



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**“APLICADO A UNA PERSONA CON ALTERACIÓN DE LA  
NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS CAUSADOS POR UNA  
QUEMADURA POR CORRIENTE ELECTRICA.”**

**QUE PARA OBTENER  
EL TÍTULO DE LA LICENCIATURA EN  
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**CRUZ MARTÍNEZ CLAUDIA**

No. de Cta. 405114421

**ASESORA:**

**LIC. ENF. MA. MAGDALENA MATA CORTÉS**

**MÉXICO D. F. 2008.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**DEDICATORIA**

වෛද්‍යවේදයේ දැනට වැඩි වැඩියාවක් ඇතිව ඇති බැවින්  
අපගේ මනසේ ඇති සියලුම දේ සඳහා වන  
දායකය වූ වෛද්‍යවේදයේ සියලුම  
විද්‍යාඥයන් සඳහා වන ආදරයෙන්,  
විශේෂයෙන්ම ආචාර්ය ජනරාල්,  
විශේෂයෙන්ම ආචාර්ය ජනරාල් සහ  
විශේෂයෙන්ම ආචාර්ය ජනරාල්  
සඳහා වන ආදරයෙන්  
සහ ආදරයෙන්,  
ආචාර්ය ජනරාල් සහ  
විශේෂයෙන්ම ආචාර්ය ජනරාල්  
සඳහා වන ආදරයෙන්.

මම මෙහි දායකයෙක් වීමට, මට හැකි සියලුම  
විද්‍යාඥයන්, ආචාර්ය ජනරාල් සහ  
විශේෂයෙන්ම ආචාර්ය ජනරාල්  
සඳහා වන ආදරයෙන්,  
විශේෂයෙන්ම ආචාර්ය ජනරාල්  
සඳහා වන ආදරයෙන්,  
විශේෂයෙන්ම ආචාර්ය ජනරාල්  
සඳහා වන ආදරයෙන්,  
විශේෂයෙන්ම ආචාර්ය ජනරාල්  
සඳහා වන ආදරයෙන්,  
විශේෂයෙන්ම ආචාර්ය ජනරාල්  
සඳහා වන ආදරයෙන්.

INDICE	PÁG
INTRODUCCIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	6
<b>OBJETIVOS</b>	
<b>GENERALES.....</b>	<b>7</b>
<b>ESPECÍFICOS.....</b>	<b>7</b>
<b>I.-MARCO TEÓRICO</b>	
<b>1.1.- ANTECEDENTES DEL PROCESO ENFERMERO.....</b>	<b>8</b>
<b>1.2.- ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.1.- VALORACIÓN.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2.2.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2.3.- PLANEACIÓN.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.4.-RESULTADOS ESPERADOS DE LA TAXONOMIA</b>	<b>13</b>
<b>DEL NOC.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.5.- EJECUCIÓN.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2.6.-INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA LA</b>	<b>14</b>
<b>TAXONOMIA DEL NIC.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2.7.- EVALUACIÓN.....</b>	<b>15</b>
<b>2.- GENERALIDADES DEL CUIDADO</b>	
<b>2.1.- CUIDAR.....</b>	<b>16</b>
<b>3.- GENERALIDADES DEL MODELO VIRGINIA HENDERSON</b>	
<b>3.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2.- DEFINICIONES.....</b>	<b>19</b>
<b>3.3.-LA RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE.....</b>	<b>22</b>
<b>3.4.- NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.....</b>	<b>23</b>
<b>3.5.-SALUD.....</b>	<b>23</b>
<b>3.6.-ROL PROFESIONAL.....</b>	<b>25</b>
<b>3.7.-ENTORNO.....</b>	<b>26</b>

## INTRODUCCIÒN.

El presente Proceso Atención de Enfermería se realiza con la finalidad de dar a conocer la importancia de las necesidades de salud de la persona que requiere un cuidado más individualizado; todo esto mediante el modelo de atención de Virginia Henderson, donde conceptualiza que el ser humano es el principal foco de atención pues debemos de analizar las necesidades que el requiera, estas a través de las 14 necesidades básicas que ella propone en donde el individuo debe satisfacer su integridad física, psicológica, biológica y espiritual empleando como herramienta el diagnóstico a futuro.

Es por ello que se aplica el Proceso Atención de Enfermería a una persona de 16 años la cual sufrió una quemadura eléctrica pues estas constituyen un problema médico, psicológico, económico y social que también se ve involucrado directamente al personal de Enfermería, lo cual aplicara sus conocimientos de manera profesional, para cubrir las necesidades que el paciente demande de manera oportuna para evitar complicaciones posteriores.

Los pacientes quemados requieren de mayor cuidado que otro tipo de pacientes durante la fase de hospitalización y ambulatorio.

En caso de quemaduras con más del 40% de superficie corporal implica un riesgo de vida por infecciones debido a los periodos prolongados de estadía hospitalaria.

La gama de lesiones eléctricas abarca desde las quemaduras cutáneas locales que son consecutivas a la corriente eléctrica hasta las lesiones extensas de músculos, nervios o vasos e incluso la muerte, por fuentes de alto voltaje.

## **JUSTIFICACIÓN**

Brindar los conocimientos teórico-prácticos sobre el Proceso de Atención y manejo del paciente internado en una Unidad de Quemados, considerando la organización, el nivel funcional, los cuidados de enfermería, el manual de procedimientos, los reglamentos y protocolos y los elementos básicos del trabajo en un equipo interdisciplinario (Enfermera de la unidad de Quemados, enfermera de salud mental, trabajo social, nutrición y fisioterapia, psicólogo médico) para el manejo integral del paciente quemado, considerando su situación biopsicosocial, para mejorar el desempeño de los profesionales de enfermería respecto a la calidad de atención que brindan a los pacientes quemados en su lugar de procedencia y de calidad así teniendo una recuperación pronta.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a una persona con quemadura eléctrica de segundo grado, aplicando y desarrollando conocimientos, habilidades y destrezas en su cuidado con el fin de proporcionar una buena atención con calidad, según el enfoque de Virginia Henderson proporcionando un cuidado holístico y así tratar de disminuir el tiempo de estancia en el hospital.

