

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

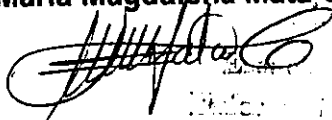
"Aplicado a una paciente pediátrica con: Deterioro de la Integridad Cutánea Ocasionada por Fuego Directo, Manifestada por Destrucción de las Capas Epidérmicas y Dérmicas"

291670

Para obtener el Título de:  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:  
MARIA TERESA HERNÁNDEZ MARTINEZ  
No. De cuenta: 082466323

Director del trabajo:  
Lic. María Magdalena Mata Cortés



MÉXICO, D. F.

ABRIL DEL 2001





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

	Pag.
Introducción.....	1
Justificación.....	4
Objetivos	
Objetivo general.....	5
Objetivos Especificos.....	6
<b>I MARCO TEORICO</b>	
1.1 Concepto de Enfermería.....	7
1.2 Proceso Atención de Enfermería.....	8
1.3 Objetivos del Proceso de Atención de Enfermería.....	8
Etapas del Proceso Atención de Enfermería	
1.3.1 Valoración.....	9
1.3.2 Diagnóstico de Enfermería.....	20
1.3.3 Planificación.....	23
1.3.4 Ejecución.....	27
1.3.5 Evaluación.....	31
1.4 Modelo Conceptual de Virginia Hendederson.....	33
<b>1.5 Quemaduras de 2° grado</b>	
Definición.....	39
Datos epidemiológicos.....	39
Etiología.....	42
Fisiopatología de la lesión térmica.....	44
Signos y Sintomas.....	50

	<b>Pag.</b>
Diagnóstico.....	52
Regla de los nueves.....	54
Esquema de Lund - Browder.....	55
Tratamiento.....	58
Tratamiento de la herida.....	61
Complicaciones.....	63
Pronóstico.....	63
Rehabilitación.....	63
 <b>II METODOLOGIA</b>	
2.1 Valoración.....	68
2.2 Diagnóstico de Enfermería.....	71
2.3 Planeación.....	71
2.4 Ejecución.....	71
2.5 Evaluación.....	71
 <b>III APLICACION DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA</b>	
3.1 Caso Clínico.....	72
3.2 Aplicación de la valoración.....	73
3.3 Diagnóstico de Enfermería.....	76
3.4 Planificación.....	78
3.5 Ejecución y Evaluación.....	79
 <b>IV CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</b>	
Conclusiones.....	109
Sugerencias.....	111
Glosario de términos.....	112
Bibliografía.....	114

## AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que de alguna Manera me brindaron su apoyo, cariño y que depositaron su confianza en mí.

A mi esposo R. Abraham Calderón Valadez  
por la paciencia, el amor y el apoyo incondicional.

A mis padres

J. Guadalupe Hernández Segovia

Martina Martínez Carrillo

A mi cuñada

María de los Angeles Comejo Hernández

A mis queridos amigos y compañeros

María del Pilar Avelar Duran, Rocio Licón Pacheco, Osvaldo Alvarado Labarrios,  
Beatriz Reyes Miranda, Lucia Martínez Morales, Margarita Clorio Martínez, María  
Guillermina Hernández Hernández.

A mi supervisora y amiga

Rafaela Domínguez Mora

A la Dra. Eulalia Martínez

Por su asesoría y apoyo

A la Profesora, Licenciada María Magdalena Mata Cortes

A todos y cada uno de los miembros de mi familia por los maravillosos momentos que hemos compartido.

## INTRODUCCION

El Proceso de Atención de Enfermería es el método que permite a las enfermeras prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática. Como todo método el proceso de atención de enfermería configura un número de pasos que se relacionan entre sí, aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico ya que en la puesta en marcha las etapas se superponen:

- **Valoración:** es la primera fase del proceso de atención de enfermería que consiste en la recogida de datos que conciernen a la persona, familia y entorno es la base para las decisiones y actuaciones de enfermería posteriores.
- **Diagnóstico de enfermería:** es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.
- **Planificación:** se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como promocionar la salud.
- **Ejecución:** es la puesta en marcha de los cuidados.
- **Evaluación:** comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

El objetivo principal del proceso de atención de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, familia y comunidad.

La aplicación del proceso tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad. El paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería, para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad. El proceso de atención tiene una finalidad, es sistemático, dinámico, interactivo y posee una base teórica.



El presente trabajo se desarrollará en cuatro capítulos:

- **Primer Capítulo:** describirá el marco teórico que contempla el concepto de Proceso de Atención de Enfermería y sus etapas, así como describir el modelo conceptual de Virginia Henderson y el desarrollo de la patología de las quemaduras de segundo grado superficial y profundo.
- **Segundo Capítulo:** señalará la metodología la cual consiste en establecer el instrumento a través del cual se realiza la observación, entrevista, historia clínica y exámen físico al paciente.
- **Tercer Capítulo:** se llevará a cabo la aplicación del proceso de atención de enfermería, tomando como base la jerarquización de las necesidades del paciente, y se establecerá la justificación de las intervenciones de enfermería y su evaluación.
- **Cuarto Capítulo:** consistirá en las conclusiones, sugerencias, glosario de términos, bibliografía y anexos.



## JUSTIFICACION

El hospital pediátrico Tacubaya es considerado un centro de concentración nacional para el manejo del niño con quemaduras, a lo largo de mi experiencia laboral he proporcionado cuidados a niños y adolescentes que han sufrido quemaduras de diversos grados y porcentajes, al presentar este trabajo he sentido la necesidad de retroalimentar el ejercicio de la práctica con la teoría lo cual me permitirá aumentar mis conocimientos en el manejo de dichos pacientes.

El proceso al que se enfrenta el paciente pediátrico con quemaduras no es fácil, inmediatamente después de haber sufrido una quemadura, al niño se le presentan situaciones difíciles, además de sufrir el intenso dolor provocado por las lesiones, se le ubica en un medio desconocido, aunado a la separación del núcleo familiar lo cual provoca en el menor diversas reacciones tales como el enojo, la depresión, rechazo hacia las personas o a las indicaciones, etc. En ocasiones dichas reacciones se ven reflejadas en el estado de salud del paciente y repercuten considerablemente en su evolución.

Considero necesaria la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería para proporcionar atención de calidad al satisfacer las necesidades de salud reales y potenciales. El proceso de atención de enfermería se basa en principios que nos permite a las enfermeras actuar en forma cuidadosa, intencionada y dirigida al logro de objetivos.

## **OBJETIVO GENERAL**

- Proporcionar cuidados de enfermería al niño con quemaduras de segundo grado superficial y profundo, a través de la implementación del Proceso de Atención de Enfermería.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Brindar atención de calidad con apoyo de la implementación de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería.
- Proporcionar cuidados al paciente con quemaduras de segundo grado de manera dinámica y objetiva.
- Ayudar al paciente con quemaduras a manifestar sus sentimientos y proporcionar confort de acuerdo a la edad.

## 1.1 ENFERMERIA

Virginia Henderson define a la enfermería como: ayudar al individuo enfermo o sano a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o su recuperación ( o a una muerte en paz ) y que podría llevar a cabo si tuviese la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios.<sup>1</sup>

### FUNCIONES DE LA ENFERMERA

La función propia de la enfermera es la de prestar cuidados al individuo y a la comunidad, dicha función le da identidad y la distingue del resto de las profesiones que trabajan en el campo de la salud. Para poder prestar estos cuidados desarrolla funciones asistenciales, docentes, administrativas y de investigación, guiadas por principios humanitarios y éticos.<sup>2</sup>

### CUIDADOS DE ENFERMERIA

Acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Murray Atikson, " Proceso de Atención de Enfermería ", 5ª edición, Mc Graw-Hill. Interamericana, pp.1

<sup>2</sup> oceano, Diccionario de Medicina, 4ª edición, Oceano Mosby, España, 1994, pp. 462.

<sup>3</sup> Ferrín Fernández Carmen, " El Proceso de Atención de Enfermería , estudio de casos " Ediciones Científicas y Técnicas, S.A., España, 1993, pp. 8.

## 1.2 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

Es el método del cuidado que tiene como meta identificar las necesidades de cuidados actuales y potenciales para la salud del paciente con la finalidad de establecer los planes de acción que permitan intervenir en la satisfacción de las mismas.<sup>4</sup> Se compone de cinco etapas o elementos secuenciales e interrelacionados conocidos como: Valoración de las necesidades, Diagnóstico de Enfermería, Planificación y ejecución de los cuidados y Evaluación.

## 1.3 OBJETIVOS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

- Promover, mantener o restaurar la salud, o , en el caso de enfermedades terminales, lograr una muerte tranquila.
- Permitir a las personas manejar sus propios cuidados de salud.
- Proporcionar unos cuidados de calidad, y a un coste efectivo.
- Buscar formas de mejorar la satisfacción mediante los cuidados de salud.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Antología SUA, "Proceso de Enfermería", 2000, México, D.F. pp 8

<sup>5</sup> Alfaro Rosalinda "Aplicación del Proceso de Enfermería" 3ª edición, Editorial Mosby, Madrid, pp.3

### 1.3.1 VALORACION

Es la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería y la recolección de datos es el método utilizado. El objetivo de esta fase es obtener información sobre la salud con el fin de que la enfermera pueda planificar individualmente los cuidados.

Los demás estadios dependen de este, por lo que tiene que ser relevante y descriptivo.<sup>6</sup> Desde la puesta en marcha de este instrumento, la recolección de datos se convierte en un proceso continuo, a lo largo de su trabajo la enfermera no debe cesar de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos a cada uno de los pacientes<sup>7</sup>. Durante esta fase la enfermera realiza actividades específicas que le ayudarán a ser una pensadora crítica y a encontrar la información que necesita para comprender los problemas y tomar decisiones sobre el plan de cuidados:

- **Recolección de datos :** Reunir información sobre el paciente.
- **Validación de los datos:** Asegurarse de que la información que posee es exacta.
- **Organización de los datos:** Organizar los datos en grupos de información que ayudarán a identificar patrones de salud o enfermedad.
- **Identificación de patrones/ comprobación de las impresiones iniciales:** Tomar una decisión tentativa sobre lo que pueden significar ciertos patrones de información y focalizar la recolección de datos para obtener más información para comprender mejor la situación.
- **Comunicación/anotación de los datos:** Comunicar y registrar las anomalías para acelerar el tratamiento; registrar los datos de la valoración para comunicar el estado actual de salud.

---

<sup>6</sup> Kozier Barbara, "Enfermería Fundamental, Concepto, Procesos y Práctica", Editorial Interamericana, México, 1990, pp.117

<sup>7</sup> Ibidem, Antología SUA, PP. 61

## RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos empieza cuando alguien entra en contacto con el sistema de cuidados de la salud y continúa durante todo el tiempo en que se necesitan esos cuidados. La información reunida en este contacto inicial proporciona la base para determinar el estado actual de salud y establecer un plan de cuidados inicial. La recolección completa de datos implica la utilización de recursos diferentes: no obstante, se debe considerar al paciente como la principal fuente de información. El resto de la información se extraerá de los registros médicos, registros de enfermería, la familia, otros profesionales que hayan trabajado con el paciente y la bibliografía que encuentre sobre sus problemas. El exámen del paciente y la entrevista con él, le ofrecerán la información más significativa.

La Recolección de Datos se lleva a cabo en tres fases:

- Antes de ver al paciente: Puede preferir leer la historia del paciente para familiarizarse con los tipos de problemas que podría encontrar.
- Mientras está con el paciente: Puede entrevistar, examinar y observar a la persona mientras realiza su valoración.
- Después de ver al paciente: Revisar los recursos que ha utilizado y determina qué otras fuentes pueden ofrecerle información adicional.

Tipo de datos

- Datos objetivos: Información que es medible y observable ( la presión arterial, el pulso, los estudios diagnósticos )
- Datos subjetivos: Información que el paciente expresa a la enfermera durante la valoración ( en general se anota como: "el paciente dice..." )

## VALORACION DE DATOS DE ENFERMERIA

- Valoración de datos básicos. Se realiza durante la entrevista inicial con el paciente para reunir información sobre todos los aspectos de su estado de salud. Está información, también llamada base de datos de referencia, le dice como está el paciente, antes de iniciar la intervención. Esta debe ser planificada, sistemática y completa.
- Valoración focalizada: Se realiza para reunir información detallada sobre el estado de un problema específico. Es el principal método de la valoración continuada. Es decir tras identificar un problema tendrá que realizar valoraciones focalizadas periódicas para controlar su estado.<sup>8</sup>

## OBSERVACION

La observación es un elemento primordial en los cuidados de enfermería. Puede definirse como la capacidad intelectual de captar, a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior. Se trata de una atención especial que proyecta el pensamiento hacia el objeto de observación, manteniendo alerta la inteligencia y los sentidos. Se ejerce, en primer lugar, por medio de un análisis de las percepciones que realiza la inteligencia a la luz de las experiencias del pasado; pero este proceso se basa esencialmente en la atención y en la concentración. Se puede, por tanto afirmar que en los cuidados de enfermería, la observación consiste en considerar al paciente y a todo lo que se relaciona con él con una atención expresa y continua que nos permite conocerlo mejor. La observación pasa por el filtro de nuestros mecanismos sensoriales, perceptuales y emotivos. Se fundamenta, por tanto, en la subjetividad del observador, de ahí, su fragilidad.

---

<sup>8</sup> Ibidem, Afaro, PP. 36, 38, 46



La percepción es un proceso esencialmente selectivo que nos impulsa a ver lo que hemos aprendido a ver y lo que esperamos ver.

### Implicación de los sentidos

La observación pasa a nosotros, antes que nada, a través de los sentidos, que son los que nos ponen en contacto con el mundo exterior. En su trabajo con el paciente, la enfermera utiliza la vista, el oído, el tacto y el olfato.

### La vista

La vista nos aporta multitud de informaciones en relación con las características físicas de una persona ( su fisonomía, su mirada, sus comportamientos, etc. ) nos informa igualmente sobre determinados signos y síntomas que traducen una necesidad insatisfecha o un problema de salud ( un rostro triste, o que denota sufrimiento, agitación o abatimiento, erupciones en la piel, edema, ictericia, etc. ).

### El oído

A través de este sentido nos llegan las palabras, las flexiones de voz, los quejidos o determinados ruidos que produce el paciente ( latidos del corazón, emisión de gases, etc. ) o provocados por él ( ruido de una caída, agitación ).

### El tacto

Desempeña un papel esencial en la exploración física o en la palpación de ciertas partes del cuerpo, que permiten conocer determinados detalles ( endurecimiento, grosor de una masa, textura de la piel, calor de los miembros, etc. )

## El olfato

Este sentido permite, por ejemplo detectar olores que revelan el grado de limpieza del paciente, o determinados procesos patológicos, como infección de una úlcera, que produce un olor nauseabundo, o el aliento dulzón de un diabético en un momento de elevación de la tasa de azúcar ( acidosis )

## Utilización de la observación

El marco conceptual de las necesidades fundamentales constituye un entramado-sistemático y diversificado muy útil en la práctica. En efecto, este entramado nos lleva a considerar las catorce necesidades del paciente en sus aspectos bio-psico-social, cultural y espiritual, a interrogarnos sobre su capacidad para satisfacerlas por sí mismo y a intentar descubrir cuáles son las fuentes de dificultad que producen su dependencia.

