



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA
APLICADO EN PACIENTE CON
QUEMADURA EN EL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES 2019**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER
EN ENFERMERÍA**

Autora:

Bach. Rodrigo Niquen, Rosa Sebastiana

Asesor:

MSc. Juan Miguel Velásquez Caro

Línea de investigación:

Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana.

Pimentel - Perú

2019

**PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA APLICADO A
PACIENTE CON QUEMADURA EN EL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES 2019**

PRESENTADO POR:

RODRIGO NIQUEN ROSA SEBASTIANA

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán

Para optar el grado:

ACADÉMICO DE BACHILLER EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mg. Perleche Fuentes Gladys Del Rosario
Presidenta

Mg. Villafranca Velásquez Rosa Luz
Secretaria

Mg. Mendoza Mundaca Laura Socorro
Vocal

DEDICATORIA

Al único y sabio Dios mi Salvador, que, con su infinito amor, me da fuerza y voluntad para seguir adelante y cumplir mis mayores anhelos como continuar exitosamente mis estudios y culminar mi informe de investigación.

A mi abuela: Marina que con su apoyo constante en esta mi formación profesional estuvieron presentes en mi vida universitaria; también por los valores y principios inculcados con mucho amor, perseverancia y empeño.

A mis hijos: Sebastian y William porque son el motor más importante en mi vida para ser un ejemplo para ellos.

A mi esposo William por su apoyo incondicional en el transcurso de mi carrera universitaria por compartir momentos de alegría, tristeza y demostrarme que siempre puedo contar con él.

Rosa Sebastiana

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Señor de Sipán por la formación académica durante mi vida profesional.

A los profesores de la Universidad por impartir sus conocimientos cada día.

Al jurado evaluador por sus valiosos aportes.

Al Hospital Regional Docente las Mercedes, por permitirme realizar el proceso de enfermería.

Rosa Sebastiana

RESUMEN

El proceso de atención en enfermería es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un método científico realizado por un profesional de enfermería. El siguiente proceso de atención de enfermería se realizó en un hospital nivel 2-II, a un adulto maduro de sexo masculino de 49 años de edad, con diagnóstico médico: quemadura por fuego directo en espalda, brazo derecho y miembro inferior izquierdo de II grado profundo y III grado. El modelo teórico que sustenta este proceso es el cuidado de Jean Watson fundamentado en la taxonomía NANDA – NOC – NIC. Con los principales diagnósticos: (00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c lesión por agente químico (quemadura) e/p quemadura de II y III grado, (00004) Riesgo de infección r/c miembro superior derecho vía periférica permeable perfundiendo cloruro al 9%+amikacina 1g (procedimientos invasivos). El presente informe de proceso de atención de enfermería se realizó con paciente con quemadura por fuego directo en espalda brazo derecho y miembro inferior derecho de II grado profundo y III grado, fractura de tibia y peroné; cuyo propósito fue detectar e identificar problemas reales o potenciales del paciente y así evitar posibles complicaciones. Según Jean Watson, nos dice que el cuidado comprende de factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas, mostrándose con el amor brindado que como profesionales procedemos al amor y cuidado a los demás.

Palabras claves: Proceso de atención de enfermería, Jean Watson, quemadura, fractura y cuidado de enfermería.

ABSTRACT

The nursing care process is a systematic method of providing efficient humanistic care focused on achieving expected results, based on a scientific method performed by a nursing professional. The following nursing care process was carried out in a hospital level 2-II, to a mature adult male of 49 years of age, with medical diagnosis: direct fire burn in back, right arm and left lower limb of II degree Deep and III degree. The theoretical model that underpins this process is the care of Jean Watson based on the taxonomy NANDA - NOC - NIC. With the main diagnoses: (00046) Deterioration of the skin integrity r / c chemical damaging agent e / p burn of II and III degree, (00004) Risk of infection r / c right upper limb permeable peripheral route perfusing 9% chloride + 1g amikacin (invasive procedures). The present nursing care process report was carried out with a patient with a direct fire burn in the back of the right arm and right lower limb of II deep degree and III degree, tibia and fibula fracture; whose purpose was to detect and identify real or potential patient problems and thus avoid possible complications. According to Jean Watson, it tells us that care includes factors of care that result from satisfying certain human needs, showing with the love provided that as professionals we proceed to love and care for others.

Keywords: Nursing care process, Jean Watson, burn, fracture and nursing care.

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
I.-INTRODUCCIÓN	1
1.1. Valoración de enfermería	2
1.2. Valoración por dominios	3
1.3. Formulación de diagnóstico según NANDA	7
1.4. Análisis de confrontación	8
II. MATERIAL Y MÉTODO	13
2.1. Instrumentos utilizados en la recolección de datos	13
2.2. Criterios éticos	14
2.3. Planificación NIC	15
III. RESULTADO Y DISCUSIÓN	27
IV. CONCLUSIONES	30
REFERENCIAS	31
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.

I.-INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulado: proceso de atención de enfermería aplicado en paciente con quemadura se llevó a cabo en el Hospital Regional Docente las Mercedes 2019, a una persona adulta madura de 49 años de edad; estuvo basado en la teoría de Jean Watson quien afirma que la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa, el cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.

Según Rogers, a quien cita Watson la enseñanza no es función de un buen currículum clínico ni académico del educador, es un proceso mucho más complejo, que parte de tener la habilidad para lograr, en el marco de una relación; en este caso, educador educando cambios de conducta. Eso quiere decir, que pasa necesariamente por nutrirse de los educandos, y no de un mero recitar conocimientos. (1)

Se identificaron 6 diagnósticos de enfermería: Dolor agudo (00132). Deterioro de la integridad cutánea (00046), Déficit de volumen de (00027), Retención (00023), Cansancio del rol del cuidador (00061), Riesgo de infección (00004).

Este proceso contribuyó en mi preparación académica y en mejorar mis habilidades de empatía, así como también a mi desarrollo personal, sabiendo que el proceso de atención en enfermería es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería y que de acuerdo con el enfoque básico que dé a cada persona o grupo de ellas, responde a forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y se puede practicar de manera interpersonal, el cual comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas, promoviendo la salud y el crecimiento personal o familiar, así mismo aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser, un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado, la práctica del cuidado

integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos (1).

