermedad respiratoria aguda en pacientes de todas las edades, provocando síntomas de infección que afectan a las vías respiratorias bajas durante toda

la vida. En bebés y niños pequeños, la bronquiolitis es una de las principales causas de bronquiolitis y neumonía. Tienen una función pulmonar deficiente desde el nacimiento y no alcanzan el nivel de los niños que nunca tienen sibilancias hasta la edad de 6 años. Los niños que no presentan signos de hiperactividad bronquial en este momento tienen una alta tasa de supervivencia, y cuanto más joven es el niño, este síntoma corresponde a un diagnóstico alternativo y no es debido al asma.⁶⁻⁷

Es probable que los diagnósticos diferenciales, y quizás las diferencias, sean que las sibilancias recurrentes no comparten el mismo mecanismo patológico. Así, según los fenotipos observados por Martínez, en el grupo de niños con sibilancias transitorias o sibilancias persistentes que no desaparecen (los niños se caracterizan por sibilancias en presencia de un virus), los ataques parecen estar más relacionados con la geometría de las vías aéreas o con la presencia de un aumento transitorio correspondiente en la reactividad bronquial en comparación con el proceso inflamatorio crónico que se observa en el asma.⁸

Para apoyar un diagnóstico de asma, es necesario excluir un posible diagnóstico diferencial de SBOR. Las causas de las sibilancias en los niños pueden clasificarse ampliamente, incluida la inflamación (asma, fibrosis quística, displasia broncopulmonar, neumonía crónica), enfermedad por reflujo gastroesofágico, alergias y defectos de nacimiento (anillo, quistes bronquiales, etc.), presión interna y externa de neumonía.⁹

El diagnóstico apoyó una disminución del FEV₁ y la presencia de hipersecreción bronquial con respuesta positiva a broncodilatadores, debido a las dificultades que presenta este grupo. La Asociación Argentina de Pediatría ha coordinado un consenso nacional para el diagnóstico y manejo de esta patología. Con dos puntos finales primarios y dos puntos finales secundarios, el IPA mostró un valor predictivo positivo para el asma persistente del 47,5 % al 51,5 %, durante un período de 6 a 13 años.¹⁰

El primer objetivo del tratamiento temprano del asma es aliviar los síntomas agudos. Sin embargo, el segundo método, potencialmente más importante a largo plazo, es reducir el daño causado por la inflamación en los pulmones y las vías respiratorias, lo que puede tener un efecto negativo en la diferenciación de tejidos, con cambios que prolongan el asma.¹¹

Se destaca la importancia de identificar al niño que se volverá asmático para que siga un tratamiento preventivo, separándolo del niño que se aliviará de los síntomas con la edad. En general, en los casos de sibilancias secundarias a otras condiciones, se debe tratar la enfermedad primaria; por el contrario, en personas con sibilancias transitorias y persistentes que no desaparecen, se deben tratar los síntomas solo durante los episodios.¹²

La enfermedad obstructiva de las vías respiratorias es un motivo importante de consulta y hospitalización, sin embargo, el manejo de los episodios agudos no ha sido estandarizado, a pesar de la gran cantidad de pacientes con esta afección, no así su real ocurrencia y curso clínico, características, epidemiología y gravedad de problemas.¹³

Las características anatómicas y funcionales del sistema respiratorio en la infancia producen sibilancias. Entre estas condiciones que predisponen a los niños pequeños a las sibilancias se encuentran: un tamaño más pequeño de las vías respiratorias, cartílago menos uniforme en las vías respiratorias, menos rotación lateral y una mayor frecuencia de broncoconstricción no especificada, en una serie de otras enfermedades.¹⁴

El SBO agudo, en la mayoría de los casos, responde a una infección respiratoria (bronquiolitis o neumonía), o puede ser la primera manifestación (o exacerbación) del SBO recurrente. La inconsistencia en las características de los pacientes con SBO ha llevado a la confusión en los resultados de trabajo respecto a la evaluación de las respuestas al tratamiento, como las destinadas a evaluar aspectos del desarrollo.¹⁵