### **ESPECIFICO**

- Lograr que el paciente realice su auto cuidado de manera pronta conjuntamente con su familia fortaleciendo así los lazos familiares.
- Lograr que el personal de Enfermería encuentre que el paciente tenga el interés de salir pronto de su problema

# 1.- MARCO TEÓRICO

## 1.1.- HISTORIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Lidia Hall describía a la Enfermería como un Proceso, sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería.<sup>1</sup>

Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un Proceso con cuatro fases: Valoración, Planeación, Ejecución y Evaluación.

Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la etapa de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases.

La lucha de las enfermeras por definir el campo de la profesión y con el objetivo de obtener un status profesional enfocó sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de enfermería. De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de enfermería puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso.

Aunque el Proceso de Enfermería (PE) está siendo utilizado por las enfermeras desde hace dos décadas, ha sido en los últimos 5 - 10 años que se ha experimentado un enorme desarrollo.

Linda Carpenito, “señala que la maestría y eficiencia de la actuación de enfermería dependen de la utilización exacta del Proceso de Enfermería, así mismo complementa que una enfermera experta en esta técnica de solución de problemas puede actuar con habilidad y éxito con sus clientes en cualquier escenario donde se desarrolle su práctica.”<sup>2</sup>

---

1. -Internet. Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. <http://www.aibarra.org/> Abril Pág. 15.

<sup>2</sup> .- IBIDEM Internet. modelos y tendencias más utilizados en enfermería.pág.18.



En la actualidad existen diversas publicaciones sobre el Proceso de Enfermería que muestran diferentes enfoques de su aplicación, pero son escasos los que profundizan en cada una de sus etapas.

El Proceso de Enfermería ha sido legitimizado como el marco de la práctica de enfermería. La ANA lo utilizó como directriz para el desarrollo de la práctica de Enfermería.

En Estados Unidos el PE se ha incorporado en el marco conceptual de la mayoría de los Planes de Estudio de Enfermería, también se ha incluido en la mayoría de las leyes de la práctica de enfermería. Recientemente los exámenes estatales de licenciatura fueron revisados para comprobar las capacidades de los aspirantes a licenciados en enfermería de utilizar los pasos del Proceso de Enfermería.

## **Proceso de Enfermería**

El Proceso de Enfermería es un conjunto de pasos ordenados y lógicos por el cual el profesional de enfermería realiza el cuidado de los pacientes, apoyado por modelos o filosofías de enfermería.

### **Concepto**

Es un conjunto de acciones intencionadas que realiza la enfermera en un orden específico con el fin de que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible.

### **El Proceso Enfermero es**

**Sistemático.-** Consta de 5 pasos en las que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficacia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.

**Dinámico.-** A medida que adquiera mas experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre los distintos pasos del proceso, combinado en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.

**Humanístico.-** Se basa en la creencia de que a medida que planifiquemos brindamos los cuidados debemos considerar la mente, el cuerpo, y el espíritu. Nos esforzaremos por comprender los problemas de salud de cada individuo y el correspondiente impacto del mismo en la prescripción de bienestar de la persona y Enseñanza. Capacidad de las actividades de la vida diaria.

**Centrado en los objetivos (resultados).**- los pasos del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtener los mejores resultados de la manera mas eficiente.

## **Características del Proceso Enfermería**

El Proceso de Enfermería es un proceso **cíclico** y **continuó** que puede terminar en cualquier etapa si el problema está resuelto.

El Proceso de Enfermería existe para cada problema que el paciente presenta, y para cada elemento del cuidado del paciente, en vez de que sea uno para cada paciente.

La evaluación de enfermería del cuidado llevará a cambios en la implementación del cuidado y es posible que las necesidades del paciente cambien durante su estadía en el hospital mientras su salud ya sea que mejore o se deteriore.

El Proceso de Enfermería no sólo se enfoca en formas de mejorar las necesidades fisiológicas del paciente, sino también en las necesidades de seguridad y protección, de amor y pertenencia, de autoestima y de autorrealización.

- Cíclico y dinámico
- Metas dirigidas y centradas en el cliente
- Interpersonal y colaborativo
- Universalmente aplicable
- Sistemático

### **1.2. ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO**

“Consta de cinco pasos, es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos de los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos, resultados eficaces.”<sup>3</sup>

Los siguientes son los pasos o fases del proceso de enfermería.

---

<sup>3</sup> Zamora Manual de Enfermería Editores Zamora. Editorial

- **Valoración** (de las necesidades del paciente)
- **Diagnóstico** (de las necesidades humanas que la enfermería puede asistir)
- **Planificación** (del cuidado del paciente)
- **Ejecución** (del cuidado)
- **Evaluación** (del éxito del cuidado implementado)

### 1.2.1.- VALORACIÓN

Recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencia de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud también pueden buscar evidencias de los recursos con que cuenta el cliente.

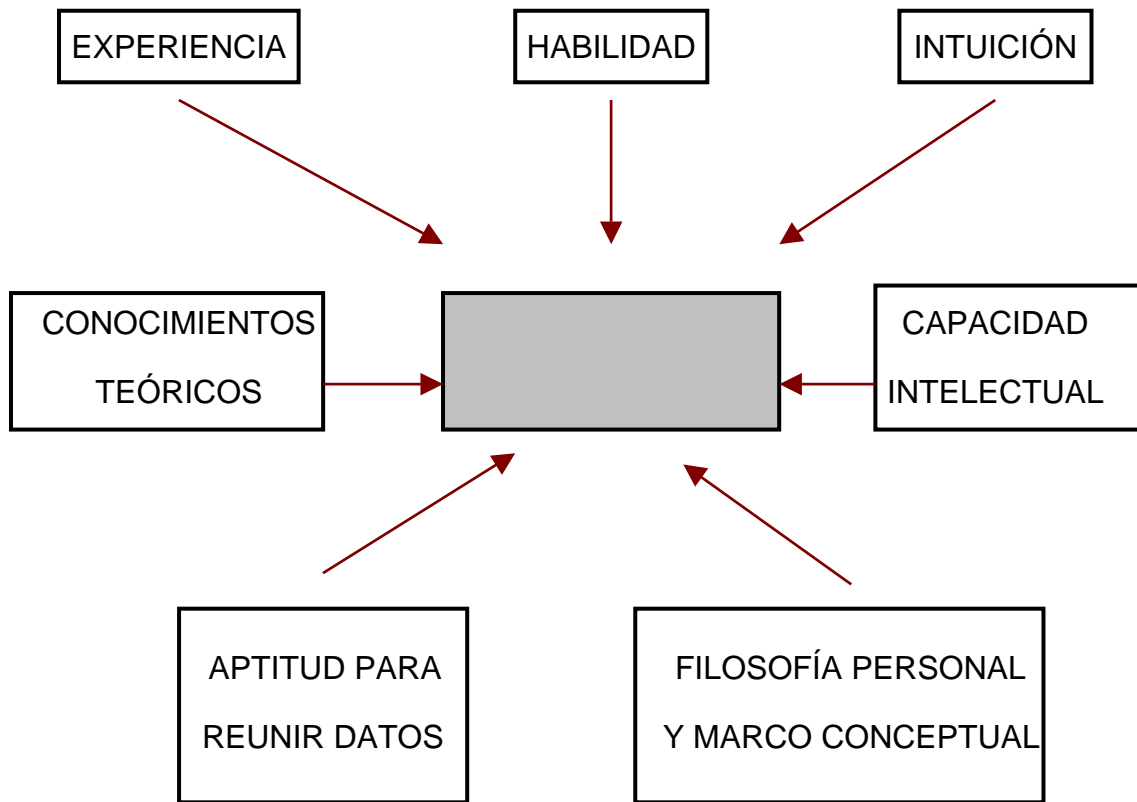
- Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Es la base para las decisiones y actuaciones posteriores de Enfermería
- Recogida continua de datos sobre problemas de salud y factores de riesgo que pueden contribuir a la aparición de los mismos.
- El profesional de enfermería debe llevar a cabo una valoración de enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente

### 1.2.2.- DIAGNÓSTICO

(Identificación de los problemas) analizar los datos e identificar los problemas reales y potenciales, que constituyen la base del plan de cuidados. También hay que identificar los recursos, que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.

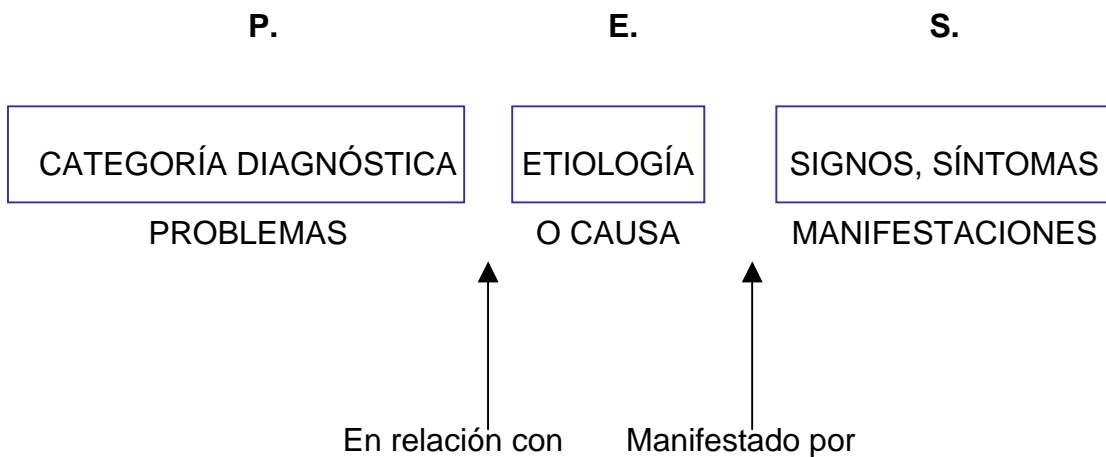
- Los diagnósticos de enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados.
- Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencia.
- El propósito de esta fase es identificar los problemas de enfermería del cliente.

- Análisis de los datos para identificar problemas de salud reales y potenciales y recursos de que disponemos.
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.



Gordón planteó el formato P.E.S. para anunciar y confirmar diagnósticos.

### Diagnóstico real



\* Déficit nutricional en relación con la anorexia, náuseas y vómitos. Manifestado por fatigas y desequilibrio electrolítico.

### Diagnóstico potencial o de riesgo



\* Riesgo de (potencial) alteración de la integridad cutánea relacionado con la inmovilidad.

### 1.2.3.- PLANIFICACIÓN

- Determinar las prioridades inmediatas.
- Determinación de resultados esperados (objetivos específicos) e identificación de intervenciones para lograrlos.
- Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- En acuerdo con el cliente, el profesional de enfermería realiza el tratamiento de cada uno de los problemas identificados en la fase de planificación.
- Determinar las intervenciones.
- Anotar o individualizar el plan de cuidados.

### 1.2.4.- Resultados esperados (Taxonomía NOC)

En el año 1991 se creó un equipo de investigación, conducido por Marion Johnson y Merodean Maas, en la University of Iowa, para desarrollar una clasificación de los resultados de los pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros. El trabajo del equipo de investigación dio como resultado la clasificación de los resultados de enfermería (NOC) una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que pueden utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones de las enfermeras, publicada por primera vez del año 1997.

Los resultados de los pacientes sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención de enfermería un resultado se define como “un estado, conducta o

percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de una intervención de enfermería”.

La clasificación de los resultados de enfermería (NOC) se desarrollo para medir el cambio del estado del paciente con el propósito de evaluar los efectos reintervenciones de enfermería .aunque el NOC se desarrollo para la enfermería, otras profesionales de la salud han considerado que los resultados son útiles para evaluar efectos de sus intervenciones.

La medición no se limita a estados funcionales y fisiológicos, si no que incluyen medidas de estado psicosocial, de conocimiento y conductual. Una vez sean identificados las preocupaciones y/o diagnósticos de salud, la enfermera esta preparada para considerar la elección de resultado del paciente. En la elección de un resultado que tiene encuentra numerosos factores incluyendo (1) el tipo de preocupación de salud, (2) el diagnóstico o problema de salud con las características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo, (3) características del paciente, (4) preferencias del paciente y, (5) opciones de tratamiento.

- Organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía de la NOC tienen cinco niveles dominios, clases, resultados, indicadores y medidas.

### **1.2.5.- EJECUCIÒN**

Puesta el plan – pero no solo actuar- piense y reflexione sobre lo que esta haciendo.

- En esta fase también se registran los métodos por el cual se alcanzará la meta. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo.
- La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo el cuidado de la enfermería.
- Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Valorar el estado actual de la persona antes de actuar.
- Llevar acabo las intervenciones y volver a valorar para determinar la respuesta inicial.
- Informar y registrar.