1.1. Valoración de enfermería

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Nombre | : Rogelio Mondragón
Domínguez |
| 2. Edad | : 49 años |
| 3. Etapa de la vida | : Adulto Maduro |
| 4. Fecha de Nacimiento | : 15 de Abril del 1970 |
| 5. Sexo | : Masculino |
| 6. Estado Civil | : Casado |
| 7. Número de Hijos | : 2 |
| 10. Lugar de Nacimiento | : Morropón |
| 11. Religión | : Católico |
| 12. Motivo de ingreso | :Paciente referido por quemadura en hemisferio derecho y miembro inferior izquierdo. |
| 13.Diagnóstico | : Quemadura por fuego directo en espalda, brazo derecho y miembro inferior izquierdo de II grado profundo y III grado, fractura de tibia y peroné. |
| 14. Antecedente patológico | : Ninguno |
| 15. Antecedentes familiares: | Nuclear |
| 16. Saneamiento básico | : Cuenta con agua y desagüe. |

1.2. Valoración por dominios

Dominio 1: Promoción de la Salud

Hombre de 49 años, adulto maduro con diagnóstico médico: Quemadura por fuego directo en espalda, brazo derecho y miembro inferior izquierdo de II grado profundo y III grado, fractura de tibia y peroné.

Dominio 2: Nutrición

Piel y mucosas secas con balance hídrico negativo -897.6

Dominio 3: Eliminación e Intercambio

Eliminación:

Sonda vesical drenando orina colorada.

Respiración:

Ventilando espontáneamente con frecuencia respiratoria de 22 x

Dominio 4: Actividad Reposo

Actividad: Se encuentra postrado en cama, debido a fractura de tibia y peroné.

Reposo:

Angustiado por su estado de salud.

Dominio 5: Percepción / Cognición

No presenta ninguna alteración o trastorno nivel neurológico. Se encuentra despierto, lucido, orientado en tiempo, espacio y persona.

Dominio 6: Autopercepción

Disposición para mejorar su estado de salud y poder seguir realizando su vida cotidiana.

Dominio 7: Rol y Relaciones

El papel del adulto maduro es de padre y esposo

Fuentes de apoyo hermanos y padres

Cuenta con familia tipo funcional: existe ayuda mutua entre los miembros de la familia.

Dominio 8: sexualidad

Incapacidad para realizar actividad sexual.

Dominio 9: Afrontamiento y Tolerancia al Estrés

Se observa alerta y activo. Esposa refiere: “tengo que quedarme en el hospital por no tener familia en Chiclayo”

Dominio 10: Principios Vitales

Profesan la religión católica, y están de acuerdo con el tratamiento que está recibiendo; el profesional de salud brinda soporte emocional.

Valores y costumbres procedente de Piura, respetando valorando sus costumbres.

Dominio 11: Seguridad y Protección

A la valoración se encuentra termorregulando con una temperatura corporal de 37 °C.

Se encuentra medios invasivos: sonda Foley y catéter periférico endovenoso.

Dominio 12: Confort

Se encuentra en cama en posición supino y se realiza su cambio de posición cada dos horas y su escala del dolor es de un EVA 8/10

Dominio 13: Crecimiento y Desarrollo

No presenta.

SITUACIÓN PROBLEMA.

Adulto maduro con iniciales R.M.D de 49 años de edad, sexo masculino, procedente de Morropón, distrito de Buenos Aires departamento de Piura, con veinte días de hospitalización, en la cama # 3 del Servicio de Quemados del Hospital Regional Docente Las Mercedes, despierto, lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. Se evidencia fascie de dolor con escala de Eva de 8, quejumbroso al movimiento, en posición supino, adelgazado, piel y mucosas orales secas, con un balance hídrico negativo -897.6, con diagnóstico médico: Quemadura por fuego directo en espalda, brazo derecho y miembro inferior izquierdo de II grado profundo y III grado, fractura de tibia y peroné.

Al examen físico se le observa: vía periférica permeable, en miembro superior derecho, perfundiendo cloruro de sodio 9% x 1000 cc + amikacina 1g; lesiones térmicas por fuego directo en espalda, brazo derecho y miembro inferior izquierdo con vendaje secos y limpios, presenta catéter periférico endovenoso en miembro superior derecho perfundiendo cloruro de sodio 9% x 1000 cc más amikacina 1g a 50 gtt/min, con sonda vesical con bolsa colectora eliminando orina colorica, con un balance hídrico negativo- 897.6 +- 300 ml.

Al control de signos vitales: P.A. 120/50 mmHg, FC 92 x', FR 22 x' T°: 37°, SO: 96 %.

Medidas Antropométricas: Peso: 68 k, Talla: 1.69 cm , I.M.C: 24.

A la entrevista refiere Esposa refiere: ... “tengo que quedarme en el hospital porque no tengo familia en Chiclayo” ...

Tratamiento médico:

- Na Cl 0,9% 1000 ml 50 gts
- Ceftriaxona C/ 8 horas
- Cefazolina de 1g EV C/8 horas
- Tramadol 100mg
- Metamizol de 1g Pasar en 30'

Resultado de Laboratorio

- Hemoglobina: 11 gr/dl
- Examen de Orina
- Leucocitos: 15 a-20 por campo
- Hematíes: 8-10 por/ campo
- Células epiteliales: 10-20 por campo
- Gérmenes: regular cantidad

1.3. Formulación de diagnóstico según NANDA

- **DIAGNOSTICO 1**

(00132) Dolor agudo r/c lesión por agente químico (quemadura) s/a quemadura en espalda, brazo derecho y miembro inferior izquierdo m/p Facie de dolor y quejumbrosa con una escala de Eva 8.

- **DIAGNOSTICO 2**

(00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c lesión por agente químico (quemadura) e/p quemadura de II y III grado.

- **DIAGNOSTICO 3**

(00027) Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida excesiva de líquidos a través de vías normales e/p balance negativo más piel y mucosas secas.