Método

El método de investigación es un estudio de caso clínico único y de enfoque cualitativo, que se realizó en el Servicio de Pediatría en el mes de mayo, donde se utilizó como marco teórico la valoración de Marjory Gordon. Para la culminación de la recolección de datos del paciente pediátrico se utilizaron las nomenclaturas taxonómicas NANDA décima edición, donde se encontraron distintos diagnósticos de acuerdo al malestar de nuestro paciente pediátrico; con los resultados sacados con la taxonomía Nursing outcomes classification NOC sexta edición, se describieron los resultados del paciente a través de una adecuada medición de enfermería; por último, con el criterio de evaluación mediante la taxonomía NIC séptima edición, se encontraron las intervenciones de la atención de enfermería, con el fin de realizar un procedimiento efectivo ante el diagnóstico del paciente, ya que se basa en el conocimiento científico y juicio clínico que realizará el personal de salud.¹⁶⁻¹⁸

Caso clínico

Paciente con iniciales A. J. C. lactante, de 7 meses de edad, con peso de 6,800 kg y 59 cm de talla, es llevado el día 07 de abril del 2022 por su madre a urgencia pediátrica, ya que él bebe presenta cuadros frecuentes de tos y fiebre de 39,9 °C.

La mamá del paciente refiere: «dificultad para respirar y pasar sus alimentos», «bajo de peso», «su pecho suena mucho al toser», «no puede dormir y llora mucho».

Se le observa al paciente con temperatura elevada de 38,4 °C, agitado, con llanto, cuadros de tos frecuente, con ojeras y bajo de peso.

Valoración de enfermería

Patrón I

Percepción-manejo de la salud: no evaluable.

Patrón II

Nutricional-metabólico: presenta dificultad al pasar alimentos. Tiene drenajes urinarios. Peso: 6,800 kg. Talla: 59 cm, constitución normal.

Patrón III

Eliminación vesical: no evaluable.

Patrón IV

Actividad y ejercicios: no evaluable.

Patrón V

Sueño-descanso: inadecuado, con problemas de dormir, se despierta de 2 a 3 veces por la noche.

Patrón VI

Perceptivo-cognitivo: escala de Glasgow de 15 puntos: RO: (4) RV (5) RM: (6). Presenta dolor según EVA 7/10 al cambio de sonda periódicamente.

Patrón VII

Autopercepción-autoconcepto: no evaluable.

Patrón VIII

Rol-relaciones: paciente pediátrico, dependiente de sus padres, la reacción de la familia ante la enfermedad es de apoyo y preocupación, relación entre familiares adecuada.

Patrón IX
Sexualidad-reproducción: no evaluable.

Patrón X
Adaptación-tolerancia al estrés: no evaluable.