### **1.2.6.- Intervenciones de Enfermería (Taxonomía NIC)**

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joane Mc Closkey.

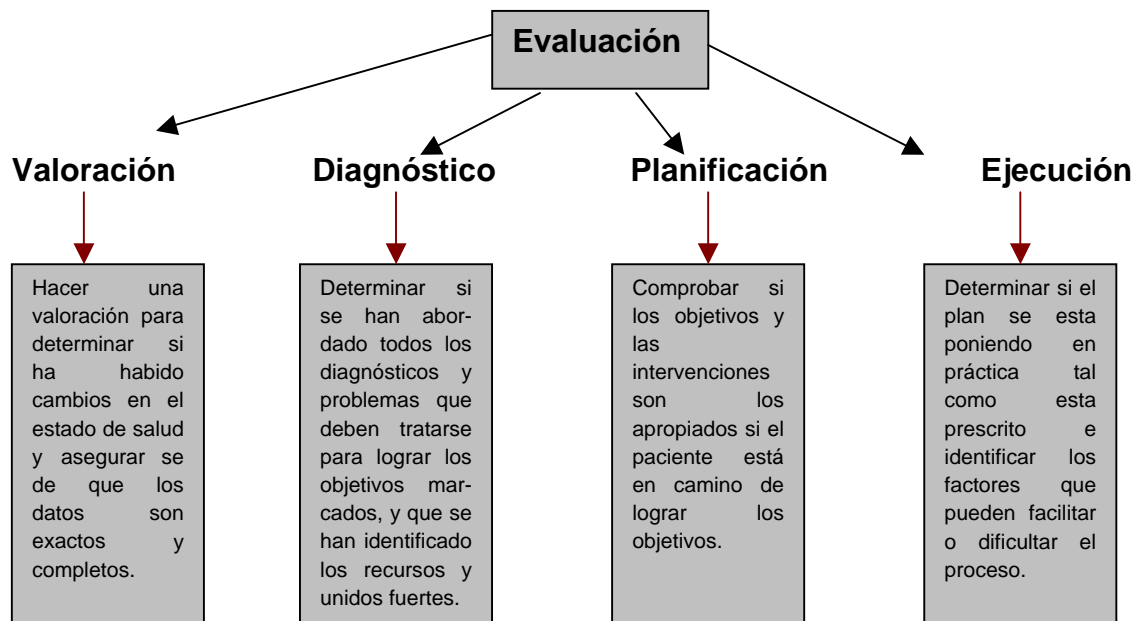
El equipo desarrollo la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizaron las enfermeras, publicadas por primera vez en el año 1992.

Una intervención se define como cualquier tratamiento, basado en conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional Enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos e indirectos dirigidas a los individuos, familias, y comunidad. Ya sea tratamiento iniciados por las enfermeras, por los médicos o por los profesionales. Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención y una breve lista de referencias. La etiqueta y la definición que esta estandarizado y que no debe cambiarse cuando se utiliza el NIC para documentar los cuidados. Las intervenciones del NIC se han relacionado con los diagnósticos de la NANDA los problemas del sistema Omaha.

La taxonomía del NIC se codificó por varias razones (1) para facilitar su uso informático (2) para facilitar la manipulación sencilla de los datos, (3) para aumentar la articulación con otros sistemas codificados y (4) para permitir sus usos en las retribuciones.

### **1.2.7.- EVALUACIÓN**

- El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos.
- En cambio, si la meta ha sido alcanzada entonces el cuidado puede cesar.
- Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez.
- Valoración del logro de los resultados y decisión sobre la necesidad de introducir cambios.
- Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos o los resultados esperados.



## **2.- GENERALIDADES DE LOS CUIDADOS**

Los cuidados de enfermería forman parte del conjunto de las actividades de los cuidados, siendo estos una actividad cotidiana y permanente de la vida. Entender la naturaleza de los cuidados de enfermería exige, por tanto volverlos a situar dentro de único contexto que les da todos su sentido, su significado real: el contexto de la vida y la muerte al que los hombres y grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia.

### **2.1.- CUIDAR**

Cuidar es, ante todo, un acto de VIDA, en el sentido de cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta se continúe y se reproduzca.

“Cuidar es un acto individual que uno se da a si mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiene a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.”<sup>4</sup>

Los cuidados de enfermería tienen que encontrar su individualidad con respecto a la red de pertenencias de los CUIDADOS.

“Los cuidados de costumbres y habituales “CARE” relacionados con las funciones de conservaciones de continuidad de la vida. Los cuidados de

<sup>4</sup> Colliere, Francois M. Promover la vida. Editorial interamericana Mc Graw hill Madrid España 1993, Pág. 235.



curación “CURE” relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.”<sup>5</sup>

Los cuidados de enfermería cuya única finalidad es permitir a los usuarios de cuidados desarrollar su capacidad y vivir o esforzarse en compensar la alteración de las fuerzas de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva y social que con lleva esta ultima.

“La relación entre los conceptos salud y cuidados indica las acciones o el proceso que se siguen para efectuar cambios positivos en el estado de salud. Y que afirma <Afirma que a la enfermería le concierne la totalidad de la salud de los seres humanos. Reconociendo que están en continua interacción con su entorno>”

El concepto de cuidado representa a la disciplina o a la profesión y este no es concepto metaparadigmatico apropiado porque crea una tautología.

Los cuidados de enfermería cuya única finalidad es permitir a los usuarios de cuidados a desarrollar su capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, efectiva y social que con lleva a este ultimo.

---

<sup>5</sup> IBIDEM Colliere, Francois M Pág. 35

### **3.- GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

#### **3.1.- Antecedentes Históricos**

Nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos, originaria de Kansas City Missouri.

En la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la Enfermería.

En 1918 ingreso a la escuela de Enfermería del ejercito en washintong.

En 1921 se graduó y acepto un puesto como Enfermera en el Henry street visiting nurse service de nueva york.

En 1922 inicio como docente en Enfermería.

En 1929 tomo el cargo de supervisora pedagógica en la clínica strong.

En 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y hay curso sobre las técnicas de análisis de enfermería y practicas clínicas en esta universidad.

En 1948 hasta 1953 realiza la revisión la quinta edición del Textbook of the principles and practice of Nursing de Berta Harmer publicado en 1939.