- **DIAGNOSTICO 4**

(00023) Retención urinaria r/c inhibición del arco reflejo sensitivo motor e/p Sonda vesical.

- **DIAGNOSTICO 5**

(00061) Cansancio del rol del cuidador r/c Responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas m/p esposa refiere: “tengo que quedarme en el hospital por no tener familia en Chiclayo”.

- **DIAGNOSTICO 6**

(00004) Riesgo de infección r/c Miembro superior derecho vía periférica permeable perfundiendo cloruro al 9% 1000 + amikasina 1g (Procedimientos Invasivos).

1.4. Análisis de confrontación

El presente proceso de atención enfermería titulado “Aplicado en paciente con quemadura en el Hospital Regional Docente Las Mercedes 2019”, estuvo basado en la teoría de Jean Watson; la cual nos dice que el Cuidado Humanizado busca la armonía entre la mente, el cuerpo y el alma de la persona a la que se brinda cuidados, mediante el establecimiento de una relación terapéutica de ayuda y confianza entre la enfermera y la persona. Esta tiene un enfoque de tipo filosófico, espiritual, y ético. (2)

El dolor en una quemadura se origina surge debido a la estimulación de los receptores del dolor (posicionados lo largo de la dermis y epidermis), lo que origina la conducción del impulso nervioso a través de las fibras delta (C y A) hasta la altura del cuerno dorsal en la medula espinal.

La respuesta inflamatoria desencadenada ocasionando la liberación de irritantes (neuroquímicos) que vuelven sensible los nociceptores en la región donde se produjo la quemadura; la cual se vuelve extremadamente dolorosa y sensible al tacto y calor. Estos cambios en la sensibilidad de los tejidos circundantes a la lesión reciben el nombre de hiperalgesia secundaria; y esta se irá modificando de intensidad en la medida que la respuesta inflamatoria disminuya. (3)

La intensidad del dolor percibida irá sufriendo variaciones conforme pasen los días, pero será percibida con mayor intensidad en las zonas donde haya pérdida cutánea. En un primer momento puede haber insensibilidad en la zona, originado por la afección de las terminaciones nerviosas locales. La destrucción inicial de las terminaciones nerviosas conlleva a una insensibilidad local y la regeneración desordenada del tejido nervioso, predisponiendo a la aparición de un dolor de tipo neuropático.

En la valoración del dolor es de gran importancia el empleo de una escala adecuada; puesto que el dolor es percibido de manera diferente por cada persona, es por esto que en la actualidad existen diferentes escalas para catalogar el dolor siendo una de ellas la escala visual análoga (EVA).

La escala EVA hace uso de una línea horizontal de 10 centímetros de largo, donde el cero nos indica la ausencia de dolor y el 10 el máximo dolor experimentado; registrándose el

dolor en centímetros. Así mismo esta escala, ha sido trabajada y modificada en diferentes tamaños, agregándosele imágenes que permitan la mejor comprensión del paciente. (4)

El dolor además de causar sufrimiento para la persona, puede menguar su capacidad de cubrir sus necesidades de supervivencia como el dormir, trabajar, hacer ejercicio y alterar sus necesidades de sexo; asimismo el dolor afecta en cierta medida el componente emocional de la persona, pues cuando uno experimenta dolor se frustra, es más probable que se sienta triste, frustrado, ansioso, enoja y se deprime con mayor facilidad. (5)

En este contexto podríamos afirmar que el dolor de tipo agudo aparece intempestivamente y dura poco tiempo. Por tanto, se puede decir que el dolor agudo aparece rápidamente y dura poco tiempo (3 meses aprox.) y varía de leve, moderado a intenso. Durante este lapso se debe tomar analgésicos para disminuir el dolor, hasta que el dolor haya desaparecido por completo. (5)

Por lo que se concluye que la persona presenta el diagnóstico de enfermería: **(00132) Dolor agudo r/c Agentes lesivos (Químicos) s/a quemadura en espalda, brazo derecho y miembro inferior izquierdo m/p fascie de dolor y quejumbrosa con una escala de Eva 8.**

La piel es el órgano más grande e importante del ser humano, pues ella recubre toda la superficie del cuerpo y separa al organismo del medio externo y; además permite la comunicación con él mismo, pues se encuentra muy bien inervada. (6)

En tal sentido todas las agresiones de tipo térmicas que se experimente a nivel de la piel, dará origen a una cadena de eventos fisiopatológicos, involucrando directamente a los diversos sistemas del organismo como: el sistema circulatorio, nervioso, endocrino, renal y otros. La exposición prolongada al calor traerá consigo el aumento en la permeabilidad capilar, con posterior disminución del volumen de la sangre y destrucción de tejidos. Todas estas alteraciones volverán a la persona propensa a sufrir infecciones, asimismo la exposición al humo puede desencadenar alteraciones en la función pulmonar, con cambios evidentes en los niveles de CO₂, O₂ y del pH arterial. (7)

Las quemaduras pueden clasificarse, según su profundidad como quemaduras de primer, segundo y tercer grado. Las quemaduras de primer grado, son las que involucran a la capa más superficial de la piel (epidermis) y son por lo general muy dolorosas, caracterizadas

por presentar lesiones tipo eritemas que pueden estar inflamados levemente; en este grado aun se conserva la integridad de la piel. Por otro lado cuando se habla de quemaduras de segundo, hacemos alusión a las que afectan a la dermis papilar en forma parcial dañan, y que dan origen a flictenas como resultado de la permeabilidad vascular, siendo estas dolorosas y de aspecto rosáceo. Por último una quemadura de tercer grado ocasiona la destrucción total del espesor de la piel con afectación en las terminaciones nerviosas. (8)

Dentro de las sustancias que pueden dar origen a una quemadura son el fuego, agua hirviendo, vapor, descargas eléctricas, radiación y sustancias químicas fuertes.