Patrón XI
Valores-creencias: católico

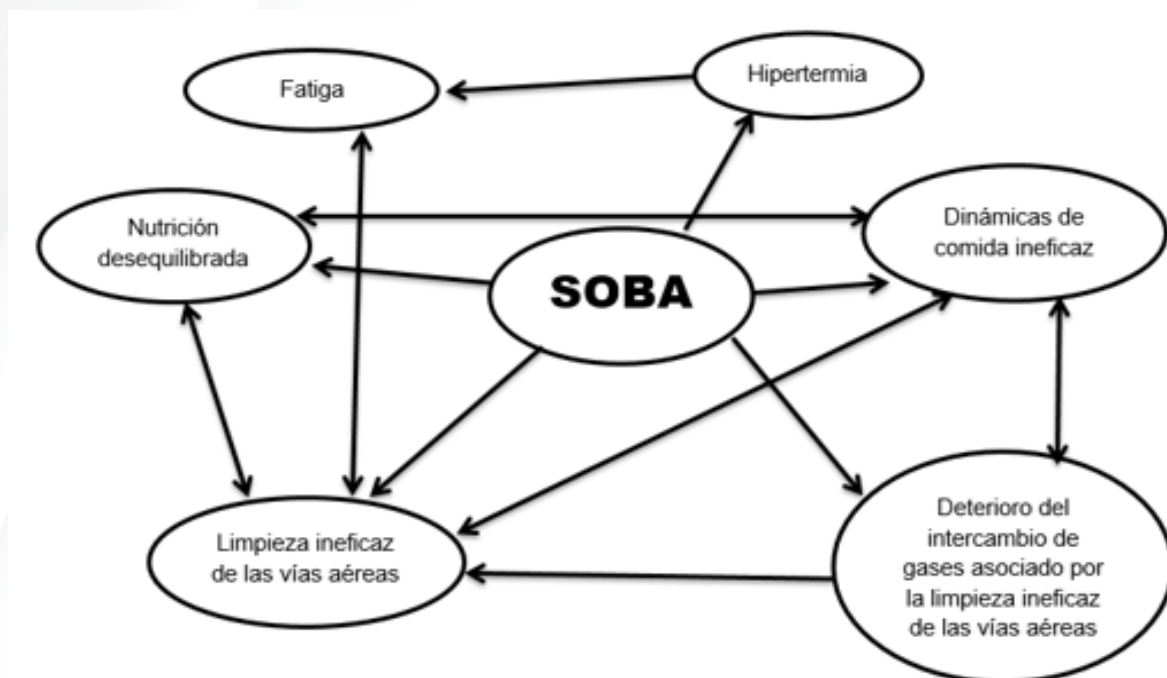
Priorización de diagnósticos enfermería

(00007): Hipertermia relacionada con la deshidratación, evidenciada por piel caliente al tacto, temperatura aproximadamente de 38,4 °C (tabla 1).

(00030): Deterioro del intercambio de gases relacionado por la limpieza ineficaz de las vías aéreas evidenciado por mucosidad visible (tabla 2).

(00270): Dinámica de comidas ineficaz del niño relacionado por bajo de peso 1,300 kg / abdomen blando predecible a la palpación en la zona epigástrica (tabla 3).

Figura 1
Red del razonamiento clínico: modelo AREA



Después de identificar los diagnósticos de enfermería (DE) más comunes, se observó su relación con las enfermedades inherentes al proceso de enfermedad saludable. Entre ellos, destacamos el deterioro del intercambio gaseoso asociado a una depuración ineficaz de las vías respiratorias. Este diagnóstico tiene una relación causal con una dinámica de alimentación ineficaz y una limpieza de las vías respiratorias ineficaz, y una relación con el desequilibrio alimentario en niños pequeños. El DE es hipertermia causada por cambios en la temperatura corporal y fatiga. Tiene una relación causal con la dinámica de las comidas ineficaces, una dieta que no corresponde a las necesidades del organismo. Estas relaciones

se han identificado en pacientes debido a problemas por cambios respiratorios y fatiga. Esta DE tiene una relación causal con la limpieza ineficaz y cansada de las vías respiratorias.

Tabla 1
Plan de cuidados de diagnóstico enfermero: (00007) hipertermia

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
Hipertermia relacionada con la deshidratación, evidenciada por piel caliente al tacto, temperatura aproximadamente de 38,4 °C	0800 Termorregulación	3786 Tratamiento de la Hipertermia	0800 Termorregulación
	080019 Hipertermia G S M L N 1 2 3 4 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 4	Actividades 3786.01 Monitorizar los signos vitales. 3786.02 Aligerar las cubiertas-ropas.	080019 Hipertermia G S M L N 1 2 3 4 5 puntuación cambio: +2
		3786.03 Administrar medicamentos antipiréticos según indicación médica.	
		3786.04 Proporcionar una solución de rehidratación.	
		3786.05 Registrar en historia clínica	

Fuente: Elaboración propia con base en las taxonomías Nanda, Noc, Nic, basado en Herdman (2021). p.563; Moorhead (2021). p. 581; Butcher (2021). p. 428.

Tabla 2

Plan de cuidados de diagnóstico enfermero: (00030) deterioro del intercambio de gases

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
Deterioro del intercambio de gases relacionado por la limpieza ineficaz de las vías aéreas evidenciado por mucosidad visible.	0410 Estado respiratorio 041019 TOS G S M L N 1 2 3 4 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 4	3350 Monitorización respiratoria Actividades 3350.01 Monitorizar los signos vitales. 3350.02 Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad, y esfuerzo de las respiraciones. 3350.03 Vigilar las secreciones respiratorias del paciente. 3350.04 Instaurar tratamiento de terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesario. 3350.05 Registrar en historia clínica.	0410 Estado respiratorio 041019 TOS G S M L N 1 2 3 4 5 puntuación cambio: +2

Fuente: Elaboración propia con base en las taxonomías Nanda, Noc, Nic, basado en Herdman (2021). p.286; Moorhead (2021). p.403; Butcher (2021). p.347.