En 1953 ingresa a la universidad de ya le adonde aporto una valiosa colaboración en la investigación de enfermería.

En 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía definición de enfermería de Virginia Henderson.

En 1959 a 1971 dirige el proyecto Nursing Studies Index por la Universidad Yale fue diseñado como índice de anotaciones en 4 volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.

En 1960 su folleto Basic Principles of Nursing care para la international Council of Nurse.

Virginia Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora.

En 1988 de la American Nurse Asociación (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la Enfermería a lo largo de toda la vida.

En 1966 publica su obra *The Nature of Nursing* aquí describe su concepto sobre la función única primordial de la enfermería.

Henderson se convirtió en una leyenda viva, por lo que la biblioteca de Enfermería Internacional de Sigma theta tau fue bautizada con su nombre.

La señorita Virginia Avenle Henderson significó para el siglo XX lo que Florencia Nightingale para el siglo XIX. Las dos escribieron una extensa obra de amplia resonancia mundial.

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años.



### **3.2.- DEFINICIONES**

#### **Conceptos**

Henderson no identificó las teorías exactas que apoyaban Thorndike, si no que solo indicó que se refería a las necesidades básicas de los seres humanos. En los 14 componentes de la asistencia de Enfermería de Henderson, que parte de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales, se observa una corriente con la jerarquía de necesidades confeccionadas por Abraham Maslow.

## Enfermería

La única función de la Enfermera consiste en ayudar al individuo , enfermo, sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se facilite la consecución de independencia lo mas rápidamente posible. Se extrae una serie de conceptos y sub-conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.

<p>1.- PERSONA</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Necesidades Básicas.</li></ul>
<p>2.- SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Independencia</li><li>• Dependencia</li><li>• Causas de la dificultad o problema</li></ul>
<p>3.- ROL PROFESIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidados básicos de Enfermería</li><li>• Relación con el equipo de Salud</li></ul>
<p>4.- ENTORNO</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Factores ambientales</li><li>• Factores socioculturales</li></ul>

Cuadro <sup>6</sup>

La persona y las 14 necesidades básicas

Pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y el alma son inseparables.

---

<sup>6</sup> IBIDEM. Luís Rodrigo Maria Teresa.PAG.8

Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar una salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad.

Influirle por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente).

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- Variables: estados patológicos
- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

### 3.3.- La relación enfermera - paciente

Se establece 3 niveles en la relación muy dependiente a la práctica independiente.

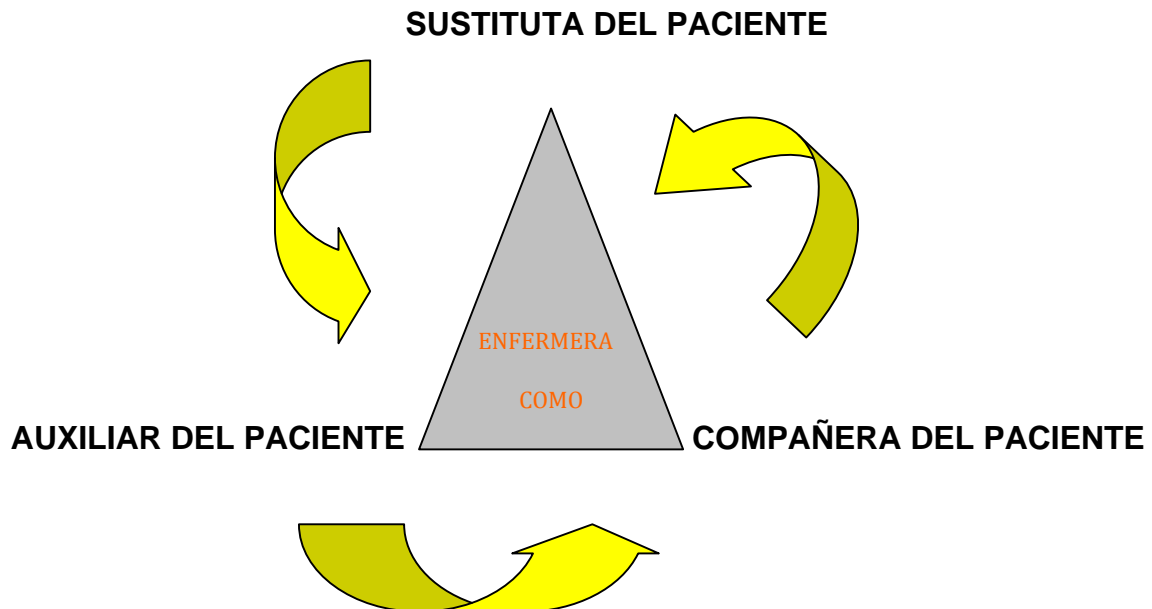


Figura 1. Enfermera y Paciente <sup>7</sup>

La Enfermera debe ser capaz de valorar, no solamente las necesidades del paciente si no también las condiciones y estados patológicos que las alteran.

La Enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo. Ya sea la independencia o una muerte tranquila.

Cuidar es un acto individual que uno se da así mismo cuando adquiere autonomía. Es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.

---

<sup>7</sup> Henderson, V.A. (1964) the Nature Of. Nursing American. Journal Of. Nursing. Pág. 63, 64.

### **3.4.- Necesidades de Virginia Henderson**

- 1.- Necesidad de Oxigenación.
- 2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación.
- 3.- Necesidad de Eliminación.
- 4.- Necesidad de Moverse y Mantener una buena Postura.
- 5.- Necesidad de Descanso y Sueño.
- 6.- Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas.
- 7.- Necesidad de Termorregulación.
- 8.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.
- 9.- Necesidad de Evitar los Peligros.
- 10.- Necesidad de Comunicarse.
- 11.- Necesidad de Vivir Según sus Creencias y Valores.
- 12.- Necesidad de Trabajar y Realizarse.
- 13.- Necesidad de Jugar / Participar en Actividades Recreativas.
- 14.- Necesidad de Aprendizaje.