Al final, las complicaciones originadas por quemaduras pueden dar lugar a infecciones bacterianas, shock hipovolémico, problemas en la regulación de la temperatura corporal, problemas respiratorios, problemas de cicatrización y problemas óseos articulares. (9)

Por lo cual se concluye con el diagnóstico de enfermería: **(00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c lesión por agente químico (quemadura) e/p quemadura de II y III grado.**

La sangre posee diversos químicos que permiten regular las funciones del organismo; a estas sustancias se les denomina electrolitos. El intercambio correcto de electrolitos a nivel intra o extra celular permite el correcto funcionamiento muscular y nervioso del cuerpo. (10)

Así en el caso de un gran quemado el hipermetabolismo trae como consecuencia destrucción de proteínas en hígado, resistencia a la insulina, aumento del gasto de energía, aumento de la temperatura corporal y pérdida de masa muscular (11)

Los eventos fisiopatológicos producidos por una agresión térmica comienzan con la pérdida de continuidad de la piel y destrucción de tejidos nervioso; lesión favorece la pérdida de agua por evaporación pudiendo ser esta de 200 g/m² y por SCQ/h. Posteriormente se produce un aumento en la permeabilidad de los capilares que trae consigo el paso de agua y electrolitos del espacio intra-vascular al intersticial, produciendo desequilibrio hidro-electrolítico y edemas. . Entre los síntomas del desequilibrio electrolítico se encuentran: sensación nauseosa, cansancio, dolores de tipo muscular, deshidratación, inflamación, edemas, respiración lentificada, sed y resequedad en la boca, etc. (12)

La suma todos estos eventos dará origen a fallas cardíacas y respiratoria, y por consiguiente un shock hipovolémico, pudiendo llevar a la persona a la muerte. (13) 4

Por lo tanto se concluye con el diagnóstico de enfermería:(00027) Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida excesiva de líquidos a través de vías normales e/p balance negativo más piel y mucosas secas.

La retención urinaria es originada por la incapacidad de orinar, lo que origina acumulación de orina en la vejiga y por consiguiente dolor. Entre las causas más usuales de retención urinaria se pueden mencionar la pérdida o incapacidad del musculo vesical de contraerse con normalidad, obstrucción de la salida de la orina, la falta de coordinación entre la contracción vesical y la relajación del músculo esfínter urinario. Asimismo es importante resalta que esta afección se presenta generalmente varones, debido a que el volumen aumentado de la próstata puede causar un estrechez de la uretra. (14)

Por lo general, la persona puede miccionar pero no vaciar por completo su vejiga, haciendo que esta se expanda y originando serias dificultades para orinar como: chorro de orina débil, orina por poquitos, goteo, nicturia, entre otras. Estos problemas en el vaciamiento de la vejiga pueden dar origen a que la orina sea caldo de cultivo de bacterias, trayendo consigo infecciones en el tracto urinario. (14)

Las complicaciones que se pueden presentar son las siguientes cistitis o poli nefritis.

Se concluye con el diagnóstico de enfermería: **(00023) Retención urinaria r/c inhibición del arco reflejo sensitivo motor e/p Sonda vesical.**

El cansancio es conceptualizado como la disminución o falta de fuerzas para realizar alguna actividad del tipo que sea, puede ser de origen diverso incluso síntoma de alguna enfermedad. El cansancio suele hacerse evidente en el día a día de las personas presentar ya sea por aburrimiento, tristeza, carencia de sueño, o trabajo duro. En el caso de estudio corresponde al gasto energético producto del reajusto del organismo como consecuencia de la lesión experimentada. (15)

Los gastos que representando el cuidado de la salud de la persona quemada son elevados y la ausencia de redes de apoyo hace aún más difícil sobrellevar esta situación para el cuidado, llevándolo a una sobrecarga emocional y económica. Algunos estudios han

demostrado que en general el cuidador tiene morbilidad asociada y que ésta se relaciona con un mayor nivel de sobrecarga, estrés y depresión. (16)

Si la situación familiar es precaria, los signos de depresión y estrés no tardaran en hacerse evidentes, agravándose en el caso de presencia de trastornos neuropsiquiátricos o tener algún tipo de discapacidad; por lo que es fundamental intervenir en estos casos, para dar apoyo a la familia y en especial al cuidador a fin de conseguir una máxima capacidad de aguante. (17)

Se concluye con el diagnóstico de enfermería: **(00061) Cansancio del rol del cuidador r/c Responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas m/p esposa refiere: “tengo que quedarme en el hospital porque no tengo familia en Chiclayo”.**

La infección es producida por el ingreso de algún tipo de microorganismo patógeno, que se multiplicara y dará lugar a una reacción en el organismo del anfitrión debido a la liberación de toxinas. Las infecciones ser de origen bacteriano, viral, protozoaria o producidas por hongos. (18)

En el caso de las infecciones de la vía periférica, son producidos el empleo de técnicas inapropiadas al momento de la colocación del catéter o por prolongado tiempo de uso lo que facilita el ingreso de microorganismo a través del lumen, ascendiendo rápidamente hacia el torrente sanguíneo. Entre los principales patógenos productores de infecciones tenemos en catéteres de hemodiálisis el sthapilococcus aureus e infección de catéteres de nutrición parenteral cándida. (19).

Las complicaciones generales de las infecciones por catéter venosos periférico son: hematomas, celulitis, trombosis y flebitis; entre otros.

Se concluye con el diagnóstico de enfermería: **(00004) Riesgo de infección r/c Miembro superior derecho vía periférica permeable perfundiendo cloruro al 9% 1000 + amikasina 1g (Procedimientos Invasivos).**

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Instrumentos utilizados en la recolección de datos

El presente estudio es de tipo cuantitativa, descriptivo-observacional, porque permite evidenciar el comportamiento del sujeto en estudio en su entorno habitual, favoreciendo la objetividad de los resultados.

Para recabar la información se empleo con técnica la observación, que consiste en hacer uso del sentido de la vista para obtener información del entorno, interpretar y analizar comportamientos. (20)

Asimismo se empleo la entrevista, por la cual se entablo un dialogo con la persona en estudio que permitió el intercambio de ideas y absolución de dudas. Siendo el objetivo final de la entrevista obtener información valiosa para el investigador. (21)

Por otro lado durante el examen físico, se estudia el cuerpo humano en búsqueda de cualquier indicativo de alteración de la salud, que pueda traer consigo problemas futuros; asimismo para el examen físico se hará uso de la técnica de inspección, palpación, auscultación y percusión (22).