La consideración de una manifestación relacionada con alguna de las necesidades del paciente no debe, sin embargo, distraer a la enfermera y hacerla pasar por alto la observación de las otras necesidades. Debe, por supuesto, acostumbrarse a observarlas una a una, en toda su extensión, y en sus distintas dimensiones, pero no ha de perder de vista las interrelaciones que se establecen entre ellas. Esto le permitirá ver a la persona como un todo unificado, es decir, tener del paciente una visión holística.

## Recurso a los instrumentos de observación

La utilización de instrumentos de medición puede ampliar de forma importante la observación realizada personalmente por la enfermera:

utilizar instrumentos tales como el termómetro, el esfigmomanómetro, y los distintos aparatos de monitorización aporta mayor rigor a la recogida de datos y amplía el campo de observación de la enfermera. Pero no hay que perder de vista que el instrumento no puede hacer de observador y que, fundamentalmente, es un recurso más de ayuda a la enfermera.<sup>9</sup>

## ENTREVISTA

La entrevista es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud. Se sobrentiende que el objetivo de este encuentro es reunir información que permita descubrir las necesidades que permanecen insatisfechas en el paciente y las distintas manifestaciones de dependencia que las determinan. Este es el instrumento por excelencia de la personalización de los cuidados.

### Condiciones de la entrevista

La enfermera que proyecta mantener una entrevista con el paciente debe tener en cuenta ciertos factores importantes. Ante todo debe escoger el momento oportuno para el paciente, es decir, respetar la hora de sus comidas, sus momentos de fatiga, de reposo e igualmente los periodos que más sufre.

### Habilidades que facilitan la entrevista

El dominio y la utilización de determinadas habilidades ayudan a hacer más fácil la entrevista y permiten conducirla hacia la búsqueda de las informaciones que realmente necesita para avanzar en su proceso:

---

<sup>9</sup> *Ibidem*, Antología SUA, pp. 86, 87, 88

- Habilidad para hacer preguntas de forma adecuada
- Habilidad para confirmar o validar las percepciones que tiene de su paciente
- Habilidad para reconducir al paciente que hace disgresiones hacia el tema de la entrevista
- Habilidad para hacer una síntesis de lo que se ha dicho
- Capacidad para poner en práctica la escucha activa.

### Fases de la entrevista

La entrevista puede dividirse de distintas maneras, según el modo de análisis que se aplique a su desarrollo:

- Preparación material ( lugar, momento, intimidad, confort ) y la posibilidad de recurrir a otras fuentes ( historia clínica, otros profesionales ) para recoger las informaciones previas.
- La introducción es el momento en que se pone en marcha la entrevista.
- El desarrollo o cuerpo de la entrevista, que consta de una sucesión de preguntas y respuestas entre la enfermera y el paciente. los elementos recogidos en esta fase le permiten trazar el perfil de la persona cuidada, en relación con las catorce necesidades fundamentales.
- La conclusión que lleva a la enfermera a finalizar la entrevista. Si necesita entrevistarse de nuevo es necesario que se lo diga.

El interrogatorio se formulará en lenguaje simple y adaptado de tal forma que lo pueda comprender el paciente.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> *ibidem*, SUA, pp. 89, 90, 91, 92

## Tipos de Entrevista

### Entrevista Informal:

Es más breve que la formal. La enfermera orienta sus preguntas hacia la situación inmediata, en este tipo de entrevista se determinan los sentimientos y las necesidades.

### Entrevista Formal

Se estructura según sus objetivos y los datos que hay que obtener generalmente. Puede ser de dos tipos: dirigida y no dirigida o permisiva.

La primera está muy estructurada y produce información específica. En la segunda, es el entrevistado quien enfoca la entrevista, la otra persona sólo clarifica y favorece la comunicación. A veces se denomina a este proceso historia de enfermería.

### Técnicas de la entrevista

Están constituidas básicamente por tres tipos de preguntas: a) las preguntas y sugerencias abiertas, b) las preguntas cerradas, y c) las previstas o dirigidas.

Las preguntas y sugerencias abiertas: Permiten cierto grado de emplayamiento. Producen respuestas descriptivas o comparativas y permiten conocer aquello que el paciente está dispuesto a revelar.

Las preguntas cerradas: Sólo requieren una o dos palabras como respuesta. La información que se obtiene es muy limitada.

Las preguntas previstas: Sugieren lo que el entrevistador espera que se conteste.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Ibidem, Koziar, pp 123, 124, 126.

## HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

Elaborar una historia clínica a través de la entrevista con el paciente le proporciona a la enfermera la oportunidad de establecer una relación de enfermera-paciente positiva, de obtener información sobre el paciente, de observar el estado y comportamiento de éste. La historia clínica de enfermería es un registro escrito acerca del paciente. Facilita los datos sobre los que se valoran los problemas actuales y potenciales del paciente y es la base para planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. La enfermera debe estar capacitada para recopilar la información ya reunida por otros miembros del equipo de salud.

Además de los datos de identificación, diagnóstico y tratamiento médicos, la historia clínica de enfermería debe incluir lo siguiente: Actividades de la vida diaria, hábitos de defecación, hábitos de alimentación, ejercicio, hábitos de descanso relajación y sueño. Actividades de la vida diaria para las que el paciente necesita asistencia. Estado físico, estado psicológico. Antecedentes sociales, culturales y económicos, cuidados médicos y reacciones hacia ellos, esperanzas del paciente y de la familia puestas en el cuidado médico.<sup>12</sup>

Diferencias entre la Historia Clínica de Enfermería y la Historia Clínica Médica.

El proceso de enfermería complementa el proceso médico centrandose en como responde la persona a los problemas médicos, el plan de tratamiento y los cambios en su vida diaria. De esta forma, las enfermeras se aseguran de que las intervenciones están adaptadas al individuo, no a la enfermedad.

---

<sup>12</sup> Ann,Mariner , "Proceso de Atención de Enfermería" un enfoque científico, Editorial, Manual Moderno, 1983, pp. 34, 35, 36.

Datos médicos: centrados en la enfermedad.

Datos de enfermería: enfoque holístico, considerando tanto los problemas como su efecto sobre el paciente/familia.

Comparación del Proceso de Enfermería y el Proceso Médico.

### Proceso de Enfermería

- Trata con dos tipos de problemas de salud
- a ) problemas de respuestas humanas, b ) problemas con la estructura y función de los órganos o sistemas que requieren órdenes médicas.
- Utiliza un enfoque de cinco pasos ( valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación ) y proporciona reglas estrictas a seguir en cada paso
- Considera a la persona como un todo así como el funcionamiento de los órganos y sistemas.
- Se centra en enseñar a los individuos o grupos cómo ser independientes en las actividades de la vida diaria.
- Está relacionada con los individuos, con las personas significativas para ellos y con los grupos.

### Proceso Médico

Trata sobre los problemas derivados de la estructura y función de los órganos o sistemas.

- Utiliza un enfoque en cinco pasos ( valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación ) pero tiene reglas menos precisas sobre como llevar a cabo la planificación, ejecución y evaluación.

- Considera principalmente el funcionamiento de los órganos y sistemas
- Se centra en enseñar cómo se curan las enfermedades y traumatismos
- Está relacionado fundamentalmente con los individuos, a veces con los grupos y las familias.<sup>13</sup>

## EXAMEN FISICO

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos durante la entrevista, la enfermera utiliza cuatro técnicas específicas:

- **Inspección:** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos ( tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría )
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel ( tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad ).
- **Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal con el fin de obtener sonidos. ( sordos, mates, hipersonoros y timpánicos ).
- **Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.<sup>14</sup>

<sup>13</sup> Ibidem, Alfaro, pp. 11, 12, 13.

<sup>14</sup> Internet, " Teorías y Modelos mas utilizados en enfermería, el proceso atención en enfermería: personal, [redesib.es/a-sanguesa/modelos](http://redesib.es/a-sanguesa/modelos). México, 2000.



### 1.3.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

El diagnóstico de enfermería consiste en examinar las áreas que han sido identificadas como funciones independientes de enfermería incluyendo las que pueden ser ordenadas por separado sin colaboración de los médicos y otros profesionales de la salud. Estas funciones incluyen: 1) métodos de prevención como educación, cambios de posición u observación para detectar problemas; 2) métodos correctivos, como ingestión obligatoria de líquidos o administración de tratamientos. Al delinear las actividades de enfermería interdependientes no sólo se evita que se dupliquen o se superpongan con otras disciplinas, sino que se continúa la definición y validación de los elementos de la práctica de enfermería.

#### Definición

El diagnóstico de enfermería describe el estado del paciente ( su respuesta ante la salud o la enfermedad ) .

La fase de valoración del proceso de enfermería permite obtener los datos para el diagnóstico. Durante la fase de diagnóstico, la enfermera organiza interpreta y valida los datos que se obtienen del paciente y de fuentes secundarias. El objetivo de este proceso es formular el diagnóstico, que constituirá el marco para las fases subsiguientes de planeación, implementación y evaluación.

#### Características

- Indica el problema del paciente
- Hace referencia a un estado de salud o a un problema probable para la salud
- Es una conclusión que resulta de identificar un patrón o un conjunto de signos y síntomas

- Se basa en datos objetivos y subjetivos que pueden confirmarse
- En el se indica el juicio de la enfermera
- Se refiere a una afección que las enfermeras están capacitadas para tratar
- Se refiere a afecciones físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales
- Es corto y conciso
- Tiene dos partes, y en ellas se incluye la etiología cuando se conoce
- Se refiere a afecciones que pueden ser tratadas en forma independiente por la enfermera
- El paciente lo conoce y está de acuerdo con él, siempre que sea posible.

#### Componentes del diagnóstico según la ( NANDA )

El diagnóstico consta de dos partes unidas por la frase " en relación con " al formular el diagnóstico la enfermera describirá el problema del paciente ( parte I ) e identificará los factores relacionados con el mismo ( parte II )

#### Parte I : El problema

En la primera parte del diagnóstico se especifica el problema identificado por la enfermera durante la fase de valoración. Esta parte constituye una indicación clara de lo que es necesario cambiar y determinar los objetivos que permitirán medir el grado de cambio. Al escribir la primera parte, la enfermera tendrá en cuenta dos áreas: 1. ¿ Qué problema implícito indican los datos de la valoración?, 2. ¿ Hasta que grado existe dicho problema?

## Parte II : El factor relacionado

El factor relacionado ( etiología ) constituye la segunda parte del diagnóstico de enfermería. El factor relacionado refleja los elementos del ambiente, psicológicos, socioculturales, fisiológicos o espirituales, que se cree contribuyen al problema para la salud<sup>15</sup>

### Como Formular el Diagnóstico de Enfermería

Escribir el diagnóstico en términos de respuesta en vez de necesidad, escribir el diagnóstico en términos legalmente aconsejables. Evitar la inversión de partes, evitar incluir signos y síntomas de enfermedades en la primera parte del diagnóstico. Asegurarse de que las dos partes del diagnóstico no signifiquen lo mismo. Expresar el problema y los factores relacionados en términos que puedan cambiarse. No se incluirá el diagnóstico médico en el diagnóstico de enfermería. El diagnóstico se emitirá en forma clara y concisa.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> J, Taptich, Barbara, "Diagnóstico de Enfermería y Planeación de cuidados", Interamericana, McGRAW-Hill, México, 1992, pp. 10,12

<sup>16</sup> *ibidem*, Taptich, pp. 20 - 25

### 1.3.3 PLANIFICACION

La planificación de los cuidados es una de las etapas que orientan hacia la acción. Se basa en las etapas anteriores y específicamente en la definición de los diagnósticos de enfermería.

#### Definición

Planificar cuidados significa: establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben tomar. En realidad, se trata de organizar las intervenciones de acuerdo con una estrategia definida de antemano.<sup>17</sup>

#### La planificación implica

- Fijación de prioridades
- Establecimiento de los resultados esperados
- Determinación de las intervenciones de enfermería
- Documentación del plan de cuidados

#### Fijación de Prioridades

El primer paso para poder organizarse es la fijación de prioridades, para ello es necesario contemplar los problemas identificados y formularnos algunas preguntas clave: ¿ Qué problemas necesitan atención inmediata ( problemas que pongan en riesgo la vida, dolor, malestar), ¿ Qué problemas tienen soluciones sencillas?, ¿ Qué problemas deben derivarse a otro profesional?, ¿ Qué problemas deben anotarse en el plan de cuidados?

---

<sup>17</sup> *Ibidem*, Antología SUA, pp. 129

## Principios Básicos para la Fijación de Prioridades

Elegir un buen método y utilizarlo consistentemente es la clave para actuar de forma sistemática y abarcar todos los problemas. Por ejemplo se puede utilizar la jerarquía de necesidades de Maslow;

- Prioridad 1. Problemas que amenazan la vida y que interfieren con las necesidades fisiológicas.
- Prioridad 2. Problemas que interfieren con la seguridad y protección.
- Prioridad 3. Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia.
- Prioridad 4. Problemas que interfieren con la autoestima.
- Prioridad 5. Problemas que interfieren con la capacidad para lograr los objetivos personales.

## Planificación de Cuidados dirigidos al logro de Objetivos ( resultados esperados )

Una vez que se determinan las prioridades, el siguiente paso es el establecimiento de objetivos. Los objetivos tienen tres propósitos principales: 1) Son los instrumentos de medición del plan de cuidados, 2) Dirigen las intervenciones, 3) Son factores de motivación.

## Objetivos a Corto y Largo Plazo

La planificación de cuidados dirigidos al logro de objetivos a veces incluye el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo. Los objetivos a corto plazo (OCP) son los que se pueden conseguir de forma bastante rápida, con frecuencia en menos de una semana. Los objetivos a largo plazo ( OLP ) son aquellos que van a lograrse en un plazo de tiempo más largo, con frecuencia semanas o meses.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> *Ibidem*, Alfaro, pp. 129 - 138

## Definición

Un objetivo de cuidados puede definirse como una meta a la que quiere que llegue el paciente. Se trata de una intención dada a los cuidados, expresada por medio de la descripción de un comportamiento expresado en el paciente, o de un resultado que se desea obtener, después de la puesta en marcha de una serie de medidas o de intervenciones.

## Características de un objetivo de cuidados

El objetivo de cuidados debe describir cuál es el resultado que persigue con su acción, debe expresar sus objetivos de forma específica, en función del comportamiento del paciente.

## Campos a los que pueden pertenecer los objetivos

- De naturaleza psicomotriz
- De naturaleza cognocitiva
- De naturaleza afectiva.

## Determinación de las Intervenciones de Enfermería

La elaboración de las intervenciones permite a la enfermera determinar el tipo de acción y la forma para conseguir el comportamiento esperado en el paciente y para corregir su problema de dependencia. Las intervenciones, pues, constituyen las acciones que realiza ella misma para conseguir el bienestar del paciente o su mejoría. Engloban también las acciones que ella hace ejecutar al paciente "cuidado". A estas distintas acciones deben añadirse asimismo intervenciones de comunicación, de relación de ayuda y enseñanza al paciente<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> *Ibidem* Antología SUA, pp.131 - 138

Las intervenciones de enfermería son actividades que realiza la enfermera para:

- Controlar el estado de salud
- Prevenir, resolver o controlar un problema
- Ayudar a realizar las actividades de la vida diaria
- Promover la máxima salud e independencia.<sup>20</sup>

#### Anotación del plan de cuidados

Los tres principales propósitos de anotar el plan de cuidados son:

1. Facilitar la comunicación entre los profesionales del cuidado de la salud.
2. Dirigir los cuidados y la documentación.
3. Proporcionar un registro escrito que más tarde puede usarse para la evaluación.