Tabla 3
Plan de cuidado diagnóstico enfermero: (00270) dinámica de comidas ineficaz del niño

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
Dinámica de comidas ineficaz del niño relacionado por bajo de peso 1,300 kg / abdomen blando predecible a la palpación en la zona epigástrica.	1015 Función gastrointestinal	1160 Monitorización nutricional	1015 Función Gastrointestinal
	101513 Dolor abdominal G S M L N 1 2 3 4 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5	Actividades 1160.01 Monitorizar la ingesta calórica y dietética. 1160.02 Identificar los cambios recientes de apetito y actividad. 1160.03 Identificar los cambios recientes del peso corporal. 1160.04 Pesar al paciente. 1160.05 Registrar en historia clínica.	101513 Dolor abdominal G S M L N 1 2 3 4 5 Puntuación cambio: +2

Fuente: Elaboración propia con base en las taxonomías Nanda, Noc, Nic, basado en Herdman (2021). p.238; Moorhead (2021). p. 410; Butcher (2021). p. 346.

Discusión

En este estudio realizado, de acuerdo con la situación clínica utilizada, los pacientes de enfermería diagnosticados con SOBA (síndrome bronquial obstructivo agudo) fueron incluidos en la identificación de las intervenciones de enfermería, que fueron implementadas de manera integral y sistemática para verificar esas limitaciones. Los resultados se refieren a los objetivos planteados inicialmente, para mejorar el bienestar del paciente y reducir la complejidad de la enfermedad, mediante la implementación de los cuidados y las intervenciones necesarias. Los siguientes resultados indican el porcentaje esperado de resultados al realizar intervenciones de enfermería.

Según el análisis de los datos obtenidos durante el primer diagnóstico de enfermería, la hipertermia durante la primera intervención fue del 50 % durante la implementación; mientras que, el 50 % está en proceso de optimización. NANDA International define la hipertermia como estar por encima de la temperatura corporal normal debido a una termorregulación inadecuada.⁹

De acuerdo con los resultados del análisis de los datos de la segunda enfermera, en el diagnóstico alteración del intercambio de gases durante la operación, el 70 % ocurrió en el paciente y el 30 % estaba en curso. Según la definición internacional NANDA, define la alteración del intercambio gaseoso como aumento o disminución de oxígeno y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo-capilar.⁹ Las infecciones respiratorias son causadas principalmente por virus, aunque también pueden ser bacterias o parásitos, que se transmiten de persona a persona a través de la saliva que tosemos o estornudamos.¹

Según el análisis de datos del tercer diagnóstico de enfermería, ocurren movimientos de alimentación del bebé ineficaces, lo que ayuda a la paciente a mejorar. Según NANDA internacional, identifica actitudes y comportamientos nutricionales cambiantes en los niños que conducen a hábitos de alimentación excesiva o insuficiente y ponen en peligro la salud nutricional.⁹

Conclusiones

El proceso de atención de enfermería se realizó con planes de cuidado individualizados e intervenciones basadas en respuestas humanas y contexto biopsicosocial del usuario. Se cubrieron las necesidades del paciente lactante a través de cuidados enfermeros de manera segura y eficaz. Después de la recolección de datos, se emitieron juicios clínicos basados en el diagnóstico de enfermería y se organizó el plan de cuidados haciendo uso de las taxonomías NANDA-NIC-NOC. La taxonomía de resultados se procesó en dos momentos: una primera evaluación inicial y otra posintervención como logro NOC, en los cuales se consideró las escalas de Likert de 1 al 5, de acuerdo a los indicados en cada resultado.