Otro instrumento analizar fue la historia clínica, pues a través de ella se recopila información sobre salud de la persona desde su primer contacto con el establecimiento, así como también se registran antecedentes, tratamiento y datos importantes concernientes al estado de salud del paciente. (23)

En este proceso se busca contemplar en forma cuidadosa y sistemática como se desarrolla dichas características en un contexto determinado, sin intervenir sobre ellas o manipularlas Se tomó como unidad de análisis Paciente Adulto maduro R.M.D. de 49 años de edad, sexo masculino, religión católica, procedente de Mor ropón, distrito de Buenos Aires departamento de Piura, hospitalizado en la cama N° 01 en el servicio de quemados del Hospital Regional Docente Las Mercedes, con diagnóstico médico: Quemadura por fuego directo en espalda, brazo derecho y miembro inferior izquierdo de II grado profundo y III grado, fractura de tibia y peroné.

Para la recolección de datos también se tuvo en cuenta el Proceso de Atención de Enfermería a partir de la aplicación del formato de valoración por dominios de salud

elaborada por la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán (Anexo 1) el cual está conformado por 13 dominios establecidos en la Taxonomía II de la NANDA adaptado para el adulto mayor, los mismos que sirvieron de base para los resultados (NOC) e intervenciones (NIC).

2.2. Criterios éticos

En el desarrollo del presente estudio se tuvieron en cuenta los criterios éticos consignados en el informe Belmont, siendo los siguientes:

Beneficencia: este criterio nos habla de que las personas en estudio deben ser tratadas éticamente, respetando su individualidad y protegiéndolas en todo momento del daño y buscando hacer el mejor esfuerzo posible por lograr su bienestar. Por lo que este principio fue aplicado tanto en el paciente como en su entorno inmediato, para lo cual se busco minimizar riesgos y maximizar beneficios. Mediante este principio no sólo se respetaron las decisiones del profesional de enfermería que participe en el cuidado, sino que además se protegió en todo momento de cualquier daño procurando su bienestar del paciente. (24)

Justicia: este principio se fundamente en el derecho que tiene toda persona sin distinción alguna a no ser discriminada y recibir por consiguiente un trato justo e igualitario. Los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de hospitalización del Hospital Regional Docente Las Mercedes, será tratado con igualdad durante su estancia hospitalaria.

Respeto a la dignidad humana: mediante el cual se protege a la persona de actos que atenten contra su dignidad. Este principio se sustenta en que toda persona debe ser tratada con respeto como agente autónomo en todo momento, así si su autonomía se encontrara disminuida será protegida. el profesional de enfermería que labora en el servicio de hospitalización del Hospital Provincial docente Belén bajo el principio de autonomía firmarán el consentimiento informado en caso se requiera (24)

2.3. PLANIFICACIÓN NIC

DIAGNÓSTICO: (00132) Dolor agudo r/c Agentes lesivos (Químicos) s/a quemadura en espalda, brazo derecho y miembro inferior izquierdo m/p Facie de dolor y quejumbrosa con una escala de Eva 8.							
OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)					INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Paciente R.M.D experimentará una medida satisfactoria de alivio con el dolor durante su estadía hospitalaria.	(1605) Control de dolor Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Conducta de salud (Q) Definición: Acciones personales para controlar el dolor. ESCALA DE MEDICIÓN: Grave hasta Ninguno. Actividades: Puntuación Diana: 4					(1400) Manejo de dolor. Definición: Alivio de dolor a nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. ACTIVIDADES: Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. ✓ Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.	La historia clínica y la exploración física son fundamentales para indagar la causa del dolor y, sobre todo, para determinar la gravedad de la afección. (25) La administración de terapia analgésica horaria inhibirá los impulsos dolorosos en la persona y por
	Indicadores	G	S	M	L	N	
	(160505) Utiliza los analgésicos de forma	1					

	apropiada.						✓ Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.	consiguiente causara alivio, favoreciendo la recuperación.
	(160509) Reconoce síntomas asociadas del dolor.	1						
	(160511) Refiere dolor controlado	1						

DIAGNÓSTICO:(00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c agente lesivo químico e/p quemadura de II y III grado.

OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO																								
<p>El paciente R.M.D recuperará su integridad cutánea durante su estancia hospitalaria con los cuidados de enfermería</p>	<p>(1106) Curación de las quemaduras Dominio: salud fisiología (II) CLASE: integridad tisular (L) DEFINICIÓN: Grado de curación de una quemadura ESCALA DE MEDICIÓN: extenso hasta ninguno. Actividades: Puntuación Diana: 5</p> <table border="1" data-bbox="389 901 887 1334"> <thead> <tr> <th>indicadores</th> <th>E</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>E</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(110606) dolor</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(110607) INFECCIÓN</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(110602) porcentaje de zona de la</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	indicadores	E	S	M	E	N	(110606) dolor	1					(110607) INFECCIÓN	1					(110602) porcentaje de zona de la	1					<p>(3661) Cuidados de las heridas:quemaduras Definición: Prevención de complicaciones de las heridas debidas a quemaduras y estimulación de su curación ACTIVIDADES: Utilizar medidas de aislamiento físico para prevenir la infección Informar al paciente del procedimiento que se va a seguir para vendar la herida</p>	<p>Las medidas de aislamiento en caso de quemaduras proporcionaran protección al paciente evitando que cualquier microorganismo ingrese al organismo y cause una infección (25) El proporcionar información al paciente hará que este pueda evaluar el costo beneficioso de las intervenciones a realizar, disminuyendo su ansiedad al momento de su ejecución. (25).</p>
indicadores	E	S	M	E	N																						
(110606) dolor	1																										
(110607) INFECCIÓN	1																										
(110602) porcentaje de zona de la	1																										