### **3.5.-Salud. Independencia / Dependencia y causas de la dificultad.**

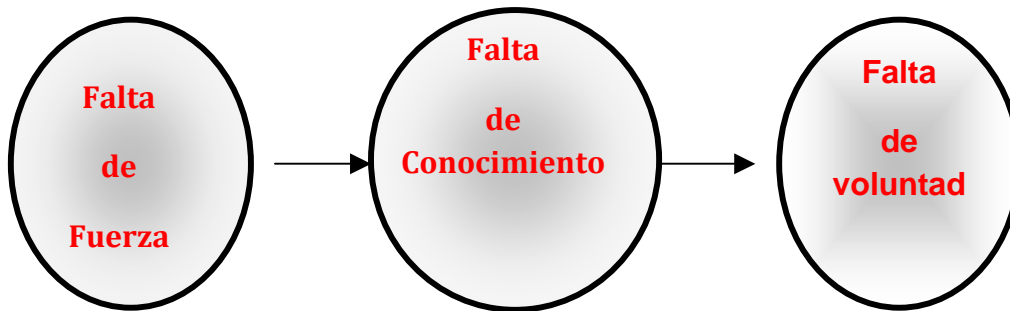
Virginia Henderson. Desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido. Buscan tratar de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua con el fin de mantener en estado óptimo de la propia salud.

El concepto de 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.

La DEPENDENCIA puede ser considerada con una doble vertiente por un lado la ausencia de las actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realice

actividades que no resulten adecuadas o sea insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Cuando esto es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifican como:



### **Falta de fuerza**

Interpretamos por FUERZA no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de la personas, si no también la capacidad del individuo para llevar a termino las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendría determinando por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas capacidad intelectual. Etc.

### **Falta de conocimiento**

En lo relativo en las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situaciones de enfermedad. La propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

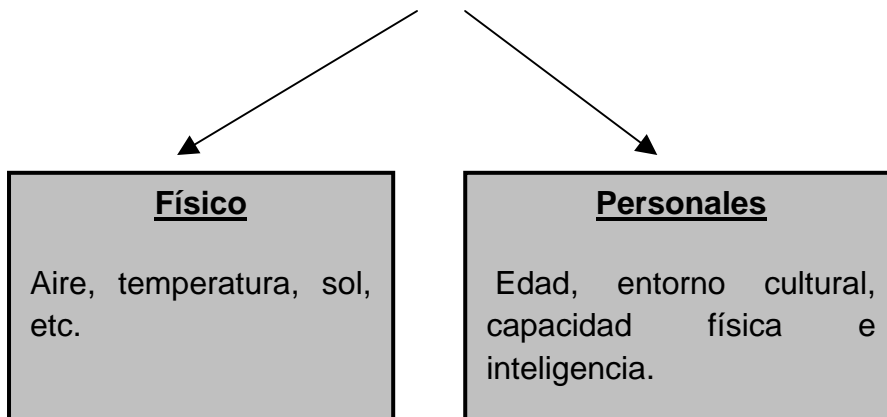
### **Falta de voluntad**

Entendida como INDEPENDENCIA 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.

Henderson nos dio una definición propia de salud pero en sus escritos comparo la salud con la independencia.



## La salud puede verse afectada por factores



La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

- Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura).
- Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).
- Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias).
- Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

Cuadro <sup>8</sup>

### 3.6.- Rol profesional. Cuidados básicos de enfermería y equipo de salud

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

---

<sup>8</sup> Henderson, V.A. (1964) the Nature Of. Nursing American. Journal Of. Nursing. Pág. 65.

Los cuidados básicos de enfermería considerados como en servicios derivados del análisis de las necesidades humanas son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes: sin embargo varían considerablemente por cada persona interpreta a su manera estas necesidades.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global ya sea para el mejoramiento de la salud y el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte.

### **3.7.- Entorno**

El Modelo de Henderson menciona unas veces de forma implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familiar grupo, cultural, aprendizaje, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

No dio definición propia. Acudió en collegiate dictionary en 1961 define como: el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo. Lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

## **APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON AL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA**

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de enfermería.

1.- En las ETAPAS de VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO. Sirve de guía en la recogida de datos y 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 la satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2.- En las ETAPAS DE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a causas de la dificultad detectadas, en la elección de modo de intervención (suplencia o ayuda) mas adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado.

3.- Finalmente en la etapa EVALUACION el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha de plan de cuidados , la autora dice que es nuestra meta es ayudar al individuo o conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades.

### **3.8.- Modelo de cuidados**

- Virginia Henderson

#### **FUNDAMENTO**

- Se fundamenta en las Necesidades humanas, en una situación de salud concreta y en un entorno ajeno al habitual (hospital)

#### **VALORES**

- Derecho a la salud.
- Derecho a la atención sanitaria
- Capacidad humana de cuidarse
- Consideración integral del ser humano con su entorno
- Sistema público de prestación de cuidados
- Gestión eficiente de recursos públicos
- Ética profesional.
- Mejora continua

#### **OBJETIVO**

La recuperación, el mantenimiento o la mejora de la satisfacción de las necesidades de la persona donde aparecían problemas, la integración a su medio habitual en el menor tiempo posible o el acompañarle en el proceso de la muerte.

#### **BENEFICIARIO DEL SERVICIO**

La persona que requiere cuidados de enfermería en una situación de salud concreta y en interacción con el medio hospitalario, considerado en términos de cliente.

## **PAPEL DEL PROFESIONAL**

Suplir y / o completar a la persona en la realización de las actividades que contribuyan a la salud, recuperación o a morir en paz.

## **FUENTES DE DIFICULTAD**

Obstáculos o limitaciones personales o del entorno que modifican la capacidad de la persona para dar respuesta a los cambios producidos, tanto a nivel físico, como psíquico, espiritual y social.

## 4.- METODOLOGÍA

El Proceso de Atención de Enfermería que se presentó se ha elegido como opción de titulación para obtener el título de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia, para la cual surgió la necesidad de elegir un paciente con diagnóstico de quemadura por corriente eléctrica con la necesidad de evitar peligro a sus heridas.

Posteriormente se solicitó asesorías a un docente de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, lo cual aceptó fungir como asesor del presente proceso Atención de Enfermería, programando las asesorías necesarias así contando con revisiones y correcciones del mismo.

Posteriormente realice una revisión bibliográfica del Proceso Atención de Enfermería siguiendo, las etapas que son la Valoración, el Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación. Tomando la filosofía del modelo de Virginia Henderson de sus catorce necesidades.