Para lograr estos propósitos, cada plan por lo general, incluye los siguientes aspectos:

- Un breve perfil del paciente
- El objetivo para el alta
- Los problemas más importantes del paciente
- Los resultados esperados
- Ordenes para las intervenciones
- Un espacio para comentarios de evaluación<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> *Ibidem*, Alfaro, pp. 152

<sup>21</sup> *Ibidem*, Alfaro, pp. 164

### 1.3.4 EJECUCION

La fase de ejecución de los cuidados constituye el momento de la realización del plan de intervenciones. En esta fase, los actores son múltiples, en primer lugar, se encuentra el paciente que lleva a cabo las acciones planificadas para él. Está también la enfermera que supervisa estas acciones. Anima, informa, enseña, manifiesta su empatía, aporta su ayuda y procede a todo tipo de cuidados destinados al paciente. Sin embargo ella no actúa sola, sino que forma parte de un equipo de cuidados de enfermería, que desarrolla un trabajo importante, asegurando la complementariedad y la eficacia de las actividades profesionales. También se pueden encontrar miembros de la familia del paciente, que ,en algunas circunstancias, colaboran en los cuidados.

#### Ejecución de los Cuidados y Orientación hacia la Independencia

El objetivo principal de los cuidados consiste en conducir al paciente hacia un estado óptimo de independencia en la satisfacción de sus necesidades. Pero, según la condición del paciente, el estado de dependencia puede ser variable. Antes de ejecutar cuidados, es esencial evaluar qué puede hacer el paciente por sí mismo a fin de procurar que conserve toda la autonomía posible.

#### Ejecución de los Cuidados y Relación Enfermera- Paciente

La fase de ejecución de los cuidados es el momento más importante para el contacto con el paciente. Es el momento por excelencia para establecer una relación significativa con él. La enfermera debería preocuparse de cómo está viviendo el paciente la situación y tener en cuenta la preocupación constante de establecer con él una relación de ayuda.



## Comunicación Funcional

En el curso de su trabajo junto al paciente la enfermera debe comunicarse con él en múltiples circunstancias, la comunicación verbal, no verbal y el tacto desempeñan aquí un papel importante.

## Relación de Ayuda

La relación de ayuda es un instrumento diario para la enfermera, frente al sufrimiento, la tristeza, la soledad o la depresión que descubre en sus pacientes.

## Situaciones o Reacciones del paciente durante la Ejecución de los Cuidados

La ansiedad, el estrés, el dolor, la soledad, la inmovilidad o la disminución de la actividad normal, el sentimiento de impotencia, la modificación del esquema corporal, la pérdida, el duelo, la muerte. Ante todas estas dificultades, la enfermera cuenta con medios para actuar, naturalmente, debe aplicar los tratamientos y los cuidados que pueden aliviar a la persona enferma y aportarle un poco más de confort y de bienestar.

## Comunicación pedagógica

La ejecución de los cuidados constituye para la enfermera un momento privilegiado para informar al paciente sobre su problema de salud, su tratamiento, o incluso sobre ciertos hábitos de su vida que son poco aptos para satisfacer sus necesidades fundamentales.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> *Ibidem*, Antología, SUA, pp.1 58 - 166

La Realización de las Actividades de Enfermería incluye lo siguiente:

Llevar a cabo una actividad para alguien, ayudar a las personas a desarrollar una actividad por sí mismas, supervisar a las personas mientras realizan una actividad por sí mismas, enseñar a las personas sobre sus cuidados de salud, asesorar a las personas en las elecciones que deben hacer en la utilización de los recursos de salud adecuados y control para detectar potenciales complicaciones/problemas

### Preparación para Actuar

La preparación puede marcar la diferencia entre una actuación arriesgada para la enfermera y para el paciente, y unos cuidados seguros y eficaces que promueven el bienestar y obtienen los resultados deseados.

### Pasos Sugeridos para Preparar la Intervención:

- Revisar el plan y cerciorarse de que conoce las razones de la intervención
- Decidir si posee las cualificaciones para realizar las intervenciones
- Averiguar si hay estándares que detallan cómo deberían llevarse a cabo las intervenciones
- Valorar el estado actual del paciente y determine si las intervenciones, aun son apropiadas
- Hagase un planteamiento general de lo que va a hacer, piense en lo que podría suceder, qué podría ir mal y que hacer en caso de que suceda
- Registro mediante hojas adicionales
- Registros ayudados por ordenador

## Aprender a hacer Anotaciones Efectivas

La forma de hacer las anotaciones dependerá de las políticas, estándares, procedimientos y protocolos del centro en el que trabaje.

### Criterios para unos sistemas de registro efectivos

- Adaptarse a los tipos de problemas más frecuentes en la población de pacientes del centro, para centrar las anotaciones de las enfermeras en los aspectos clave del cuidado del paciente
- Reflejar los pasos del proceso de enfermería
- Evitar la doble documentación y las anotaciones irrelevantes
- Aumentar la calidad de los registros de enfermería, a la vez que reduce el tiempo dedicado a escribir
- Complementar la información registrada en el plan de cuidados
- Tener diseño que permita recuperar con facilidad los datos cruciales del paciente
- Ser correcto desde el punto de vista legal.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> *Ibidem*, Alfaro, pp. 187 - 195

### 1.3.5 EVALUACION

La última etapa del proceso la constituye la evaluación de los cuidados prodigados al paciente.

#### Definición

Consiste en emitir un juicio sobre el trabajo de la enfermera en relación con los resultados obtenidos.

Se trata en realidad, de un interrogatorio y una reflexión que se hace sobre el conjunto de acciones y orientaciones decididas por la enfermera. La evaluación es una condición absoluta de la calidad de los cuidados,<sup>24</sup>

La Evaluación de un Plan de Cuidados Individual implica las siguientes actividades:

- Evaluación del logro de los resultados esperados
- Identificación de las variables, o factores, que afectan el logro de los resultados esperados
- Decisión de si continuar, modificar o dar por finalizado el plan de cuidados
- Continuación, modificación o finalización del plan.

#### Evaluación del logro de los Resultados Esperados

Pasos para evaluar el logro de los resultados esperados:

1. Realizar una valoración para determinar el estado actual de salud y la disponibilidad para comprobar el logro de los resultados esperados
2. Hacer una lista de los resultados esperados determinados en la planificación

---

<sup>24</sup> *Ibidem*, Alfaro, pp. 187 - 195

3. Valorar lo que el paciente es capaz de hacer en relación con los resultados esperados

4. Comparar la conducta del paciente con los resultados esperados establecidos y formularse las siguientes preguntas:

¿ se han logrado por completo los resultados esperados, ¿ se han logrado en parte los resultados esperados, ¿no se han logrado los resultados esperados?

#### Identificación de las Variables que afectan el Logro de los Resultados Esperados

Cuando se haya determinado el logro de los resultados esperados, se podrán identificar las variables, o factores, que afectan el logro de los mismos. para ello se debe analizar la información obtenida en la valoración del paciente y exáminar los registros.

Decidir si se debe Continuar, Modificar o Finalizar el Plan de Cuidados.

El paso final consiste en tomar la decisión de si se continúa, modifica o finaliza el plan.

- Continuar el plan: Si el paciente no ha logrado los objetivos, y la enfermera no ha modificado ningún factor que dificulte o facilite los cuidados
- Modificar el plan: Cuando los resultados esperados no se han logrado y la enfermera a identificado factores que dificultan o facilitan los cuidados.
- Finalizar el plan: Si el paciente ha logrado los resultados y demuestra habilidad para cuidar de si mismo.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> *Ibidem*, Alfaro, pp. 208 - 211

## 1.4 MODELO DE PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897 en Kansas ( Missouri ). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teorica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería. La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma: La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena) actividades que realizaria por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

- **Persona (necesidades básicas):** Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistos como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- **Salud (independencia, dependencia, causas de la dificultad o problema):** habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería.
- **Rol Profesional (cuidados básicos de enfermería, relación con el equipo básico de salud)**

- Entorno ( factores ambientales, factores socioculturales ): Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

**Los elementos más importantes de su teoría son:**

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.

**Las 14 Necesidades Básicas**

Necesidad de Oxigenación, Necesidad de Nutrición e Higiene, Necesidad de Eliminación, Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura, Necesidad de Descanso y sueño, Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas, Necesidad de Termorregulación, Necesidad de Higiene y protección de la piel, Necesidad de Evitar los peligros, Necesidad de Comunicarse, Necesidad de Vivir según sus creencias y valores, Necesidad de trabajar y realizarse, Necesidad de Jugar/Participar en actividades recreativas, Necesidad de aprendizaje.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades.

### **La salud, Independencia/Dependencia y causas de la dificultad.**

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido buscan y tratan de lograr la independencia y por tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada. Con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como " falta de fuerza " " falta de conocimiento " o " falta de voluntad "

- **Independencia:** puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades Básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación. Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo.
- **Dependencia:** puede ser considerada en una doble certiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.



- Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de dependencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales)
  
  - Causas de la Dificultad: son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:
    - \* Falta de fuerza: Interpretamos la fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
  
    - \* Falta de conocimientos: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad. La propia persona ( autoconocimiento ) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
  
    - \* Falta de voluntad: entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.
- Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente. El tipo de actuación ( de suplencia o ayuda ) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

**Rol Profesional. Cuidados Básicos de Enfermería:**

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

### **APLICACION DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

**En las etapas de valoración y diagnóstico**

sirve de guía en la recolección de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina: El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades, las causas de la dificultad en tal situación, la interrelación de unas necesidades con otras, la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

**En las etapas de planificación y ejecución**

sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención ( suplencia o ayuda ) más adecuado a la situación y en determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo ( siempre que sea posible ) en su propio cuidado.

**En la etapa de la evaluación**

el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Ibidem, Ferrín , pp. 9 - 10

## **Funciones de Enfermería**

### **Función Dependiente:**

Incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

### **Función Interdependiente:**

Se refiere a aquellos problemas o situaciones en cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud.

### **Función Independiente:**

Es toda acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería y no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

## 1.5 QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO

### Definición

La quemadura supone una lesión tisular que puede estar causada por diferentes tipos de agresiones como la energía térmica, la energía eléctrica, las sustancias químicas y la radiación.

El espectro clínico al que da lugar la quemadura es el más amplio de todos los tipos de trauma, varía entre una quemadura superficial, a la destrucción mortal de toda la superficie corporal.<sup>27</sup>

### DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Aproximadamente 2.3 habitantes de cada 100.000 morirán a causa de quemaduras. Las áreas más afectadas por quemaduras ( 71% ) son las extremidades superiores, seguidas de la cabeza y cuello ( 52% ). Las quemaduras más frecuentes son las que se producen por escaldado, mientras que las debidas a inhalación son raras en pacientes pediátricos.<sup>28</sup>

Las quemaduras son la segunda causa más común de muerte durante la niñez, que ocurren en menores de 5 años ( 84% ). La frecuencia máxima es en el grupo de 1 a 4 años. La frecuencia fue mayor en varones. Como lo demuestran los siguientes reportes obtenidos en la banco de datos de la UNICEF, recabados durante el año de 1996; en donde se enuncia que en la República Mexicana, se ingresarón a una unidad hospitalaria de concentración un total de 3,429 pacientes, de los cuales egresarón 2,977 pacientes, estos repartidos de acuerdo a edad, de la siguiente manera:

---

<sup>27</sup> J.A, Lorente, A. Esteban, "Cuidados intensivos del paciente quemado", Springer-Verlag, Iberica, Barcelona, 1998, pp. 1

<sup>28</sup> Jeffrey J. Blumer, "Cuidados intensivos en pediatría" 3ª edición, Harcourt Brace, España, 1990, pp. 158.

## DATOS ESTADISTICOS

EDAD	NUMERO DE PACIENTES
menores de 1 año	115
DE 1 - 4 años	1145
DE 5 - 14 años	625
DE 15-24 años	1092

En el Distrito Federal en 1996, los pacientes reportados con quemaduras por fuego menores de 14 años fueron:

	Menores de 1 año	1-4 años	5 - 14 años	total
Masculinos	9	76	41	126
Femeninos	14	48	31	93

El Hospital Pediátrico " Tacubaya" del Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, es considerado desde hace más de 10 años, un centro de concentración nacional y donde los últimos dos años se atendieron un promedio de 1,228 pacientes menores de 14 años de edad, de los cuales, el 58.7% requirió de hospitalización, mientras que el 41.2% se trató de forma ambulatoria. Siendo el grupo de edad más afectado el de preescolares con el 53.4% y predominó la lesión por escaldadura en el 60.5 % y la mortalidad se ubicó en el 5.8%, de manera similar a lo registrado en otros informes de la literatura médica.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Rodríguez Villalobos Luis, " Tesis Complicaciones que provoca on la muerte en pacientes con quemaduras severas" UNAM, 1999. pp. 4 - 5

## ETIOLOGIA

Las quemaduras de acuerdo a la etiología, se denominan:

- Escaldadura: causadas por líquidos
- Corrosivas: causadas por agentes químicos o caústicos
- Fuego directo
- Eléctricas

Siendo por escaldadura la causa principal de quemaduras en niños ( 58% ), otras causas de estas lesiones en niños incluyen líquidos inflamables, fósforos, incendios en el domicilio, y cordones eléctricos<sup>30</sup>

## FUNCIONES DE LA PIEL

La piel cubre en su totalidad la superficie del cuerpo humano y representa aproximadamente la sexta parte del peso corporal. Además se continúa con la mucosa que reviste los aparatos digestivo, respiratorio y urogenital en los lugares en que éstos se abren a la superficie, en los párpados se continúa con la conjuntiva, y a nivel del oído recubre el meato auditivo externo y la membrana del tímpano. Aunque frecuentemente la piel no es considerada como un órgano, sus funciones específicas y vitales la definen como tal. Estas incluyen:

- Una función protectora: contra los insultos externos producidos por agentes térmicos y mecánicos, además de evitar la pérdida de líquido, proteínas e iones, controlando esta pérdida de forma fisiológica por medio del sudor u otras secreciones.

---

<sup>30</sup> Op. Cit. Rodríguez, pp. 3

- Una función de percepción sensorial: llevada a cabo por las terminaciones de los receptores que aportan información del exterior al captar los estímulos del tacto, la presión, el dolor o la temperatura ejercidos sobre la piel.
- Una función termorreguladora: pues evita la pérdida de calor merced a su efecto de recubrimiento de la superficie corporal así como por la presencia de grasa a nivel del tejido subcutáneo y de pelo; también actúan como reguladoras de la temperatura la cantidad de sangre que, dependiendo de la temperatura exterior, llega a la superficie cutánea desde los dos plexos vasculares que nutren la piel, y la presencia de glándulas sudoríparas cuya secreción ( el sudor ) se evaporará como respuesta rápida a los aumentos de temperatura cuando hace mucho calor en el exterior o se hace ejercicio.
- Una función metabólica: representando el tejido subcutáneo un excelente almacén de energía, especialmente de triglicéridos, además de sintetizar Vit D3 en la epidermis por la acción de los rayos ultravioleta sobre el 7-dihidrocolesterol presente en los queratinocitos ( y que suplenta a la ingerida por la dieta ).
- Finalmente una función inmunológica: colaborando en la captación y procesamiento de señales antigénicas que son transmitidas a las células linfoides. Esta última función ha sido conocida recientemente a la luz de los resultados de los estudios realizados con marcadores celulares y moleculares encaminados a aumentar el conocimiento de las interacciones celulares y su regulación. La secreción de las glándulas sebáceas tiene propiedades antimicrobianas debido, particularmente, a la presencia de ácido oleico; por otro lado, la piel ha previsto la posible entrada de microorganismos y ha desarrollado mecanismo de eliminación de bacterias invasivas por medio del proceso de descamación.