	<p>zona de la quemadura</p>	<p>Proporcionar medidas de confort antes de cambiar los vendajes</p> <p>Preparar un campo estéril y mantener una asepsia máxima durante todo el proceso</p>	<p>El proporcionar confort favorece la disminución de dolor y fomenta la buena relación con la enfermera además. Entre las formas de dar confort se mencionan: favorecer intimidad, colocación de almohadones, entre otros (25).</p> <p>La asepsia es fundamental en pacientes quemados, pues al estar afectada la mayor barrera protección contra enfermedades es más fácil que los microorganismos patógenas ingresen al cuerpo humano; para lo cual se habrá de emplear técnicas adecuadas de lavados y de asepsia al momento de manipular las heridas.</p>
--	-----------------------------	---	--

	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="376 225 600 379">(060223) Pérdida de peso</td> <td data-bbox="600 225 663 379">1</td> <td data-bbox="663 225 719 379"></td> <td data-bbox="719 225 775 379"></td> <td data-bbox="775 225 831 379"></td> <td data-bbox="831 225 891 379"></td> </tr> </table>	(060223) Pérdida de peso	1					<p>Administrar líquidos según corresponda</p>	<p>Administrar los líquidos teniendo en cuentas su requerimiento (25).</p> <p>.</p> <p>..</p>
(060223) Pérdida de peso	1								

DIAGNÓSTICO: (00023) Retención urinaria r/c inhibición del arco reflejo sensitivo motor e/p Sonda vesical.

OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO																		
<p>El paciente R.M.D recuperará su funcionamiento normal su eliminación urinaria durante su estancia hospitalaria con los cuidados de enfermería</p>	<p>(0503) Eliminación urinaria DOMINIO salud fisiológica (II) CLASE: eliminación urinaria (F) DEFINICIÓN: Recogida y eliminación de la orina. ESCALA DE MEDICIÓN: Gravemente comprometido hasta no comprometido. ACTIVIDADES</p> <table border="1" data-bbox="450 858 992 1316"> <thead> <tr> <th>indicadores</th> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(050302) olor de la orina</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(050303) cantidad de la orina</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	indicadores	GC	SC	MC	LC	NC	(050302) olor de la orina	1					(050303) cantidad de la orina	1					<p>(0590) Manejo de la eliminación urinaria DEFINICIÓN: Manteamiento de un esquema de eliminación urinario óptimo ACTIVIDADES: Monitorizar la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia consistencia olor volumen y color según corresponda Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria</p>	<p>El conocimiento de los patrones de eliminación urinaria actuales del paciente sirve de base para calibrar la gravedad del problema y eficacia de la terapia (25). El reconocimiento precoz de una infección de retención urinaria facilita para resolver, reducir o eliminar el problema (26).</p>
indicadores	GC	SC	MC	LC	NC																
(050302) olor de la orina	1																				
(050303) cantidad de la orina	1																				

	(050304) color de la orina					<p>Anotar la hora de la última eliminación urinaria según corresponda.</p>	<p>Permite a la enfermera evaluar la eficacia de la terapia (26).</p>
--	----------------------------------	--	--	--	--	--	---

DIAGNÓSTICO:(00061) Cansancio del rol del cuidador r/c Responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas m/p esposa refiere: “tengo que quedarme en el hospital por no tener familia en Chiclayo”.

OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO																		
<p>La persona afrontará su responsabilidad de cuidador de una manera eficaz.</p>	<p>(0003) Descanso DOMINIO: Salud Psicosocial (I) CLASE: Mantenimiento de la energía. DEFINICIÓN: Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física. ESCALA DE MEDICIÓN: Gravemente comprometido hasta no comprometido. Actividades: Puntuación Diana:</p> <table border="1" data-bbox="448 1002 981 1343"> <thead> <tr> <th>indicadores</th> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(000301) tiempo del descanso</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(000303) calidad del</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	indicadores	G	S	M	L	N	(000301) tiempo del descanso	1					(000303) calidad del	1					<p>(7040) Apoyo al cuidador principal. DEFINICIÓN: Ofrecer la información concejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario. ACTIVIDADES: Determinar el nivel de conocimiento del cuidador Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.</p>	<p>Evaluar al cuidador sobre su conocimiento para determinar el nivel de este, así poder ayudar a educar sobre el cuidado de su paciente (26). Educar al cuidador sobre las técnicas de cuidado ayudará a que el paciente este más cómodo y seguro (25)..</p>
indicadores	G	S	M	L	N																
(000301) tiempo del descanso	1																				
(000303) calidad del	1																				

	descanso							Monitorizar la presencia de indicios de estrés	Evaluar sobre la presencia de estrés para poder ayudar al cuidador a tener manejo de sus emociones (25).
	(000310) aspecto de estar descansado	1							

DIAGNÓSTICO:(00004) Riesgo de infección r/c Miembro superior derecho vía periférica permeable perfundiendo cloruro al 9% 0 0 + amikasina 1g (Procedimientos Invasivos)

OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>El paciente R.M.D no presentará signo y síntoma de infección durante su hospitalización</p>	<p>(1908) Detención del riesgo DOMINIO: conocimiento y conducta de salud (IV) CLASE: Control del riesgo y seguridad (T) DEFINICIÓN: Acciones personales para identificar las amenazas contra la salud personal. ESCALA DE MEDICIÓN: siempre demostrado a nunca demostrado VALOR ACTUAL: 1 PUNTUACIÓN DIANA: Aumentar a 5</p>	<p>NIC: (6540) Control de infecciones Definición: Minimizar el contagio y transmisión con agentes infecciones. complicaciones ACTIVIDADES Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano, si procede.</p>	<p>El lavado de manos es una técnica que ayuda a prevenir el riesgo de contraer infecciones cruzadas (26). La piel es un medio que alberga microorganismos por lo que es necesario mantenerla limpia para así evitar el ingreso de estos hacia el interior de la piel o torrente sanguíneo. El uso de un</p>

Indicadores	ND	RD	AD	FM	SD
(190802) Identifica los posibles riesgos para la salud	2				
(190803) Corteja los riesgos percibidos.	2				

Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas I.V.

antimicrobiano destruye la pared celular de las bacterias disminuyendo e evitando su acumulación o proliferación (26).