Para llevar a cabo todo esto, se realizaron las técnicas de la observación, la entrevista, el interrogatorio directo e indirecto, para la recopilación de los datos y obtener una información básica para el desarrollo del trabajo, utilizando la información recopilada del paciente y la observación de las necesidades del paciente encontrando 7 necesidades básicas de Virginia Henderson ya que mi objetivo primordial es ayudar a Rafael a que salga más pronto de su problema así evitando riesgos de infección dentro del hospital y al mismo tiempo que obtenga una recuperación favorable.

Al mismo tiempo se consultó los diagnósticos de enfermería elaborados por la NANDA DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES 2007-2008.

Así de igual manera del NIC Y EL NOC, todo esto para llevar a cabo la planeación teórica del PROCESO CUIDADO ENFERMERO, con la evaluación del plan de cuidados, dándome cuenta de las metas alcanzadas y los resultados obtenidos, e investigando la Anatomía y Fisiología de las quemaduras y su patología.

Finalizando con anexos del material que se utilizó y el glosario y la bibliografía que se tomó en cuenta para la realización de este trabajo.

Y agradeciendo al usuario que cooperó para la realización del proceso de enfermería y al mismo tiempo a la profesora que nos proporcionó de su tiempo para la asesoría de la tesis.

## **5.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERO**

### **CUADRO CLINICO DE ENFERMERIA**

Tratándose de un paciente adolescente del sexo masculino de 16 años originario del Estado de México traído por sus familiares al servicio de urgencias, refiere el familiar que el día 7 de julio sufrió su hijo una quemadura por corriente eléctrica cuando estaba trabajando. Llego la ambulancia y lo traslado al Hospital Lomas Verdes del IMSS estuvo de 3 a 4 días, sin ver alguna mejoría por lo cual no era derechohabiente y consiguen su alta voluntaria, lo trasladan a una clínica particular estuvo dos días hospitalizado y se decidió su traslado al hospital Dr. Rubén leñero, encontrando quemaduras de 2do° valorando por el personal de enfermería el dolor, angustia, desesperación de no poder tener una recuperación inmediata, tomando muestras de laboratorio y el traslado a rayos X pasando a la unidad de quemados después de 7 días de haber sucedido el accidente.

El día 15 de agosto se encuentra en su cama con dolor, fascies de sufrimiento, desesperación, apático. Tratando de que nos tenga confianza y teniendo comunicación con él y su familia así ayudando y tratando de solucionar las dudas que tiene facilitando su recuperación rápida y disminuir la estancia en el hospital.

Y las necesidades alteradas son: (en la siguiente página)

## 5.1.-VALORACIÓN ESTANDARIZADA DE NECESIDADES

NECESIDADES	MANIFESTACIONES
<b>RESPIRAR</b> (Independiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin alteración</li> </ul>
<b>NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN</b> (Parcial mente dependiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitación para alimentarse por si mismo.</li> <li>• Miedo a comer demasiado.</li> </ul>
<b>ELIMINACIÓN</b> (Parcial mente dependiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitación para asistir al baño por miedo al dolor de sus lesiones.</li> </ul>
<b>MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA</b> (Parcial mente dependiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitación para moverse, levantarse y acostarse por si solo.</li> </ul>
<b>DESCANSO Y SUEÑO</b> (Dependiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para conciliar el sueño por el dolor y al movimiento.</li> </ul>
<b>USAR PRENDAS ADECUADAS</b> (Parcial mente dependiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitación por vestirse.</li> <li>• Molestias para usar ropa cómoda.</li> </ul>
<b>TERMORREGULACIÓN</b> (Independiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin alteración</li> </ul>
<b>HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL</b> (Dependiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitación de la Higiene.</li> <li>• Presencia de heridas.</li> <li>• Colocar en la hidroterapia.</li> <li>• Lubricación de la piel.</li> <li>• Masaje de las lesiones</li> </ul>
<b>SEGURIDAD</b> (Dependiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angustia.</li> <li>• Preocupación.</li> <li>• Miedo.</li> <li>• Dolor.</li> </ul>
<b>COMUNICACIÓN</b> (Independiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variedad de información de su problema.</li> </ul>
<b>VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES</b> (Independiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener Fe en Dios.</li> </ul>
<b>TRABAJAR Y REALIZARSE</b> (Total mente dependiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción negativa de su imagen ante la pérdida de energía y dificultad para realizar sus Actividades.</li> </ul>
<b>JUEGO Y ACTIVIDADES REDREATIVAS</b> (Dependiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar material de distracción.</li> </ul>
<b>APRENDIZAJE</b> (Dependiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demanda de conocimientos sobre su situación de salud.</li> </ul>

## 5.2.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN

**NOMBRE:** R.R.V. **EDAD:** 16 AÑOS **PESO:** 52 KILOS **TALLA:** 1.70 CMS  
**FECHA DE NACIMIENTO:** 25-OCTUBRE-1989 **SEXO:** MASCULINO  
**OCUPACIÓN:** EMPLEADO **ESCOLARIDAD:** SEGUNDO DE SECUNDARIA  
**FECHA DE ADMISIÓN:** 17-AGOSTO-2006 **HORA:** 08:00 **HRS**  
**PROCEDENCIA:** EDO. MÈX. **FUENTE DE INFORMACIÓN:** DIRECTA  
**FIABILIDAD (1-4):** 4 % **MIEMBRO DE LA FAMILIA / PERSONA SIGNIFICATIVA:** MADRE.

### 5.2.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

**1. - NECESIDAD BÁSICAS DE: OXIGENACIÓN, NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN Y TERMORREGULACIÓN.**

#### NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

- **SUBJETIVO**

**DISNEA DEBIDO A:** NO TOS PRODUCTIVA / **SECA:** NO **DOLOR ASOCIADO CON LA RESPIRACIÓN:** NO **FUMADOR:** SI **DESDE CUANDO FUMA /CUANTOS AL DIA/VARIA LA CANTIDAD SEGÚN SU ESTADO EMOCIONAL:** DOS CIGARROS, A VECES, DESDE LOS 15 AÑOS.