## HISTOLOGIA

La piel esta constituida por dos capas, la epidermis ( compuesta por epitelio escamoso estratificado ) y la dermis ( formada por tejido conectivo ), separadas por una membrana basal, por debajo de la dermis existe otra capa denominada hipodermis o tejido subcutáneo constituida por cantidades variables de tejido adiposo y conjuntivo que se encuentra fuertemente anclada a la dermis. La piel del hombre es más gruesa que la de las mujeres y la de los niños, y aumenta de grosor hasta los 30 - 40 años, momento en el que comienza a adelgazar progresivamente.

Todos los componentes de la piel derivan del ectodermo y del mesodermo; los componentes epiteliales ( epidermis, unidad pilo-sebáceo-apocrina, unidad ecrina y uñas ) se originan del ectodermo, mientras que los melanocitos y los nervios lo hacen del neuroectodermo; el mesodermo da lugar a todas las estructuras mesenquimales ( fibras de colágeno y elásticas, vasos sanguíneos, músculo y grasa)<sup>31</sup>

## FISIOPATOLOGIA DE LA LESION TERMICA

### Tegumento

En términos generales la fisiopatología de las heridas por quemadura en el paciente pediátrico no difiere de la del adulto. Al aplicar calor a un tejido, el producto final es la desnaturalización de las proteínas, la destrucción de elementos celulares y la abolición del metabolismo celular. La intensidad de la fuente de calor y el tiempo de exposición al mismo determinan la extensión de la lesión, tanto en tamaño como en profundidad ( Moritz, 1947 ).

---

<sup>31</sup> Ibidem, Lorente, pp. 36 - 37

Jackson (1953) describió la lesión térmica, la cual consiste en tres zonas concéntricas. La zona más interna o zona de coagulación, representa el área donde el contacto térmico fue más intenso. Si el área se extiende por debajo de los elementos epidérmicos de la dermis, se produce una lesión en todo el espesor de la piel; de no ser así, puede ocurrir el cierre espontáneo. El flujo sanguíneo se interrumpe allí de inmediato, y los vasos se vuelven permeables para líquidos, solutos y proteínas los cuales al escapar al área de lesión producen edema. Este incremento de la permeabilidad vascular se extiende también hacia las otras dos zonas y en quemaduras que afectan más del 30% del área corporal ( AC ), el edema se puede generalizar a todo el cuerpo. La zona de coagulación está rodeada por una zona de estasis ( zona intermedia ), la cual puede o no sobrevivir dependiendo generalmente del tratamiento realizado durante las primeras 48 hrs. Los vasos sanguíneos también están comprometidos en esta área la cual puede degenerar hacia la necrosis generalizada si la reanimación del paciente es inadecuada o si sufre un traumatismo local adicional. La zona externa se denomina zona de hiperemia; es un área de lesión limitada y se recupera en siete a diez días después de la quemadura. Con todo, estas tres zonas no son de naturaleza estática. La lesión inicial puede extenderse y profundizarse por traumatismo local, edema, hipoxia, desecación o invasión bacteriana.<sup>32</sup>

#### Consideraciones cardiovasculares

Las lesiones térmicas ocasionan alteraciones intensas en el aparato cardiovascular.

---

<sup>32</sup> Bendlin, Linares, Benaim " Tratado de Quemaduras" Interamericana McGraw-Hill, México, 1993, pp. 263 - 264

Al principio disminuye el volúmen sanguíneo de la circulación y aumenta la resistencia vascular general. Se ha descrito un factor depresor del miocardio en el suero, pero en la mayor parte de los casos la baja en el gasto cardiaco es consecutiva a un menor volúmen sanguíneo en la circulación. El gasto cardiaco suele normalizarse antes del restablecimiento completo del volúmen intravascular. La presión venosa central y la presión en cuña de los capilares pulmonares suelen tener valores bajos normales y mantenerse así luego de la reanimación adecuada. La hipertensión es un fenómeno frecuente después de lesiones térmicas en los niños, y se presenta hasta en 57% de los casos. Se ha informado encefalopatía hipertensiva, que se manifiesta por alguna de las siguientes manifestaciones: a) convulsiones, b) irritabilidad intensa, c) letargo extremo, d) desorientación.

#### Consideraciones Pulmonares

La disfunción pulmonar ulterior a lesión térmica puede deberse a lesión por inhalación, aspiración, sepsis, insuficiencia cardiaca congestiva, choque o traumatismo concomitante. Esta bien descrita la neumopatía significativa en la lesión térmica sin lesión por inhalación concomitante. Pruebas experimentales revelan un aumento inicial en la presión arterial pulmonar y un incremento del flujo linfático del pulmón, consecutivo a lesión térmica.

La sepsis general o pulmonar da origen a la acumulación rápida de agua en el pulmón, sin modificación de las fuerzas hidrostáticas u osmóticas. En consecuencia, la lesión de la membrana capilar pulmonar originada por la sepsis es la principal causa del edema pulmonar que se presenta después de quemaduras.

## Consideraciones renales

La insuficiencia renal subsecuente a una lesión térmica es rara, pero puede obedecer a los siguientes factores: a) hipotensión general prolongada por una reanimación con líquidos inadecuada o tardía, b) liberación de mioglobina por el tejido vascular dañado o, raras veces, c) descarga de hemoglobina resultante de hemólisis ocasionada por el calor. En seguida de la lesión térmica se reduce el flujo sanguíneo pulmonar. Más tarde aumenta en grado considerable la intensidad de filtración glomerular, lo que coincide con la aparición de un estado hipermetabólico después de la quemadura y una circulación hiperdinámica. Estas alteraciones en el flujo sanguíneo renal adquieren importancia cuando se trata de lograr concentraciones séricas terapéuticas de antibióticos que son excretados por el riñón.

## Consideraciones Hepáticas

La disfunción hepática es común después de quemaduras. En la primera semana suele haber datos clínicos y de laboratorio que señalan disfunción hepática. Los pacientes que manifiestan esta complicación por lo general tienen afectada un área de superficie mayor y presentan mortalidad más alta que los que no muestran disfunción hepática. La ictericia clínica conlleva una alta mortalidad conjugada suele indicar sepsis. Aún no se ha esclarecido con certeza la causa de la disfunción hepática, si bien tienen que ver alteraciones hemodinámicas, la hipoxia y la sepsis.

## Consideraciones Hematológicas

### Plaquetas

A los pocos días de ocurrida la quemadura se presenta trombocitopenia leve seguida

de trombocitosis ( dos a cuatro veces el valor normal ) hacia el término de la primer semana. La trombocitopenia puede persistir en el paciente séptico. Se ha implicado el secuestro hacia la herida como la causa de la trombocitopenia en una etapa temprana. La agregación plaquetaria puede estar deprimida o intensificada despues de una quemadura.

### Factores de la coagulación

Los tiempos de protombina ( TP ), troboplastina parcial ( TTP ) y trombina muestran poco cambio después de estas lesiones. Sin embargo, tienen lugar aumentos significativos en el fibrinógeno y en los factores V y VIII. Asi siempre las concentraciones de productos de la fibrina y el fibrinógeno están elevados, y tienden a ser paralelos a las concentraciones de fibrinógeno, si bien se ha atribuido poca importancia a estos cambios en lo que respecta al pronóstico.

Las complicaciones hemorrágicas y tromboticas de la lesión térmica suelen relacionarse con enfermedades hísticas circunscritas ( ejemplo: úlcera de Curling, tromboflebitis por catéteres intravenosos ) más que con una coagulopatía general.

### Eritrocitos

Tras la quemadura disminuye la masa eritrocítica, a consecuencia de la fragmentación de los eritrocitos. Es posible que aparezca pigmento eritrocítico en el plasma y en la orina. En las primeras etapas una concentración baja de hemoglobina queda encubierta por la hemoconcentración a medida que se pierde líquido del compartimiento intravascular. Después de la primera semana, no se altera en grado significativo la supervivencia del eritrocito, y no hay pruebas de una hemolisis

persistente. En las quemaduras graves suele haber anemia refractaria, que persiste hasta que se concluye el cierre de la herida. La pérdida quirúrgica de sangre, el desbridamiento diario, la flebotomía y las úlceras gástricas, también contribuyen a una hemorragia considerable en las semanas subsiguientes a la quemadura.

#### Consideraciones relacionadas con el sistema nervioso central

Ocurre disfunción del sistema nervioso central hasta en 14% de los niños quemados. La hipoxia en las primeras 48 horas es la causa más común de encefalopatía y se relaciona con la inhalación de humo y monóxido de carbono que sufre la víctima en incendios en áreas encerradas. La encefalopatía también puede deberse a hipovolemia, hiponatremia, sepsis, trombosis de vena cortical y gliosis consecutiva a infarto por la "pérdida de agua".

#### Consideraciones gastrointestinales

La úlcera por estrés ( úlcera de Curling ) del estómago o del duodeno pone en peligro la vida del quemado, pero es una complicación que se puede prevenir. Se encuentran anomalías en la mucosa gástrica en 90% de los casos de quemadura grave, se ha comunicado la presencia de colecistitis alitiásica en víctimas de lesiones térmicas, la cual se caracteriza por fiebre, distensión abdominal e ictericia. La lesión térmica mayor produce alteraciones en la permeabilidad intestinal.

#### Consideraciones metabólicas

La lesión térmica se relaciona con una gran respuesta hipermetabólica, que es

proporcional a la gravedad de la quemadura. Se produce un estado catabólico que se caracteriza por degradación del músculo estriado, aumento del consumo de oxígeno, lipólisis y gluconeogénesis hepática.

### Inmunidad e Infección

Las quemaduras graves traen consigo déficit inmunitario, cuya magnitud guarda relación directa con la gravedad de la lesión. La lesión térmica en la piel produce insuficiencia de esta barrera mecánica local a las bacterias y disfunción de otros sistemas de defensa inespecíficos y específicos del huésped.

La infección pone en grave riesgo la supervivencia de los quemados. La bacteremia conlleva un aumento de la mortalidad después de lesiones térmicas. La sepsis de la quemadura y la neumonía son los principales focos de infección.<sup>33</sup>

### CUADRO CLINICO

Las manifestaciones clínicas y de laboratorio dependen de la fase en que se encuentra el paciente quemado, así como del tipo de lesión, profundidad y extensión de la quemadura. En la primera fase: que corresponde a la de choque, las manifestaciones clínicas son las de deficiencia de líquidos, cuyo primer sintoma es la sed, que a menudo es intensa y no se alivia con la administración de líquidos parenterales; el dolor local es intenso y depende de la lesión, siendo más dolorosas las quemaduras superficiales, y no dolorosas las profundas o de tercer grado. El vomito se debe al colapso circulatorio, dilatación aguda del estómago e íleo

---

<sup>33</sup> Mark C, Rogers-Mark A. Helfaer "Cuidados Intensivos en Pediatría" 2ª edición, McGraw-Hill Interamericana, México, 1997, pp. 790 - 795.

paralítico o efecto inespecífico de la lesión. La inquietud, desorientación y conducta maniaca pueden indicar hipoxia cerebral. Se presenta oliguria y si no hay lesión de los riñones, la orina está concentrada y tiene densidad alta. Localmente hay lesiones cuyo aspecto varía de acuerdo con la causa y profundidad de la lesión; la presencia y grado de edema se relaciona con lo anterior y el tiempo de evolución de las quemaduras, y llega a ser máximo a las 48 horas, cesando la extravasación de líquidos. Al tercer día se inicia la fase diurética, en la cual regresan los líquidos del espacio intersticial a la circulación, presentandose gran cantidad de orina con hemodilución y alteraciones electrolíticas. Existe hipertensión arterial como problema común, pero su causa continúa siendo incierta. Posteriormente, el paciente pasa por la fase de eliminación de tejido necrótico y desbridación, fase de aplicación de injertos de piel, o bien de epitelización cuando las lesiones son superficiales, y finalmente la etapa de secuelas y rehabilitación. Cuando las quemaduras son extensas y profundas, el paciente puede perder gran cantidad de tejido graso y muscular, y presentar un adelgazamiento importante con pérdida de la función muscular y articular. Hay alteraciones emocionales generales por intenso dolor físico, estar separado de los padres, operaciones y curaciones frecuentes y el largo periodo de hospitalización.

## **LABORATORIO Y GABINETE**

Al ingresar el paciente al hospital, se toma una radiografía del tórax, muestras de sangre y de orina para determinar hemoglobina, hematócrito, eritrocitos, leucocitos, plaquetas, nitrógeno ureico, proteínas del suero, glucosa en sangre, electrolitos y gases en sangre. Los exámenes de laboratorio y manifestaciones clínicas constituyen la base del tratamiento.



## DIAGNOSTICO

El conocimiento de la causa de la quemadura y una buena historia clínica son importantes; aunque se puede deducir que existe daño pulmonar en explosiones por petróleo o fuego en áreas abiertas. Se realiza un exámen breve y conciso antes de iniciar el tratamiento de base. Busque irritación de nariz y boca, ruidos intestinales. La segunda evaluación de importancia es determinar el porcentaje del área corporal quemada y la profundidad de la misma, investigar otros posibles traumatismos, fracturas, laceraciones, contusiones, etc.; observe la perfusión capilar en uñas y pies. En general, habrá de hospitalizar a los niños con 15% o más de superficie quemada, en casos de menor porcentaje se evalúa dependiendo de las áreas especiales.<sup>34</sup>

## PORCENTAJE DE LA QUEMADURA

### Extensión

Ante todo es muy importante conocer el peso y talla del paciente, para con ellos determinar la superficie corporal en metros cuadrados ( m<sup>2</sup> ). Llegado a este punto, debe determinarse el porcentaje ( % ) de superficie corporal que se ha quemado.

Para ello puede recurrirse a la regla de los nueves, fácil de recordar, pero con algunas deficiencias. Se distribuye así: 9 % para cada extremidad superior, 9 % para la cabeza, 18 % para cada extremidad inferior, 18 % para la parte anterior del tronco (abdomen y torax), 18 % para la parte posterior del tronco, 1 % para el área genital.

---

<sup>34</sup> Hospital Infantil de México, "Urgencias en pediatría" Interamerica McGRAW-HILL, 4ª edición, México, 1996, pp.

En este sistema no se tiene en cuenta la diferencia del tamaño de la cabeza, por ejemplo, entre el adulto (9%) y el niño (18 a 19 %), dependiendo de su edad.