Al realizar procedimientos invasivos, es necesario mantener técnicas asépticas asegurando un procedimiento libre de microorganismos (26).

III. RESULTADO Y DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue el ofrecer cuidados de enfermería calidad, respetándose en todo momento la dignidad de la persona y teniendo en cuenta que es un ser holístico; para así contribuir al restablecimiento de su salud y por consiguiente lograr su bienestar. Para tal objetivo se tomará en consideración a la teórica del paradigma de la transformación Jean Watson, quien nos afirma que la enfermería es una ciencia humana, un arte y una disciplina (27).

Referente al primer diagnóstico (00132) Dolor agudo r/c lesión por agente químico (quemadura) s/a quemadura en espalda, brazo derecho y miembro inferior izquierdo m/p fascie de dolor y quejumbrosa con una escala de Eva 8 cuyo objetivo fue adulto maduro experimentará una medida satisfactoria de alivio con el dolor durante su estadía hospitalaria. Se alcanzó un 83% de la meta programada, siendo los cuidados ejecutados: valoración del dolor (localización, características, duración, frecuencia, calidad, intensidad y factores desencadenantes), administración de analgésicos y brindar confort.

Según Marcos Gómez Sancho en el 2003: refiere que la administración de fármacos para el dolor, debe ser supervisada e indicada por el médico. Asimismo, el paciente debe ver a su cuidador como alguien en quien confiar su salud y con quien podrá establecer una relación honesta y sincera. (28)

Con respecto al segundo diagnóstico (00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c agente lesivo químico e/p quemadura de II y III grado cuyo objetivo fue recuperar su integridad cutánea durante su estancia hospitalaria con los cuidados de enfermería. Se alcanzó un 83% de la meta programada y los cuidados ejecutados consistieron en facilitar y fomentar el aislamiento físico (como medida de prevención de infecciones), informar al paciente del procedimiento que se va a seguir para vendar la herida, proporcionar confort y mantener técnicas de asepsia al manipular las heridas.

Según Juan Carlos Morilla Herrera en el 2004: afirma que el fin de ejecutar intervenciones basadas en mejorar la efectividad de los cuidados ayuda a reducir las complicaciones que pudiesen presentarse en este tipo de pacientes. (29)

Con respecto al tercer diagnóstico (00027) Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida excesiva de líquidos a través de vías normales e/p balance negativo más piel y mucosas secas cuyo objetivo fue regularizar el volumen de líquidos durante su estancia hospitalaria.

Se alcanzó el 90 % de la meta programada y los cuidados fueron monitorizar el peso, observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed, administrar líquidos según corresponda. Según Pilar Vaquero Rodrigo en 2010: nos dice que no hay otra sustancia tan ampliamente involucrada en tan diversas funciones como el agua, sobre todo relacionadas con su capacidad solvente, de transporte, estructural y termorreguladora es por ello que es muy importante que el paciente no pierda mucho volumen de líquidos así evitar que se deshidrate (30).

Con respecto al cuarto diagnóstico: Retención urinaria r/c inhibición del arco reflejo sensitivo motor e/p Sonda vesical cuyo objetivo fue recuperar su funcionamiento normal su eliminación urinaria durante su estancia hospitalaria. Se alcanzó el 85 % de la meta programada y los cuidados de enfermería fueron monitorización de la función urinaria (frecuencia, consistencia, color, olor y volumen) y observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.

Según Carlos Verdejo Bravo: la continencia urinaria es una función básica del sistema urinario, que se debe valorar independiente de la edad del paciente y sexo del paciente; el cual es indicativo de alguna afección en el sistema urinario. (31).

Con respecto al quinto diagnóstico: (00061) Cansancio del rol del cuidador r/c Responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas m/p esposa refiere: “tengo que quedarme en el hospital por no tener familia en Chiclayo” cuyo objetivo fue que persona afrontará su responsabilidad de cuidador de una manera eficaz. Se alcanzó el 85 % de la meta programada y los cuidados de enfermería fueron: identificar nivel de conocimiento del cuidador, enseñar técnicas para mejorar la seguridad del paciente, valorar la presencia de estrés en el cuidador.

Según Elizabeth Flores G. en 2012: el cuidar de sí mismos y de los demás involucra grandes responsabilidades y esfuerzos, que pueden con llevar a presentar en el cuidador físico, mental y socioeconómico, comprometiendo la vida y salud del cuidado y como resultado se menguan las atenciones de la persona que depende de sus cuidados (32).

Con respecto al sexto diagnóstico: (00004) Riesgo de infección r/c Miembro superior derecho vía periférica permeable perfundiendo cloruro al 9% 1000 + amikacina 1g (Procedimientos Invasivos). Se alcanzó un 75 % de la meta programada y los cuidados de enfermería fueron cambiar la vía endovenosa cada tres días para evitar la infección ya es una puerta de entrada para los microorganismos y así evitar una infección y los cuidados de enfermería son: lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano, si procede. Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas I.V.

Según Arias Fernández L, como la literatura que apoya este hecho se encuentran en lo cierto, ya que, fisiopatológicamente hablando, a medida que una persona envejece, su capital venoso también se ve afectado, presentando mayor fragilidad y por tanto mayor riesgo de sufrir una complicación. Por otra parte, sería interesante que los estudios a realizar en el futuro, ampliaran la evidencia tomando en cuenta la fragilidad del árbol vascular como factor de riesgo de complicaciones derivadas de los catéteres, ya que aquellos pacientes con malos accesos venosos, son más propensos a sufrir más intentos de canalizaciones y que éstas sean más dificultosas (33).

IV. CONCLUSIONES

- Se logró moderar el dolor en el área de la quemadura en un 50%, mediante tratamiento farmacológico con el apoyo del paciente y el personal de salud responsable del cuidado de la persona. Se administró solución analgésica, prescrita por el médico tratante.

- El deterioro de la integridad cutánea, ocasionado por la quemadura de grado II y III, se logró disminuir en un 40%. Se realizó las respectivas curaciones una vez al día, cambiando vendajes aplicando y otros procedimientos; para evitar posibles infecciones.