Se indicaron 3 diagnósticos de enfermería prioritarios, donde los objetivos recomendados se alcanzaron según la siguiente puntuación:

En el primer diagnóstico enfermero, (00007) hipertermia, tuvo como indicaciones NOC a la temperatura con puntuación 3, su puntuación de cambio posintervención fue de +2, obteniendo un puntaje final de 5. El segundo diagnóstico, (00030) deterioro del intercambio de gases, tuvo como indicaciones NOC a la temperatura con puntuación 2, su puntuación de cambio posintervención fue de +2, obteniendo un puntaje final de 4. El tercer diagnóstico del enfermero, (00270) dinámica de comidas ineficaz del niño, tuvo como indicaciones NOC a la temperatura con puntuación 3, su puntuación de cambio posintervención fue de +2, obteniendo un puntaje final de 5.

Referencias

1. Salud S. Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) [Internet]. gob.mx. [citado el 27 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx>
2. Moreno LB. Síndrome Bronquial Obstructivo Agudo [Internet]. Edu.ar. [citado el 30 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicapediatrica.fcm.unc.edu.ar>
3. Macri C, Teper A. Enfermedades Respiratorias Pediátricas. Mc Graw Hill. Interamericana. 1.a Edición, 2003; 23:201-206 y 70:667-676
4. Avila MM, Carballal G, Salomon H et al. Etiología de las infecciones agudas del tracto respiratorio inferior en niños menores de 5 años en la ciudad de Buenos Aires. Infect Microbiol Clin. 1990; 2(2):6-17
5. Matamoros DM, Chaves Tomé F, Meléndez J, Scheib Calderón A, Ramón Valenzuela J. Síndrome Bronquial Obstructivo (S. B. O.) Resultados de un manejo protocolizado [Internet]. Bvs.hn. [citado el 30 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.bvs.hn>
6. Ginés Gonzalez García, Rosso G, Leibovich A, Azzarini L. Programa de Hospitalización Abreviada para el Síndrome Bronquial Obstructivo en niños menores de 5 años. Ministerio de Salud de la Nación, 2002; 1-19

7. Mizunuma MAP. *sintesis.med.uchile.cl-Síndrome bronquial obstructivo* [Internet]. Uchile.cl. [citado el 30 de junio de 2022]. Disponible en: <https://sintesis.med.uchile.cl>
8. Maffey A. 2003. *Clínica de las infecciones por virus respiratorios*. En Macri C, Teper A. *Enfermedades Respiratorias Pediátricas*. 1.a ed. McGraw Hill. Buenos Aires; 201-7
9. *Bronquitis obstructiva* [Internet]. Top Doctors. [Citado el 2 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.topdoctors.es>
10. Blanco L. *Síndrome Bronquial Obstructivo Agudo*. 2016. [Citado el 4 de julio de 2022]; Disponible en: <https://www.academia.edu>
11. Moreno LB. *Síndrome Bronquial Obstructivo Agudo* [Internet]. Edu.ar. [citado el 4 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicapediatrica.fcm.unc.edu.ar>
12. Boyce T G, Mellen B, Mitchel E, Jr, Wriht P, and Griffin M. 2000. Rates of hospitalization for respiratory syncytial virus infection among children in Medicaid. *J of Pediatrics*; 137; 6:865-870
13. Ferrero FC, Gonzalez Pena H, Ossorio MF, Grenoville M. 1994 *Consenso sobre infecciones respiratorias agudas bajas en 10 menores de 2 años. Recomendaciones para su manejo*. *Arch Arg Pediatr*.1996; 91:274-87
14. Maffey A. 2003. *Clínica de las infecciones por virus respiratorios*. En Macri C, Teper A. *Enfermedades Respiratorias Pediátricas*. 1.a ed. McGraw Hill. Buenos Aires; 201-7.
15. Nanda International. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2021-2023* [Internet]. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. Elsevier; 2021 [citado el 26 de junio de 2022]. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es>
16. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Mass M. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 6.a ed. Barcelona-España: El Sevier; 2018, 668.
17. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wahner C. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7.a ed. Barcelona-España: El Sevier; 2018, 506.

Correspondencia

a2021101025@uwiener.edu.pe

Fecha de recepción: 4/7/2022

Fecha de aceptación: 22/7/2022