Más detallado y preciso es el cuadro de los doctores Lund y Browder (1944). Como está dividido por edades para las distintas áreas del cuerpo, se puede hacer un cálculo más real.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> *Ibidem* Bendlin, pp 155

## REGLA DE LOS NUEVES

PARTE CORPORAL	% S C T	TOTAL ( % )
Cabeza ,cara anterior	4.5	
Cabeza, cara posterior	4.5	9
Extremidad superior, cara anterior	4.5	
Extremidad superior cara posterior	4.5	9 ( las dos, 18 % )
Tronco, cara anterior	18	
Tronco, cara posterior	18	36
Extremidad inferior, cara anterior	9	
Extremidad inferior, cara posterior	9	18 ( las dos, 36 % )
Periné <sup>37</sup>		1
		100 %

<sup>37</sup> R.E. Salisbury \* Manual de tratamiento en las quemaduras \* Salvat, España, 1986, pp. 13

ESQUEMA Y TABLA DE LUND-BROWDER

AREA	NAC. 1AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS	10-14 AÑOS	15 AÑOS	ADULTO	II GRADO	III GRADO	TOTAL
Cabeza	19	17	13	11	9	7			
Cuello	2	2	2	2	2	2			
Cara ant. tórax	13	13	13	13	13	13			
Cara post. tórax	13	13	13	13	13	13			
Naiga derecha	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2			
Naiga izquierda	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2			
Genitales	1	1	1	1	1	1			
Brazo derecho	4	4	4	4	4	4			
Brazo izquierdo	4	4	4	4	4	4			
Antebrazo derecho	3	3	3	3	3	3			
Antebrazo izquierdo	3	3	3	3	3	3			
Mano derecha	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2			
Mano izquierda	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2			
Muslo derecho	5 1/2	6 1/2	8	8 1/2	9	9 1/2			
Muslo izquierdo	5 1/2	6 1/2	8	8 1/2	9	9 1/2			
Pierna derecha	5	5	5 1/2	6	6 1/2	7			
Pierna izquierda	5	5	5 1/2	6	6 1/2	8			
Pie derecho	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2			
Pie izquierdo <sup>38</sup>	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2			
						Total			

<sup>38</sup> op. Cit. Salisbury, pp. 15

## GRADOS

En cuanto a los grados ( profundidad ) de las quemaduras, se dividen en:

- Quemaduras parciales de la piel: ( que incluyen quemaduras de primero y segundo grados de la antigua clasificación)
- Quemaduras totales de la piel: ( que incluyen quemaduras de tercero y cuarto grado de la antigua clasificación )

Las quemaduras de primer grado no se incluyen en el cálculo para la hidratación o el porcentaje. Con estos tres datos: edad, porcentaje (%) de superficie corporal quemada y peso en kilogramos, se puede calcular la hidratación del paciente.

## CARACTERISTICAS.

\* Quemadura parcial y superficial de piel: ( quemadura de primer grado ):se presenta como un eritema, por hiperemia de los capilares superficiales, con posible extravasación de glóbulos rojos. El edema puede, a veces, ser significativo, elevando la superficie cutánea. El dolor es bastante intenso; luego de curarse, le sigue un prurito muy desagradable.

\* Quemadura parcial de la piel ( segundo grado superficial ): El tejido quemado es de consistencia blanda. Algunos autores lo definen por la presencia de ampollas la lesión se establece así en la epidermis y parte de la dermis. La ampolla se forma al separarse la basal de la epidermis, a causa del edema. Cierta numero de vasos son ocluidos por trombos, en su mayor parte formados por glóbulos rojos. Si la pared de la ampolla se rompiese, la superficie de la quemadura aparece húmeda y como las terminaciones nerviosas no se destruyen si no quedan expuestas y muy irritadas, se presenta un dolor más bien intenso, ya sea espontáneo, o cuando se limpia la herida y cambian apósitos.

\* Quemadura parcial de la piel ( segundo grado profunda ). Se caracteriza por un aspecto encerado, en general blanco. La zona superficial aparece más bien seca. Comprende la epidermis y partes variables de la dermis. Al principio, al menos, el tejido no aparece edematoso. y como las terminaciones nerviosas de la piel resultan al menos en parte dañadas, puede no haber sensibilidad nerviosa como al pinchar la piel, pero aún retiene la percepción a la presión profunda.

\* Quemadura total de piel ( tercer grado ). Muestra una coloración blanca, gris o negra, de superficie seca, con una escara (piel quemada dura y rígida o de superficie translúcida. No hay sensación de dolor debido que las terminaciones nerviosas estan destruidas. La escara se puede pinchar entre los dedos, penetrar con una aguja y cortar, sin llegar a tejido normal, sin producir dolor alguno

\* Quemadura total de piel (cuarto grado). La destrucción del tejido abarca hasta los tendones, cartílagos, huesos, etc. Se presentan en casos de incineración, o en quemaduras eléctricas de alto voltaje (de mil voltios o más). Ocurre destrucción masiva de los tejidos en la zona afectada, se infectan con facilidad, y las amputaciones no son raras.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Aun bajo la evaluacion de un experto, resulta difícil distinguir las de segundo grado profundas respecto a las de total de piel ( tercer grado )<sup>38</sup>

investigar otros posibles traumatismos, fracturas, laceraciones, contusiones, etc.

---

<sup>38</sup> Ibidem, Bendlin,Linares,Benaim, pp. 155 - 156

## TRATAMIENTO

Evaluación general del paciente ( peso, temperatura, presión arterial. respiraciones y llenado capilar ). Establecer y mantener una adecuada vía respiratoria. Intubación endotraqueal si es requerida ( quemaduras por inhalación, quemaduras importantes en cabeza, presencia de edema o hipoxia ). Sedación, si se necesita. Terapéutica inicial de líquidos para prevenir el choque. O'Neill indica que en niños con quemaduras menores de 25% de superficie corporal, los requerimientos son de 3 ml/kg/% quemado/24 hrs. Se utiliza la fórmula de Parkland con incremento a 4 ml/kg/% quemado/ 24 hrs. si existe más de 25% de superficie corporal quemada. Se cuantifica el peso diario y la seroalbúmina, los coloides y productos sanguíneos ( plasma y sustitutos del plasma ) y se administran 1 a 2 U en paquete durante las primeras 24 a 48 hrs. de producida la quemadura; nunca se utiliza sangre total en este periodo. Control urinario ( catéter o monitor ). El más importante parámetro de una restitución adecuada de líquidos es la eliminación urinaria según la edad del sujeto como se muestra enseguida:

De 0 a 1 año: ( 8 a 20 ml/hr. ), De 1 a 4 años:( 20 a 25 ml/hr. ), De 4 a 10 años ( 25 a 30 ml/hr. ), De 10 años en adelante ( 30 a 50 ml/hr. ). Profilaxis en tétanos. Evaluación del uso de antibióticos. Requerimientos nutricios: en pacientes con quemaduras del 10 % en adelante, no se proporcione nada por vía oral porque puede producir distensión gástrica y vómito con aspiración. Medidas generales: posición, ejercicio, aspectos psicológicos. Cuidado inicial de la quemadura: La atención inmediata se efectúa una vez que se han instalado los pasos anteriores.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Ibidem, " Urgencias en Pediatría" Hospital Infantil de México, pp. 681 - 682

## **Enfoque Tradicional de la Resucitación**

El consenso en el tratamiento de los pacientes quemados ha sido la administración de los fluidos necesarios para mantener una diuresis de 0.5-1 ml/kg/hora. El enfoque más utilizado es la fórmula de Parkland, que estima el déficit de volumen en 4 ml/kg/% de área corporal quemada. Este déficit es reemplazado con solución de Ringer de lactato. La mitad del volumen calculado se administra en las primeras 16 horas tras el trauma, y la otra mitad en las siguientes 16 horas. Además se administra coloides durante las segundas 24 horas a una dosis de 0.3-0.5 ml/kg/% quemado. Se administra también glucosado al 5% para compensar las pérdidas insensibles. La fórmula de Parkland es exacta en la predicción del volumen requerido durante la resucitación de los quemados en el 70 % de los casos. Existen otras fórmulas para estimar los requerimientos de fluidos y electrolitos tras la quemadura.



## Formulas de resucitación de pacientes quemados

FORMULA	PRIMERAS 24 HORAS	SEGUNDAS 24 HORAS
Fórmula de Evans ( "regla del 50 " )	Coloide -1cc%/quemado / kg de peso Salino - 1 c / %/ quemado/kg de peso Dextrosa 5% para pérdidas insensibles ( 2.000 cc. )	½ de los cristaloides requeridos en las primeras 24 horas ½ de los coloides requeridos en las primeras 24 horas Dextrosa 5 % para pérdidas insensibles
Fórmula de Brooke	2 cc/% quemado/kg peso ( adulto ) Ringer lactato 3 cc/%quemado/kg de peso ( niño) Ringer lactato ½ en las primeras 8 horas ½ en cada una de las siguientes 8 horas	Coloide 0.3 - 0.5 cc/% quemado/kg de peso
Fórmula de Parkland	4cc/%quemado/kg de peso ½ en las primeras 8 horas ½ en cada periodo de 8 horas a continuación	Coloide 0.3 - 0.5 cc/% quemado/kg de peso
Fórmula hipertónica <sup>40</sup>	300 mEq. de Na. , 200 mEq. D.L. lactato, 100 mEq. de Cl. Infundidos a un ritmo suficiente para mantener una diuresis de 30 ml / hora	De un tercio a la mitad de los requerimientos del primer día

<sup>40</sup> Ibidem, Lorente, pp. 334 - 335

## TRATAMIENTO DE LA HERIDA

La superficie de una quemadura constituye un medio de cultivo caliente, húmedo y rico en proteínas para los microorganismos.

La colonización de la herida por bacterias y hongos genera un reservorio potencial de gérmenes y sus productos. Es irreal pretender mantener estéril la herida con técnicas ambientales ya que el paciente en sí posee su propia fuente de contaminación, ya sea a través de la superficie cutánea normal o de la flora intestinal endógena. Con todo, se puede controlar la flora microbiana de la herida al aplicar agentes tópicos en forma profiláctica.

A través de los años se han utilizado muchos agentes tópicos para el tratamiento de las heridas por quemadura: solución de nitrato de plata al 0.5% ( Unibase )

(Moyer, 1956) acetato de mafenida (sulfamylo) (Moncrief,1966), nitrofurazona (furacin) (Georgiade,1967), yoduro de povidona (betadine) (Robson,1974), sulfadiazina de plata Silvadene (Fox,1969), gentamicina (garamycin) (Mc Millan,1971) y nistatina (Stone,1974). La sulfadiazina de plata es tal vez el agente tópico más utilizado. Está crema blanca es fácil de aplicar, no provoca dolor y abarca un amplio espectro; su efecto colateral más frecuente es la leucopenia transitoria .

El acetato de mafenida puede utilizarse en lesiones que abarcan todo el espesor cutáneo o que están contaminadas. Es el único agente que penetra la escara y entra en contacto con la interfase tejido necrótico y tejido viable.

En general se cambian las vendas al menos cada 8 a 24 horas, en cada cambio se asea y desbrida la herida con cuidado, por lo general se indican antibióticos por vía sistémica si el paciente presenta infección documentada.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> *Ibidem*, Bendlin, Linares, Benaim, pp. 260

## COBERTURA DE LA QUEMADURA

- Coberturas tradicionales:

Cierre directo de la quemadura ( en pacientes ancianos con quemaduras profundas y poco extensas)

- autoinjertos :

Este es el tratamiento por excelencia de la quemadura. Es la única cobertura biológica definitiva que existe hasta ahora, se obtiene de áreas no quemadas del mismo paciente.

- homoinjertos:

Actualmente la piel de cadáver es la mejor de las coberturas disponibles, debido a que es la más parecida a la propia del paciente. El principal agente adverso es la posible transmisión de agentes virales. Otro posible inconveniente es la reducida disponibilidad en ciertos países por razones culturales y religiosas.

- xenoinjertos:

Actualmente el xenoinjerto más utilizado es el de cerdo. Está disponible de forma fresca, congelada o liofilizada.

- Membranas amnióticas

El uso de este material también se asocia con una aceleración de la epitelización.

Actualmente, es poco utilizada, excepto en casos en que no se dispone de otra

alternativa. Tiene buena disponibilidad ya que puede ser proporcionado por cualquier departamento de obstetricia.<sup>42</sup>

## COMPLICACIONES

La principal complicación es la infección que puede ser local o sistémica, siendo causada por *Pseudomonas aeruginosa*, aunque pueden encontrarse cocos grampositivos, las complicaciones pulmonares como la neumonía son consecuencia de la sepsis, las úlceras de Curling, infección de las vías urinarias (cistitis) secundaria al uso de sonda de foley por mucho tiempo, trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, tromboflebitis superficial, contracturas de las articulaciones, osteomielitis, condritis de las orejas, infección de las vías respiratorias donadoras, profundidad de las lesiones superficiales por infección, ectopión, formación de cicatrices hipertróficas y queloides y bridas que limiten la función, anquilosis intraarticular, osteoporosis y otras.

## PRONOSTICO

Este depende de muchos factores: edad, extensión, profundidad, localización, y causa de la quemadura; del tratamiento instituido y su respuesta, así como de las lesiones asociadas. La mortalidad aumenta con la gravedad de la lesión en forma directamente proporcional a la extensión y profundidad. El pronóstico del paciente quemado debe ser reservado si el porcentaje de la lesión de segundo grado es mayor del 30% de la superficie corporal.

---

<sup>42</sup> Ibidem, Lorente, Esteban, pp. 156 - 161

## REHABILITACION

De acuerdo a la edad del niño y al nivel de desarrollo del niño, se le explica el proceso de rehabilitación. Una parte importante de la rehabilitación durante el periodo agudo lo constituye la postura del cuerpo. Es usual mantener a los niños en reposo después de la aplicación de injertos o durante el periodo agudo de la enfermedad. El mantener la postura adecuada conserva las articulaciones alineadas, disminuye la formación de contracturas y evita la presión excesiva sobre los plexos de nervios periféricos. Se debe dar atención a la postura desde la admisión del paciente y durante toda su estancia hospitalaria. Para inmovilizar una parte específica del cuerpo se utiliza el ferulado, se emplean las férulas para mantener inmovil una zona recién injertada, para mantener una postura funcional y para impedir la contractura de una mano o un pie quemados o de otra articulación comprometida. Rutan y Herndon (1989) describieron un retraso en el crecimiento de niños quemados que presentaban un área corporal quemada mayor del 40%; dicho retraso se prolongó hasta tres años después de la quemadura. Lo anterior tiene implicaciones físicas como psicológicas por lo que debe informarse al niño y a los padres que esto puede suceder.

La formación de una cicatriz hipertrofica es el resultado común de las lesiones térmicas profundas. Por lo general, la formación de cicatrices hipertróficas se da en función del tiempo que se requiere para el cierre inicial de una herida por quemadura. Larson y colaboradores (1971) demostraron la eficacia de la presión constante y controlada para suprimir la formación de cicatrización hipertrófica. A partir de este estudio se dispone de prendas elásticas hechas a medida comercialmente. Sin embargo, las vendas elásticas (tubigrip) pueden usarse con el mismo objetivo.

se aplica presión constante durante las 24 horas del día hasta que la cicatriz "madure". Esto sucede por lo general seis a ocho meses después de la lesión. Por lo regular los niños están más propensos que los adultos a formar cicatrices hipertróficas. Los cambios de posición, el ferulado y las prendas elásticas se usan junto con un programa específico de ejercicios, los cuales abarcarán actividades cotidianas. A menudo los niños responden en forma entusiasta a un programa de ejercicios diseñado en términos de juego. Las normas para tal programa se dan al paciente y a su familia al salir del hospital para que continúe realizándolo en casa. Los procedimientos reconstructivos se planean con bastante anticipación, y se llevan a cabo después de la maduración de la cicatriz.

## PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

La investigación sobre el efecto de la hospitalización en niños documenta en forma extensa las respuestas emocionales de ansiedad por separación, regresión, ira, miedo, y depresión. La conducta de los niños quemados, aunque similar a la observada en otros niños hospitalizados, al parecer es más extrema. El trauma de la lesión, el alejar al niño de su ambiente familiar y la interrupción de su rutina diaria lo dejan confundido y emocionalmente agotado. La respuesta ante la hospitalización, se relaciona con el estado de desarrollo del niño. El dolor y su control son los problemas más importantes en la unidad de quemaduras. Los niños quemados tienden a mostrar dolor extremo durante los procedimientos del tratamiento, pero al parecer se recuperan más rápido que los adolescentes o los adultos. La morfina y sus derivados es el analgésico utilizado con mayor frecuencia, solo o combinado. Se ha comprobado que la hipnosis es eficaz para aliviar el dolor en pacientes pediátricos, aunque es menos exitosa que en los adultos.

Otras modalidades como la terapia por relajación, o la imaginación guiada también se han utilizado con éxito en pediatría. Se han realizado pocos estudios que sigan la evaluación de los niños quemados durante largo tiempo y son escasas las evaluaciones del impacto psicosocial de las lesiones por quemadura.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> *Ibidem*, Bendlin, Linares, Benaim, pp. 272 - 274

## II METODOLOGIA

La metodología para la presentación de este caso clínico se realizó a través de la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería, tomando como base el modelo conceptual de Virginia Henderson.

La valoración se llevó a cabo a través de los sentidos:

- vista
- olfato
- audición
- tacto

Durante la entrevista la paciente fué la principal fuente de información ya que se encontraba consciente. Las fuentes secundarias de información fueron el expediente clínico y los médicos. Se procedió al exámen físico a través de las siguientes técnicas:

- Inspección
- palpación
- auscultación.



## 2.1 VALORACION

### HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

#### DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

F. denacimiento: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_

F. de ingreso: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Fte. de información: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Casa: propia: \_\_\_\_\_ rentada: \_\_\_\_\_ prestada: \_\_\_\_\_ familiares: \_\_\_\_\_

material: \_\_\_\_\_ servicios: \_\_\_\_\_ baño: \_\_\_\_\_

diario: \_\_\_\_\_ cada tercer día: \_\_\_\_\_ cambio de ropa: \_\_\_\_\_

aseo de manos antes y después de comer: \_\_\_\_\_ después de eliminar: \_\_\_\_\_

cuantas veces se lava los dientes al día: \_\_\_\_\_

habita con: padre \_\_\_\_\_ madre: \_\_\_\_\_ hermanos: \_\_\_\_\_ tíos: \_\_\_\_\_ abuelos: \_\_\_\_\_

convive con perros: \_\_\_\_\_ gatos: \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

anestesia: \_\_\_\_\_ cirugías: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

transfusiones: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ última transfusión \_\_\_\_\_

conoce grupo y factor RH: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ alergias: \_\_\_\_\_

INMUNIZACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PADECIMIENTOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PADECIMIENTO ACTUAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EXPLORACION FISICA

CABEZA SIGNOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CUELLO SIGNOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TORAX SIGNOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ABDOMEN SIGNOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

GENITALES SIGNOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MIEMBROS TORAXICOS SIGNOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MIEMBROS PELVICOS SIGNOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TEGUMENTOS SIGNOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES: F.C. \_\_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_\_ T.A. \_\_\_\_\_

TEMP. \_\_\_\_\_

**2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

Posterior al análisis de la valoración se determinarán las necesidades y se estableció un diagnóstico por cada una de ellas, sólo trabajé con diagnósticos reales tomando como base la taxonomía de la NANDA la cual señala tres elementos que componen el diagnóstico: título o etiqueta diagnóstica, características definitorias y factores relacionados o de riesgo

**2.3 PLANEACION**

La planeación se llevó a cabo a través de la relación enfermera - paciente, durante esta etapa se jerarquizaron las necesidades y se establecieron los objetivos que querian alcanzar con mi intervención.

**2.4 EJECUCION**

Durante la ejecución se realizaron las intervenciones de enfermería con una fundamentación científica, el formato que aparece a continuación fué el utilizado para llevar a cabo dichas intervenciones.

\_\_\_\_\_  
Necesidad:  
Diagnóstico de enfermería:  
Objetivo: \_\_\_\_\_

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION

**2.5 EVALUACION**

La evaluación se realizó de acuerdo al logro de objetivos

### III APLICACION DEL PROCESO

#### 3.1 PRESENTACION DEL CASO CLINICO

Se presenta al servicio de urgencias acompañada de su madre, paciente femenino de nombre Gisela Botello Cortez, 8 años de edad, la cual se encuentra consiente, reactiva con respuesta a estímulos externos, presenta lesiones en cara superficiales y profundas diseminadas que respetan surco geniano, edema facial generalizado con limitación de la apertura de párpados, boca con edema de mucosas, cuello con lesiones profundas, tórax con lesiones superficiales y profundas en mitad inferior, extremidades superiores con lesiones superficiales y profundas con pulso presente de buena intensidad, aumento de volumen, llenado capilar 2", muslo derecho con lesiones superficiales.

Presenta las siguientes necesidades:

necesidad de Termorregulación asociado a hipotermia, necesidad de nutrición e hidratación asociado a pérdida de líquidos, necesidad de descanso y sueño asociado a dolor, necesidad de oxigenación asociado a dificultad respiratoria, necesidad de comunicarse asociado a negativa para hablar, necesidad de higiene y protección asociado a destrucción de la piel, necesidad de eliminación asociado a orina concentrada y oliguria, necesidad de moverse y mantener buena postura asociado a disminución de la movilidad física, necesidad de evitar peligros por destrucción de las capas de la piel, necesidad de aprendizaje asociado a procedimientos médicos.

#### DIAGNOSTICO MEDICO

Quemaduras de segundo grado superficiales y profundas en 30 % de superficie corporal.

### 3.2 VALORACION

#### HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

##### DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre: *Gisela Botello Cortez* Edad: *8 años* Sexo: *Femenino*

F.denacimiento: *22/09 91* Escolaridad: *3 ª primaria* Procedencia: *Domicilio*

F.deingreso: *23/06/91* Hora: *22:00* Fte.de información: *madre*

Domicilio: *Calle Obregón mzna. 2 lte 56 col. Sideral* telefono: *5 001136*

Nombre del Padre: *Marco Antonio Botello Uribe*

Nombre de la madre: *Ana Lilia Cortez Dasala*

##### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Casa:propia: \_\_\_\_\_ rentada: \_\_\_\_\_ prestada:  familiares: \_\_\_\_\_

material: *perdurable* servicios: *todos* baño: *diario*  cada tercer día: \_\_\_\_\_ cambio de ropa: *diario*

aseo de manos antes y después de comer:  después de eliminar:

cuantas veces se lava los dientes al día: *tres veces*

habita con: padre  madre:  hermanos:  tios: \_\_\_\_\_ abuelos: \_\_\_\_\_

convive con perros: *No* gatos: *No* otros: *niega*

##### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

anestesia: *No* cirugias: *No* especifique \_\_\_\_\_

transfusiones: *No* última transfusión \_\_\_\_\_

conoce grupo y factor RH: *No* alergias: *Niega*

INMUNIZACIONES: *Completas*

PADECIMIENTOS: *Rubeola a los cuatro años, varicela a los siete años, resto de enfermedades propias de la infancia negadas*

PADECIMIENTO ACTUAL: *Lo inicia al encontrarse alrededor de una fogata con un grupo de amigos, repentinamente llegó otro niño que tenía conflictos con uno de los niños que se encontraba con la paciente y les roció alcohol incendiándose inmediatamente.*

#### EXPLORACION FISICA

CABEZA SIGNOS : *cráneo normocéfalo, consiente con respuesta a estímulos externos reactiva, lesiones en cara superficiales y profundas diseminadas que respetan surco geniano, edema parpebral, narinas permeables.*

CUELLO SIGNOS : *cilíndrico con lesiones superficiales y profundas con presencia de ampollas rotas, la superficie aparece húmeda.*

TORAX SIGNOS: *presenta signos de dificultad respiratoria: aleteo nasal y tiros intercostales, Tórax posterior con lesiones en mitad inferior superficiales y profundas, ampollas rotas, lesiones húmedas, enrojecidas y dolorosas según refiere la paciente.*

ABDOMEN SIGNOS: *peristaltismo presente , sin distensión abdominal*

GENITALES SIGNOS: *excreción de orina concentrada y poca cantidad*

MIEMBROS TORAXICOS SIGNOS: *Extremidades superiores con lesiones de segundo grado , pulso presente de buena intensidad, llenado capilar 2 "*

MIEMBROS PELVICOS SIGNOS: *extremidades inferiores con pulso presente, llenado capilar de 2 " con lesiones de primer grado en muslo derecho, la lesión se observa enrojecida.*

TEGUMENTOS SIGNOS: *lesiones en cara, cuello, tórax posterior , miembros superiores e inferiores de segundo grado superficiales y profundas que equivalen a 30 % de superficie corporal.*

PESO: *23 kilogramos*      TALLA:

#### SIGNOSVITALES

Frecuencia cardiaca: *80 x'*

Frecuencia respiratoria : *32 x'*

Tensión arterial: *90/50*

Temperatura: *36.3 °*



### 3.3 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Necesidad de termorregulación	Termorregulación ineficaz relacionada con quemaduras manifestada por temperatura corporal inferior a valores normales.
Necesidad de protección e higiene	Deterioro de la integridad cutánea ocasionada por fuego directo manifestada por destrucción de las capas epidérmicas y dérmicas
Necesidad de nutrición e higiene	Déficit de volumen de líquidos asociado a lesiones dérmicas manifestado por exudado con pérdidas superiores a los aportes.
Necesidad de oxigenación	Deficiente intercambio gaseoso asociado a inhalación de humo manifestado por dificultad respiratoria.
Necesidad de descanso y sueño	Dolor relacionado a quemaduras de segundo grado en 30 % de superficie corporal manifestado por comportamiento de defensa, expresión facial de dolor y quejidos.

## DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Necesidad de eliminación	Alteración de la eliminación urinaria asociada a quemaduras manifestado por orina concentrada y oliguria.
Necesidad de moverse y mantener buena postura	Deterioro de la movilidad física relacionada a lesiones manifestado por dolor al movimiento.
Necesidad de comunicación	Deterioro de la comunicación verbal relacionado a traumatismo manifestado por negativa para hablar.
Necesidad de aprendizaje	Déficit de conocimientos relacionado a traumatismo manifestado por ansiedad y conducta inconsistente con las instrucciones.
Necesidad de evitar peligros	Alto riesgo de infección relacionado con traumatismo de las capas dérmica y epidérmica manifestado por exudado

### 3.4 PLANIFICACION

Jerarquización de necesidades y establecimiento de objetivos

NECESIDAD	OBJETIVO
Necesidad de oxigenación	Disminuir la ansiedad por falta de oxígeno.
Necesidad de descanso y sueño	Tratamiento del dolor
Necesidad de nutrición e higiene	Participar en el restablecimiento del equilibrio hidroelectrolítico.
Necesidad de higiene y protección	Mantener limpias y cubiertas las áreas quemadas.
Necesidad de eliminación	Mantener diuresis dentro de valores normales.
Necesidad de termorregulación	Mantener temperatura dentro de valores normales.
Necesidad de evitar peligros	Disminuir factores de incidencia de infecciones.
Necesidad de aprendizaje	Explicar en términos entendibles los procedimientos y la participación esperada de la paciente.
Necesidad de moverse y mantener buena postura	Mantener el cuerpo en alineación anatómica.
Necesidad de comunicación	Estimular a la paciente para que manifieste sus sentimientos, dudas e inquietudes.

### 3.5 EJECUCION Y EVALUACION

Plan de cuidados.

<p>Necesidad: Oxigenación.</p> <p>Diagnóstico de Enfermería: Deficiente intercambio gaseoso asociado a inhalación de humo manifestado por dificultad respiratoria.</p> <p>Objetivo: Disminuir la ansiedad por falta de oxígeno.</p>		
Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>1 Verificar permeabilidad de vías aéreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Limpieza de narinas</li> <li>* Auscultación de entrada y salida de aire.</li> </ul> <p>2 Mantener en reposo relativo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Mínimo esfuerzo</li> <li>* Posición semifowler.</li> </ul>	<p>La permeabilidad de las vías respiratorias, asegura un buen tratamiento con oxígeno.<sup>45</sup></p> <p>Son factores que modifican el metabolismo basal, la actividad física, procesos patológicos y reacciones emocionales.<sup>46</sup></p>	<p>La comunicación con la paciente y los familiares, favoreció la relación del procedimiento y disminuyó la ansiedad de la paciente y sus familiares.</p>

<sup>45</sup> Rosales Barrera Susana, "Fundamentos de Enfermería" 2ª Edición, El Manual Moderno, México-Santafé de Bogotá, 1999, pp 371.

<sup>46</sup> Op cit pp 371

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>3 Orientar al paciente sobre el procedimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Ventajas del oxígeno</li> <li>* Forma de administración (puntas nasales)</li> <li>* Cantidad de oxígeno (3lts.x')</li> </ul> <p>4 Administración de oxígeno colocar puntas nasales administrar oxígeno a 3lit. x' en forma continua.</p> <p>5 Disminuir la ansiedad por medio de la comunicación, permitir que la paciente exprese sus sentimientos, proporcionar una relación enfermera-paciente.</p>	<p>La explicación sobre las ventajas de la oxigenación y la participación esperada del paciente, disminuye el estado tensional.<sup>47</sup></p> <p>Todas las células del organismo requieren de la administración continua y suficiente de oxígeno.<sup>48</sup></p> <p>Los estados emocionales pueden afectar la frecuencia y la profundidad de la respiración.<sup>49</sup></p>	

<sup>47</sup> Ibidem Rosales Barrera Susana, pp. 371

<sup>48</sup> Nordmark T. Madelyn, Rohweder W. Anne, "Bases Científicas de la Enfermería" 2ª Edición, El Manual Moderno, México DF. Santafé de Bogotá, pp. 86.

<sup>49</sup> Op cit. pp.110.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>6 Vigilar signos vitales cada hora</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Temperatura</li> <li>* Frecuencia cardiaca</li> <li>* Frecuencia respiratoria</li> <li>* Tensión arterial.</li> </ul>	<p>La frecuencia respiratoria puede aumentar hasta 5 respiraciones por minuto por cada grado de elevación térmica corporal.<sup>50</sup></p>	
<p>7 Vigilar circulación periférica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Cianosis</li> <li>* Hormigueo</li> <li>* Llenado capilar</li> <li>* Comezón</li> <li>* Coloración y temperatura de miembros torácicos .</li> </ul>	<p>La cianosis es más evidente en aquellos sitios en los que la piel es más delgada y poco pigmentada.<sup>51</sup></p>	

<sup>50</sup> Ibidem Nordmark, pp. 93.

<sup>51</sup> Ibidem Nordmark, pp. 97.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>8 Valorar el estado del paciente y funcionamiento del equipo continuamente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Observar aumento de cianosis, aleteo nasal, tiros intercostales</li> <li>* Cambio de coloración de la piel</li> <li>* Vigilar suministro de oxígeno.</li> </ul>	<p>La vigilancia continua del paciente y del funcionamiento del equipo permite la detección oportuna de trastornos mentales y de conciencia, cambio de coloración, sudoración, alteración de signos vitales, etc...<sup>52</sup></p>	

<sup>52</sup> Ibidem Rosales, pp. 373.