- Se logró restablecer el balance electrolito de la persona en un 75%, mediante el control estricto del balance hídrico, durante mañana, tarde y noche.

- En la retención urinaria se logró controlar un 80%, mediante la colocación de la sonda vesical y teniendo en cuenta los cuidados de enfermería.

- Se logró que el cuidador responsable se adapte en un 80%, por medio del apoyo del resto de los familiares que ayudaron en los cuidados, y así ser más llevadera el rol del cuidador.

- En cuanto a riesgo de infección, se logró disminuir en un 80% las posibles infecciones, mediante en cambio de catéter endovenoso cada 48 horas.

Referencias

1. Urra M , Jana A A, García V M. ALGUNOS ASPECTOS ESENCIALES DEL PENSAMIENTO DE JEAN WATSON Y SU TEORÍA DE CUIDADOS TRANSPERSONALES. ciencia y enfermería. 2011 diciembre; 17(03).
2. Machín EI. Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Revista cubana de enfermería. 2015 Enero; 31(3).
3. Richardson P & Mostaza L. El manejo del dolor en la unidad de quemaduras. 2009; 35(7): p. 921-936.
4. DeLoach LJ & Higgins MS & Caplan AB & Stiff JL. La escala analógica visual en el postoperatorio inmediato: variabilidad intra-sujeto y correlación con una escala numérica. 1998; 86(1): p. 102-106.
5. Hicks CL & von Baeyer CL & Spafford P. El dolor de las caras escala revisada: hacia una métrica común en el dolor pediátrico medición. 2001; 93(2): p. 173-183.
6. Larrald DM. Hospital Aleman. [Online]. [cited 2019 Octubre 18. Available from: <https://www.hospitalaleman.org.ar/mujeres/la-piel-conoce-el-organo-mas-grande-de-tu-cuerpo/>.
7. Beare P. Principios y práctica de la Enfermería Médico-Quirúrgica Madrid: Mosby-Doyma; 1995.
8. Aghacier B. Atención del paciente quemado México: Manual moderno; 1998.
9. Clinic M. Mayo Clinic. [Online].; 2019 [cited 2019 Octubre 18. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/burns/symptoms-causes/syc-20370539>.
10. Chemocare. Chemocare. [Online]. [cited 2019 Octubre 18. Available from: <http://www.chemocare.com/es/chemotherapy/side-effects/desequilibrio-electrolitico.aspx>.
11. Espinoza EMZECYDLADG. NTERVENCIONES DE ENFERMERÍAPARA LA ATENCIÓN DELADULTO GRAN QUEMADOEN EL TERCER NIVEL DEATENCIÓN. guía practica clinica. 2017 marzo.
12. Brunner LS. Enfermería Médico Quirúrgica México: Interamericana McGraw-Hill; 1989.
13. Gob.mx. Gob.mx. [Online]. [cited 2019 Octubre 15. Available from: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/trastornos-hidroelectroliticos>.
14. Shenot PJ&. Manuales MSD Version para el publico General. [Online].; 2016 [cited 2019 Octubre 15. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-renales->

[y-del-tracto-urinario/trastornos-de-la-micci%C3%B3n/retenci%C3%B3n-urinaria.](#)

15. garay i, ganado e. el farmaceutico.es. [Online].; julio 2019 [cited 2019 octubre 3. Available from: <https://elfarmaceutico.es/index.php/profesion/item/10239-fatiga-y-cansancio#.XZYuSUZKjIU>.
16. Álvarez Rilo L CCP. Síndrome del cuidador del paciente con demencia.: AGATHOS; 2011.
17. Ackley BJ LG. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. Setima ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2007.
18. wikipedia. wikipedia. [Online].; 2019 [cited 2019 Octubre 14. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Infecci%C3%B3n>.
19. Hellinger W. MedWare Revista Biomédica Revisada Por Pares. [Online].; 2001 [cited 2019 Octubre 12. Available from: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3090>.
20. Dificación C. Concepto Dificación. [Online].; 2019 [cited 2019 Octubre 2. Available from: <https://conceptodefinition.de/observacion/>.
21. Raffino ME. Concepto.de. [Online].; 2019 [cited 2019 Octubre 2. Available from: <https://concepto.de/entrevista/>.
22. MedlinePlus. MedlinePlus Información de la salud para usted. [Online].; 2014 [cited 2019 Octubre 2. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002274.htm>.
23. Gardey JPP&A. Definición.de. [Online].; 2018 [cited 2019 Octubre 2. Available from: <https://definicion.de/historia-clinica/>.
24. MARIANNE GAUDLITZ H. Reflexiones sobre los principios éticos en investigación biomedica en seres humanos. Rev. chil. enferm. respir. 2008; v.24(n.2).
25. Erb Ky. Kozier B, Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería : fundamentos de enfermeriaconceptos, proceso y práctica. 9th ed. MM R, editor. Madrid: editor.: Pearson Educación; 2013.
26. Potter PA PA. fundamentos de Enfermería. Octava ed ed. española: ed. Barcelona: Elsevier ; 2015.
27. Encolombia. Encolombia Revista Actualizada en Enfermeria. [Online]. [cited 2019 Octubre 10. Available from: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>.
28. Sancho MG, Martín MO. CUIDADOS PALIATIVOS; 2003.

29. HERRERA JCM, SANTOS FJM, MORGADO JB, ASECIO JMM. Úlceras por Presión. Práctica Clínica para el Manejo del Deterioro de la Integridad Cutánea. 2004.
30. PILAR VAQUERO RODRIGO AMPG. Agua: la importancia de una hidratación adecuada. manual de nutricion. .
31. Bravo CV. Síndromes geriátricos. Incontinencia y retención urinaria. TRATADO deGERIATRÍA para residentes. .
32. P. EFGERRFS. NIVEL DE SOBRECARGA EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR FAMILIAR DE ADULTO MAYOR CON DEPENDENCIA SEVERA. CIENCIA Y ENFERMERIA. 2012.
33. Berganza MA. Flebitis en catéter venoso periférico: Factores de riesgo y prevención ,Nº de palabras: 7013 Vitoria; 2017.