Necesidad: Descanso y sueño.

Diagnóstico de Enfermería: Dolor relacionado a quemaduras de segundo grado en 30% de superficie corporal manifestado por comportamiento de defensa, expresión facial de dolor y quejidos.

Objetivo: Tratamiento del dolor.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>1 Valorar la necesidad de tratar el dolor según sea necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>* Administración de analgésico narcótico por razón necesaria</li><li>* Cambios de posición</li><li>* Propiciar la comunicación con la paciente .</li></ul>	<p>La identificación oportuna de las fases en torno al dolor, permite establecer un plan terapéutico para evitar, disminuir o controlar el dolor.<sup>53</sup></p>	<p>La aplicación del analgésico y la explicación en palabras entendibles disminuyó el dolor y me permitió mayor control de la situación.</p>

<sup>53</sup> Ibidem Rosales , pp. 325.



Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>2 Administración precoz del sedante prescrito.</p> <p>* Nalibufina 1 Mg. / Kg. previo a curación vía subcutánea.</p>	<p>Los analgésicos opiáceos o narcóticos actúan como analgésicos, sedantes. Producen narcosis, elevan el umbral del dolor, disminuyendo la irritación motora y puede causar : náuseas, vómito, estremecimiento, reseque- dad de mucosas, depresión respiratoria y bradicardia.<sup>54</sup></p>	
<p>3 Brindar apoyo emocional de acuerdo a la edad.</p>	<p>El establecimiento de una relación terapéutica entre el personal de salud, paciente y familiares favorece la apertura para expresar sentimientos y aceptar sugerencias.<sup>55</sup></p>	

<sup>54</sup> Ibidem Rosales, pp. 327.

<sup>55</sup> Ibidem Rosales, pp. 326.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>4 Mantener una relación enfermera-paciente</p>	<p>Una relación que brinda apoyo, atención y ayuda estimula conductas para disminuir, controlar o aliviar el dolor.<sup>56</sup></p>	
<p>5 Explicar a la paciente el procedimiento y la forma en que pueda colaborar.</p>	<p>La comprensión del procedimiento disminuye o calma la ansiedad.<sup>57</sup></p>	
<p>6 Provocar que el paciente se encuentre cómodo durante las curaciones,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Mantener un ambiente agradable,</li> <li>* Comunicación</li> <li>* Ofrecer privacidad</li> <li>* Manipulación mínima</li> <li>* Disminución de ruidos.</li> </ul>	<p>Un ambiente terapéutico requiere relaciones humanas y familiares adecuadas a cada situación.<sup>58</sup></p>	

<sup>56</sup> Ibidem Rosales, pp. 325.

<sup>57</sup> Ibidem Rosales, pp. 450.

<sup>58</sup> Ibidem Rosales, pp. 450.

Necesidad : Nutrición e Hidratación.

Diagnostico de Enfermería: Déficit de volumen de líquidos asociado a lesiones dérmicas manifestado por exudado con pérdidas superiores a los aportes.

Objetivo: Participar en el restablecimiento de equilibrio hidroelectrolítico.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>1 Buscar signos y síntomas de hipovolemia taquicardia ( &gt; percentila 50) taquipnea (&gt; percentila 50) flujo urinario (ml/kg/hora) &lt;0.8 Estado de alerta : deprimido densidad urinaria <math>\geq 1.030</math> HCO<sub>3</sub> (mEq/L) &lt;16 Presión arterial media normal o &lt; percentila 10 Déficit de paso (porcentaje aproximado) <math>\geq 10\%</math></p>	<p>Inmediatamente después de producirse una quemadura, el organismo libera grandes cantidades de sustancias vasoactivas, que aumentan la permeabilidad capilar.<sup>59</sup></p>	<p>La oportuna intervención en la reposición y control de líquidos evitó que la paciente sufriera choque hipovolémico.</p>

<sup>59</sup> Carperinto Linda Juall "Planes de Cuidado y Fundamentación" 2ª Edición, Interamericana Mc Graw-Hill, México, 1994, pp. 302

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>2 Controlar el estado hídrico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pérdidas de líquido.</li> <li>* Deshidratación.</li> <li>* Ministración de líquidos hartman y glucosada al 5 %</li> </ul>	<p>Después de una quemadura pueden producirse desplazamientos de líquido. La tensión puede producir una retención de sodio y agua.<sup>60</sup></p>	
<p>3 Participar en la instalación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Catéter central</li> <li>* Preparar material y equipo.</li> <li>* Preparar y sujetar a la paciente</li> <li>* Apoyo asistencial al medico</li> <li>* Cuidados al catéter, fijación.</li> <li>* Medir presión venosa central.</li> <li>* Vigilar sangrado en sitio de inserción de catéter</li> </ul>	<p>La instalación de una línea endovenosa central permite la introducción de mayores volúmenes de líquidos en periodos prolongados de tiempo, vigilar la presión venosa central y obtener muestras de sangre.<sup>61</sup></p>	

<sup>60</sup> Op. Cit. Carperinto, pp 302

<sup>61</sup> Ibidem Rosales pp 354.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>4 Preparar las soluciones hartman y glucosa al 5%.</p>	<p>Solución es la mezcla homogénea de iones, átomos o moléculas de dos o mas sustancias.<sup>62</sup></p>	
<p>5 Regular el goteo de acuerdo al horario.</p>	<p>El goteo constante y uniforme evita alteración del trabajo cardiaco.<sup>63</sup></p>	
<p>6 Cuantificar ingresos y egresos :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Ingresos : vía oral, vía parenteral.</li> <li>* Egresos: evacuaciones orina, pérdidas insensibles: sangrado, vómito.</li> </ul>	<p>Los registros exactos de ingresos y egresos de líquidos ayudan notablemente a valorar el estado del balance hídrico en el paciente.<sup>64</sup></p>	

<sup>62</sup> Ibidem Rosales, pp. 351.  
<sup>63</sup> Ibidem Rosales, pp. 354  
<sup>64</sup> Ibidem Rosales, pp. 313.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>7 Administración de líquidos y electrólitos.</p>	<p>Las pérdidas excesivas y continuas requieren de la administración de líquidos o soluciones de reposición con una composición parecida a la del líquido corporal perdido.<sup>65</sup></p>	
<p>8 Control de signos vitales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Temperatura.</li> <li>* Frecuencia cardíaca.</li> <li>* Frecuencia respiratoria</li> <li>* Tensión arterial.</li> <li>* Presión venosa central</li> </ul>	<p>El aumento de frecuencia cardíaca es el resultado del intento del corazón para compensar la disminución de volumen de líquido intravascular.<sup>66</sup></p>	
<p>9 Vigilar estado de conciencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Despierto.</li> <li>* Reactivo.</li> <li>* Orientado.</li> <li>* Coordinación motora.</li> </ul>	<p>Los pacientes con deficiencia prolongada de líquidos y electrolitos muestran alteraciones de la conciencia, causada por la disminución de volumen de líquido intravascular que provoca una menor perfusión de las células cerebrales.<sup>67</sup></p>	

<sup>65</sup> Ibidem Rosales , pp. 314.  
<sup>66</sup> Ibidem Rosales , pp. 315.  
<sup>67</sup> Ibidem Rosales , pp. 315.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>10 Pesar diariamente al paciente en el mismo horario, misma báscula y misma cantidad de ropa.</p>	<p>Los pesos diarios pueden ayudar a determinar el equilibrio hídrico y una apropiada ingesta de líquidos.<sup>68</sup></p>	
<p>11 De acuerdo a indicaciones iniciar alimentación Vía Oral inicialmente líquidos claros posteriormente dieta blanda.</p>	<p>El estado emocional y el dolor altera las secreciones gástricas e interfiere en el proceso digestivo.<sup>69</sup></p>	
<p>12 Motivar a la paciente para que tome alimentos.</p>	<p>Un ambiente emotivo y socialmente positivo favorece la nutrición.<sup>70</sup></p>	

<sup>68</sup> Ibidem Carperinto, pp. 195.  
<sup>69</sup> Ibidem Rosales, pp. 280.  
<sup>70</sup> Ibidem Rosales, pp. 282.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>13 Explicar la necesidad de aumentar el consumo de: hidratos de Carbono, grasas, proteínas, vitaminas, minerales y líquidos.</p>	<p>La cicatrización de las heridas requieren una mayor ingesta de nutrientes para impedir un balance nitrógenado negativo.<sup>71</sup></p>	
<p>14 Animar a la paciente a probar suplementos comercializados disponibles: (líquidos, polvos, puding, etc...)</p>	<p>Estos suplementos pueden aumentar sustancialmente la ingesta calorica, sin tener que ingerir grandes cantidades de alimentos.<sup>72</sup></p>	

<sup>71</sup> ibidem Carperinto, pp. 309.

<sup>72</sup> ibidem Carperinto, pp. 310.



Necesidad: Higiene y Protección.

Diagnostico de Enfermería: Deterioro de la integridad cutánea ocasionada por fuego directo, manifestado por destrucción de las capas epidérmicas y dérmicas.

Objetivo: Mantener limpias y cubiertas las áreas quemadas.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
1 Aseo y tricotomía de áreas que contengan vello (cabeza) al ingreso.	El sudor, la secreción de glándulas sebáceas y el polvo atmosférico, constituyen un medio favorable para la proliferación de microorganismos. <sup>73</sup>	Las lesiones son recientes y no se aprecian datos de infección, para disminuir las posibilidades de que se presente, se realizan todos los procedimientos con técnica estéril.
2 Aseo y desbridación de áreas quemadas.	Los desechos orgánicos, exudados, entre otros, incrementan la posibilidad de infección. <sup>74</sup>	

<sup>73</sup> Ibidem Rosales, pp. 276.

<sup>74</sup> Ibidem Rosales, pp. 452.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>3 Aplicación de sustancia antibacterial tópica. (sulfadiazina de plata)</p>	<p>La sulfadiazina argéntica es una droga tópica usada en el tratamiento de quemaduras, sintetizada por reacción del nitrato de plata con sulfadiazina sódica, es sumamente eficaz contra bacterias gramnegativas.<sup>75</sup></p>	
<p>4 Aplicación de apósitos estériles.</p>	<p>El material de curación proporciona las condiciones necesarias de protección al paciente en tratamientos médico-quirúrgicos.<sup>76</sup></p>	
<p>5 Aplicar el vendaje en zonas limpias y secas.</p>	<p>Los gérmenes proliferan en las zonas tibias, húmedas y sucias.<sup>77</sup></p>	

<sup>75</sup> Brunner Lillian Sholtis, "Enfermería Médico Quirúrgica" tomo II, 3ª Edición, Interamericana, México, 1984, pp. 1140.

<sup>76</sup> Ibidem Rosales, pp. 542.

<sup>77</sup> Ibidem Rosales, pp. 396.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
6 Aplicación de vendajes compresivos.	La presión excesiva o indebida sobre las superficies corporales, pueden causar dolor por irritación de fibras sensitivas o bien alterar la circulación. <sup>78</sup>	

\*

<sup>78</sup> *Ibidem* Rosales, pp. 397.

Necesidad: Eliminación.

Diagnostico de Enfermería: Alteración de la eliminación urinaria asociado a quemaduras manifestado por orina concentrada y oliguria.

Objetivo: Mantener diuresis dentro de valores normales.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
1 Evitar pérdidas por las lecciones.	La salida de plasma fuera de la sangre también produce choque hipovolémico similar al choque hemorrágico, esto puede ocurrir cuando existen quemaduras graves y se pierde plasma a través de las superficies dañadas. <sup>79</sup>	La instalación de una sonda vesical a permanencia me permitió cuantificar y observar las características de la orina.
2 Vigilar eliminación renal horaria. * Observar características macroscópicas: color cantidad, concentración.	El deterioro de la función renal da como resultado oliguria o anuria, lo que afecta el equilibrio hidroelectrolítico o el equilibrio ácido-base y la eliminación de catabolitos tóxicos del organismo. <sup>80</sup>	

<sup>79</sup> Ibidem Nordmark, pp. 49.

<sup>80</sup> Ibidem Nordmark, pp. 39.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
3 Instalación de sonda foley a permanencia.	El uso de bolsas graduadas en mililitros facilita la cuantificación de la orina. <sup>81</sup>	
4 Efectuar control de líquidos.	En presencia de quemaduras, exudados de heridas, fiebre, hemorragia, vómito, diarrea, ocurren pérdidas anormales de líquidos y electrolitos. <sup>82</sup>	
5 Medir Presión Venosa Central.	La presión venosa central aumenta cuando la función cardíaca se debilita y la sangre que regresa al corazón no puede ser bombeada en forma adecuada. <sup>83</sup>	

<sup>81</sup> Ibidem Rosales, pp. 302.

<sup>82</sup> Ibidem Rosales, pp. 312.

<sup>83</sup> Ibidem Nordmark, pp. 35.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
6 Medir Presión Arterial.	El volumen del líquido extracelular influye sobre la tensión arterial la cual es controlada en parte por los riñones. <sup>84</sup>	
7 Medir Densidad Urinaria.	La medición de la densidad urinaria es un elemento importante para valorar la diuresis. <sup>85</sup>	

<sup>84</sup> Ibidem Nordmark, pp. 34.

<sup>85</sup> Ibidem Rosales, pp. 313.

Necesidad : Termorregulación.

Diagnóstico de Enfermería: Termorregulación ineficaz relacionada con quemaduras manifestada por temperatura corporal inferior a valores normales.

Objetivo: Mantener temperatura dentro de valores normales

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
1 Explicar a la paciente el procedimiento y colocarla en posición decúbito o sedante.	Una posición correcta permite la realización del procedimiento. <sup>86</sup>	La aplicación de apósitos y vendajes contribuye al control térmico por medios físicos, posteriormente se cubre con ropa de cama con lo cual se aumenta la temperatura corporal.
2 Propiciar la comunicación con la paciente.	La comunicación efectiva influye en la participación del individuo en su atención. <sup>87</sup>	

<sup>86</sup> Ibidem Rosales, pp. 152.

<sup>87</sup> Ibidem Rosales, pp. 152.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
3 Verificar que el termómetro se encuentre por debajo de 34° C de la escala termométrica.	La escala termométrica esta señalada de 34 a 41°C, valores que oscilan alrededor de la temperatura corporal normal. <sup>88</sup>	
4 Toma y registro de la temperatura.	La temperatura corporal es un equilibrio entre el calor producido por los tejidos y la pérdida de calor hacia el ambiente. <sup>89</sup>	
5 Control de temperatura.	La pérdida de calor o termólisis se regula físicamente mediante la conducción, iritación, convección y evaporación de agua. <sup>90</sup>	
6 Reducir el tiempo de exposición durante el baño y curación.	La pérdida de la superficie cutánea aumenta la pérdida de calor. <sup>91</sup>	

<sup>88</sup> Ibidem Rosales, pp. 153.

<sup>89</sup> Ibidem Nordmark, pp. 292.

<sup>90</sup> Ibidem Rosales, pp. 152.

<sup>91</sup> Ibidem Carperinto, pp. 308



Necesidad: Evitar peligros.

Diagnóstico de Enfermería: Alto riesgo de infección relacionado con traumatismo de las capas dérmica y epidérmica manifestado por exudado.

Objetivo: Disminuir factores de incidencia de infecciones.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
1 Realizar procedimientos invasivos con técnica aséptica.	Cada vez que se desconectan las vías se introducen microorganismos, las técnicas asépticas reducen la cantidad de microorganismos introducidos. <sup>92</sup>	Posterior a la aplicación del vendaje se vigila el aumento del edema ya que se considera la posibilidad de realizar una fasciotomía, afortunadamente no se ve comprometida la circulación, al realizar todos los procedimientos con técnica estéril se propone disminuir la incidencia de factores de riesgo.

<sup>92</sup> Ibidem Carperinto, pp. 308.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>2 Usar sonda vesical sólo cuando sea necesario y por el menor tiempo posible.</p>	<p>Evitar los catéteres y los procedimientos invasivos ayuda a impedir la entrada de microorganismos en el cuerpo.<sup>93</sup></p>	
<p>3 Advertir a las visitas que se laven las manos antes y después de tocar al paciente. * Evitar manipulación del paciente.</p>	<p>El lavado de manos disminuye la transmisión de enfermedades.<sup>94</sup></p>	
<p>4 Explicarle que no puede quitarse el apósito seco.</p>	<p>Si se retiran los apósitos secos, se quita la piel quemada o escara, Interfiriéndose en la cicatrización o injertos.<sup>95</sup></p>	
<p>5 Aplicar vendaje en áreas quemadas con el cuerpo en buena alineación.</p>	<p>La inmovilización prolongada puede causar rigidez y limitación del grado de movimiento de una articulación.<sup>96</sup></p>	

<sup>93</sup> Ibidem Carperinto, pp. 198.

<sup>94</sup> Ibidem Rosales, pp. 450.

<sup>95</sup> Ibidem Carperinto, pp. 308.

<sup>96</sup> Ibidem Rosales, pp. 397.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>6 Dejar descubierta la porción distal de las extremidades vendadas vigilar edema, temperatura, coloración, llenado capilar.</p>	<p>La oclusión mecánica por dispositivos opresivos originan disminución sanguínea que produce alteraciones en relación a la coloración y la temperatura de la piel, la aparición de edema, de hormigueo, adormecimiento y sensibilidad.<sup>97</sup></p>	
<p>7 Vigilar edema de miembros superiores.</p>	<p>En condiciones normales, la irrigación sanguínea hacia los diferentes tejidos aumenta cuando hay una lesión tisular.<sup>98</sup></p>	

<sup>97</sup> Ibidem Rosales, pp. 398.

<sup>98</sup> Ibidem Nordmark, pp. 39.

Necesidad: Aprendizaje.

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de conocimientos relacionado a traumatismo manifestado por ansiedad y conducta inconsistente con las instrucciones.

Objetivo: Explicar en términos entendibles los procedimientos y la participación esperada de ella.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>1 Explicar de acuerdo a la edad los cuidados prescritos para las heridas por quemaduras, sus ventajas e inconvenientes.</p> <p>2 Incorporar un apoyo emocional a las sesiones técnicas de cuidados personales, fomentar la narración, la visualización y el análisis.</p>	<p>Explicar el método, sus ventajas e inconvenientes ayudar al paciente a reconocer y notificar cualquier problema o complicación.<sup>99</sup></p> <p>Estas actividades fomentan el análisis de los sentimientos y la resolución de conflictos emocionales durante la adquisición de conocimientos técnicos.<sup>100</sup></p>	

<sup>99</sup> Ibidem Carperinto, pp. 308.

<sup>100</sup> Ibidem Carperinto, pp. 311.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>3 Orientación previa a la realización de cada procedimiento.</p>	<p>El desarrollo de la capacidad cognoscitiva está en relación con las experiencias previas.<sup>101</sup></p>	
<p>4 Animar a la paciente a mirar las áreas quemadas.</p>	<p>El paciente inicia el proceso de adaptación reconociendo la lesión y la pérdida que supone.<sup>102</sup></p>	

<sup>101</sup> Ibidem Rosales, pp. 176.

<sup>102</sup> Ibidem Carperinto, pp. 311.

Necesidad: Moverse y mantener buena postura.

Diagnostico de Enfermería: Deterioro de la movilidad física relacionado a lesiones manifestado por dolor de movimiento.

Objetivo: Mantener el cuerpo en alineación anatómica.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
1 Explicar a la paciente el procedimiento y la forma en que puede colaborar.	La comprensión del procedimiento disminuye o calma la ansiedad. <sup>103</sup>	
2 Alinear segmentos corporales.	La alineación corporal se adecua intencionalmente con fines de comodidad, diagnóstico o terapéutico. <sup>104</sup>	
3 Colocar a la paciente en posición de acuerdo a la ubicación de las lesiones.	Una posición correcta permite la realización óptima de los procedimientos. <sup>105</sup>	

<sup>103</sup> Ibidem Rosales, pp. 450.

<sup>104</sup> Ibidem Rosales, pp. 99.

<sup>105</sup> Ibidem Rosales, pp. 152.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
4 Aplicación de vendajes compresivos.	La presión excesiva o indebida sobre las superficies corporales, puede causar dolor por irritación de fibras sensitivas o bien alterar la circulación. <sup>106</sup>	

<sup>106</sup> Ibidem Rosales, pp. 397.

Necesidad: Comunicación.

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la comunicación verbal relacionado a traumatismo manifestado por negativa para hablar.

Objetivo: Estimular a la paciente para manifieste sus sentimientos, dudas e inquietudes.

Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>1 Relacionarse frecuentemente con la paciente y tratarla en forma cariñosa y positiva.</p> <p>2 Animar a la paciente a que exprese lo que siente y lo que piensa.</p>	<p>El contacto frecuente con el paciente indica aceptación, que puede facilitar la confianza.<sup>107</sup></p> <p>Ratificar los sentimientos del paciente y sus percepciones aumenta la conciencia de si mismo y mejora el autoconcepto.<sup>108</sup></p>	

<sup>107</sup> Ibidem Carperinto, pp. 311.

<sup>108</sup> Ibidem Carperinto, pp. 311.



Intervenciones de enfermería.	Justificación de las intervenciones.	Evaluación.
<p>3 Pedir a la paciente que participe en sus cuidados de acuerdo a sus posibilidades y elogiarle los progresos.</p> <p>4 Animarle a relacionarse con otros pacientes y personal del servicio.</p>	<p>Participar en los cuidados puede mejorar la autoestima del paciente y su sensación de control, la retroalimentación y el refuerzo alimentan la continua participación.<sup>109</sup></p> <p>Dichos contactos dan al paciente la oportunidad de comprobar la respuesta que tienen otros a sus lesiones y posible cambio de aspecto general.<sup>110</sup></p>	

<sup>109</sup> Ibidem Carperinto, pp. 311

<sup>110</sup> Ibidem Carperinto, pp. 312

## IV CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

### CONCLUSIONES

Durante el desarrollo del presente Proceso de atención de Enfermería he observado que gran número del personal de enfermería sólo trabajamos en base a indicaciones médicas y dejamos a un lado la satisfacción de las necesidades de los pacientes, pues debido a la carga de trabajo en ocasiones no reparamos en algunas necesidades físicas o espirituales de los pacientes, la mayoría de las veces no por falta de interés sino por falta de tiempo, para nadie es desconocido que es mayor el número de pacientes comparado con el personal de enfermería, sería ideal que el personal de enfermería pudiera realizar con cada uno de los pacientes a su cuidado las intervenciones que considera adecuadas para brindar atención de calidad y lograr los objetivos que se planteó al iniciar su contacto con el paciente.

El proceso de atención de Enfermería es un método que nos ofrece la oportunidad de crear, implementar y modificar un plan de cuidados que se apegue a las necesidades de cada uno de los pacientes.

Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados orientados al logro de objetivos, se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia, y el grado de satisfacción y progreso del paciente.

En cada una de las etapas se dispone de elementos para planear las intervenciones que redundarán en beneficio del paciente y lograr los objetivos finales de los cuidados de enfermería.

Durante la valoración se reúne la información necesaria para poder identificar la problemática del paciente, en la etapa de diagnóstico se determinarán las necesidades que sólo requieren de la participación del personal de enfermería y cuales dependen de la participación de algún otro profesional de la salud, una vez identificados los problemas de salud se lleva a cabo la planeación la cual consiste

en jerarquizar necesidades y establecer los objetivos a los que pretendemos llegue el paciente los cuales pueden ser a corto, mediano y largo plazo .

Al identificar las necesidades que podemos satisfacer de manera independiente y las que serán resueltas en forma dependiente o interdependiente se procede a ejecutar el plan de cuidados en donde se contempla cada una de las intervenciones encaminadas al bienestar del paciente, una vez realizadas éstas intervenciones se evalúa que tan benéficas fueron para el paciente y se procede a tomar la decisión de si se continua o modifica el plan de cuidados.

El principal objetivo del proceso de atención de enfermería es el de realizar acciones encaminadas a promover, mantener o restaurar la salud, o , en el caso de enfermedades terminales lograr una muerte tranquila.

Personalmente estoy convencida que el ( PAE ) es el método que nos brinda la oportunidad de ofrecer cuidados de calidad basados en principios científicos, por lo tanto nos permite participar en la atención del paciente como personal profesional que pertenece a un equipo de salud y a no ser consideradas empíricas de la enfermería.

## SUGERENCIAS

Enfermería como profesión ha sufrido una transformación a lo largo de la historia, de las enfermeras empíricas a las enfermeras actuales existe una brecha muy amplia, sin embargo la profesión de enfermería se ha visto rezagada en el escalafón hacia un reconocimiento como el de las otras profesiones ( medicina, derecho, etc. ) de que nos sirve cursar una licenciatura en enfermería si no existe un área de trabajo específica para poder desarrollar los conocimientos adquiridos a lo largo de nuestra formación académica, no obstante el ingreso a la licenciatura sigue en aumento ¿ no habla ese interés del deseo de surgir como profesión reconocida y respetada ? en los centros de trabajo vemos con profunda decepción que gozan de mayor reconocimiento y validez los cursos posttécnicos que la licenciatura, Las egresadas de la licenciatura regresamos con título de licenciadas a realizar funciones de enfermera general, ¿ por que no existe un organigrama en el departamento de enfermería que indique las funciones y el puesto que ocuparán las licenciadas en enfermería ?

Resulta incomodo que las enfermeras nos preparemos para alcanzar mayores conocimientos con valor curricular y no tengamos oportunidad de ponerlos en práctica por que no existe un área específica en donde se puedan desempeñar las licenciadas en enfermería, al capacitarnos esperamos obtener mejores condiciones laborales, económicas y demostrar que enfermería es digna de cursar una licenciatura.

Dentro de mis inconformidades no me parece justo que los cursos posttécnicos merezcan mayor reconocimiento para concursar por una plaza de mayor jerarquía.

Enfermería ha luchado por ser una profesión reconocida y respetada por ello me permito insistir en que la licenciatura en enfermería debe ser reconocida y considerada dentro del campo de las profesiones para que obtenga el valor y reconocimiento que identifica y hace única a cada una de las demás licenciaturas.

## GLOSARIO

**Actitud:** Postura del cuerpo, disposición de ánimo.

**Conocimiento:** Conciencia o percepción de la realidad, que se adquiere por medio del aprendizaje o de la investigación

**Dependiente:** Perteneciente o relativo al proceso de necesitar de alguien o algo, ayuda , apoyo, favor, etc.

**Entrevista:** Interrogatorio sistemático del paciente con el fin de obtener información aplicable a la planificación de un tratamiento individualizado.

**Función:** Acto, proceso o serie de procesos encaminados a un fin.

**Habilidad:** Capacidad y disposición para una cosa.

**Histología:** Ciencia que se ocupa de la identificación microscópica de células y tejidos.

**Historia Clínica:** Recolección de datos a través del propio paciente y de otras fuentes con respecto a su estado físico y sus funciones psíquicas, sociales y sexuales.

**Independencia:** Cualidad de ser independiente; autonomía, libre de influjo o control por otra persona o grupo, falta de apoyo en otro para la existencia física o las necesidades emocionales.

**Modelo:** ( investigación en enfermería ) Representación simbólica de las interrelaciones que presenta un fenómeno dentro de un sistema o proceso. Se presenta como un sistema conceptual o teoría que explica un fenómeno y que permite predicciones.

**Modelo Conceptual:** Los modelos conceptuales están formados por ideas abstractas y generales ( conceptos ) y por las proposiciones que especifican sus relaciones.

**Necesidades humanas:** Requisitos fisiológicos, psicológicos y sociales fundamentales del hombre para mantener su equilibrio interno y con su entorno.

**Persona:** Individuo de la especie humana.

**Teoría:** Conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos mediante el diseño de unas interrelaciones específicas entre los conceptos con el fin de describir, explicar y predecir.

**Salud:** Situación de bienestar físico, mental y social con ausencia de enfermedad y de otras situaciones anormales.

## BIBLIOGRAFIA

1. Alfaro Leferve Rosalinda "Aplicaciones del Proceso de Enfermería "  
3ra. edición, Editorial Mosby, Malven Pensilvania. 1991.
2. Bendlin, Linares, Benaim "Tratado de Quemaduras "  
1era. edición, Editorial Interamericana McGraw- Hill, México, 1993
3. Carpenito Juall Linda " Planes de Cuidado y Fundamentación en Enfermería.  
2da edición, Editorial Interamericana McGraw – Hill, México, 1994.
4. Ferrín Fernández Carmen " El proceso de atención de Enfermería " Estudio de casos, Editorial Ediciones Científicas y Técnicas, S,A, Barcelona España, 1993.
5. Hospital Infantil de México " Urgencias en Pediatría "  
4ta. edición, Editorial Interamericana McGraw – Hill, México, 1997.
6. Internet, " Teorías y Modelos más utilizados en enfermería, El Proceso Atención de Enfermería "  
[Personal.redestb.es/a\\_sanguesamodelos](http://Personal.redestb.es/a_sanguesamodelos), México, 2000.
7. Jeffrey I. Blumer " Cuidados Intensivos en Pediatría "  
3era. Edición, Editorial Harcourt Brace , España, 1990.
8. J. Taptich Barbara, " Diagnóstico de enfermería y Planeación de Cuidados "  
Editorial Interamericana McGraw – Hill, México, 1992.

9. Kozier Barbara " Enfermería fundamental, Concepto, Proceso y Práctica "  
Editorial Interamericana McGraw – Hill, México, 1990.
10. Lorente José Angel, Andrés Esteban " Cuidados Intensivos del paciente Quemado "  
Editorial Springer – Verlag Iberica, Barcelona, 1998.
11. Mariner Ann " Proceso de Atención de Enfermería, un enfoque Científico "  
Editorial Manual Moderno, 1983.
12. Murria Atikson " Proceso de Atención de Enfermería "  
5ta. edición, Editorial Interamericana McGraw – Hill.
13. Mark C., Rogers – Mark A Helfaer " Cuidados Intensivos en Pediatría "  
2da. Edición, Editorial Interamericana McGraw – Hill, México, 1997.
14. Océano " Diccionario de Medicina "  
4ta. edición, Editorial Océano Mosby, España, 1994.
15. Rodríguez Villalobos Luis " Tesis, Complicaciones que provocaron la muerte en pacientes con quemaduras severas "  
U.N.A.M, 1999.
16. SUA Antología " Fundamentos de Enfermería "  
E.N.E.O. 1997.