#### OBJETIVO

**REGISTRO DE SIGNOS VITALES Y CARACTERÍSTICAS:** 24 DE F.RESP. 80 DE F.C. 110/70.TEMP.36.5 TOS PRODUCTIVA/SECA: NO **ESTADO DE CONCIENCIA:** ACTIVA 14 DE GLOSWO **COLORACIÓN DE PIEL/LECHOS UNGUEALES / PERIBUCAL:** BUENA OXIGENACIÓN Y COLORACIÓN DE TEGUMENTOS. **CIRCULACIÓN DEL RETORNO VENOSO:** SIN COMPLICACIONES. **OTROS:** -----

**2. - NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN**

- **SUBJETIVO**

**DIETA HABITUAL (TIPO):** NORMAL 4500 CAL. HIPERPROTEICA FIJA EN 85 % DE PROTEINAS. **NÚMERO DE COMIDAS DIARIAS:** 3 **TRANSTORNOS DIGESTIVOS:** NINGUNO- **INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS/ALERGIAS:** NO **PROBLEMAS DE LA MASTICACION Y DEGLUCIÓN:** NO **PATRÓN DE EJERCICIO:** NINGUNO. **OIROS:** -----

- **OBJETIVO**

**TURGENCIA DE LA PIEL:** LESION DE BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA **MEMBRANAS MUCOSAS HIDRATADAS/SECAS:** CON BUENA HIDRATACION **CARACTERÍSTICAS DE UÑAS/CABELLO:** BIEN IMPLANTADO Y BUENA COLORACION DE UÑAS **FUNCIONAMIENTO NEUROMUSCULAR Y ESQUELETICO:** LIMITADO POR LAS LESIONES DE LAS QUEMADURAS **ASPECTO DE LOS DIENTES Y ENCIAS:** DENTADURA COMPLETA CON BUENA HIGIENE **HERIDAS, TIPO Y TIEMPO DE CICATRIZACIÓN:** LESIONES DE QUEMADURA DESDE MANDIBULA ESPALDA, TÓRAX, BRAZO, PIERNAS MINIMA CICATRIZACIÓN. **OIROS:** -----



### 3. - NECESIDADES DE ELIMINACIÓN

- **SUBJETIVO**

**HABITOS INTESTINALES:** 2 VECES AL DIA Y ORINA DE 4 A 6 VECES AL DIA.  
**CARACTERISTICAS DE LAS HECES, ORINA Y MENSTRUACIÓN:** BIEN FORMADAS LAS HECES, ORINA CON BUENA COLORACION. **HISTORIA DE HEMORRAGIAS/ENFERMEDADES RENALES, OTROS:** NO **USO DE LAXANTES:** NO  
**HEMORROIDES:** NO **DOLOR AL DEFECAR / MENSTRUAR / ORINAR:** NO **COMO INFLUYEN LAS EMOCIONES EN SUS PATRONES DE ELIMINACIÓN:** NO INFLUYEN

- **OBJETIVO**

**ABDOMEN CARACTERISTICAS:** BLANDO **RUIDOS INTESTINALES:** BUENA PERISTALSIS  
**PALPACIÓN DE LA VEJIGA URINARIA:** LLENA **OTROS:** -----

### 4. - NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

- **SUBJETIVO**

**ADAPTABILIDAD DE LOS CAMBIOS DE TEMPERATURA:** A VECES EJERCICIO/TIPO Y FRECUENCIA: NO **TEMPERATURA AMBIENTAL QUE LE ES AGRADABLE:** TODAS LAS ESTACIONES

- **OBJETIVO**

**CARACTERISTICA DE LA PIEL:** SECA Y PALIDA **TRANSPIRACIÓN:** SUDORACIÓN  
**CONDICIONES DEL ENTORNO FISICO:** BUENA **OTROS:** -----

**2. – NECESIDADES BÁSICAS DE: MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA, DESCANSO Y SUEÑO, USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS, HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL Y EVITAR PELIGROS.**

### 5. - NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA.

- **SUBJETIVO**

**CAPACIDAD FÍSICA COTIDIANA:** LIMITADA **ACTIVIDADES EN EL TIEMPO LIBRE:** NINGUNO **HABITOS DE DESCANSO:** SI **HABITOS DE TRABAJO:** NO

- **OBJETIVO**

**ESTADO DEL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO. FUERZA:** DISMINUIDA **CAPACIDAD MUSCULAR. TONO/RESISTENCIA / FLEXIBILIDAD:** LIMITADA **POSTURA:** FISIO POSTULAR **NECESIDAD DE AYUDA PARA LA DEAMBULACIÓN:** SI **DOLOR CON EL MOVIMIENTO:** SI **PRESENCIA DE TEMBLORES:** NO **ESTADO DE CONCIENCIA:** ALERTA  
**ESTADO EMOCIONAL:** EN OCACIONES DEPRIMIDO **OTROS:** POR RATOS DEPENDIENDO DEL ENTORNO SOCIAL

## 6. - NECESIDADES DE DESCANSO Y SUEÑO

- **SUBJETIVO**

HORA DE DESCANSO: 4 HRS HORARIO DE SUEÑO: DOS HORAS DE DESCANSO: NO  
TIENE HORAS DE SUEÑO: DE 2 A 4 HRS SIESTA: AVECES AYUDAS: NO INSOMIO: SI  
DEBIDO A: DOLOR Y ESPASMOS DESCANSADO A LEVANTARSE: NO

- **OBJETIVO**

ESTADO MENTAL. ANSIEDAD/ESTRÉS/LENGUAJE: ANSIEDAD, ESTRÉS OJERAS: SI  
ATENCIÓN: SI BOSTEZOS: SI CONCENTRACIÓN: SI APATIA: EN OCASIONES  
CEFALEAS: NO RESPUESTA A ESTIMULOS: SI OTROS: -----

## 7.-NECESIDADES DE USAR PRENDAS VESTIR ADECUADAS

- **SUBJETIVO**

INFLUYE SU ESTADO DE ANIMO PARA LA SELECCIÓN DE SUS PRENDAS DE VESTIR: NO  
SU AUTOESTIMA ES DETERMINANTE EN SU MODO DE VESTIR: NO SUS  
CREENCIAS LE IMPIDEN VESTIRSE COMO A USTED LE GUSTARIA: NO NECESITA  
AYUDA PARA LA SELECCIÓN DE SU VESTUARIO: NO

- **OBJETIVO**

VISTE DE ACUERDO A SU EDAD: SI CAPACIDAD PSICOMOTORA PARA VESTIRSE Y  
DESVESTIRSE: NO VESTIDO INCOMPLETO: SI SUCIO: NO INADECUADO: NO OTROS:  
LE GUSTA CAMBIARSE TODOS LOS DIAS

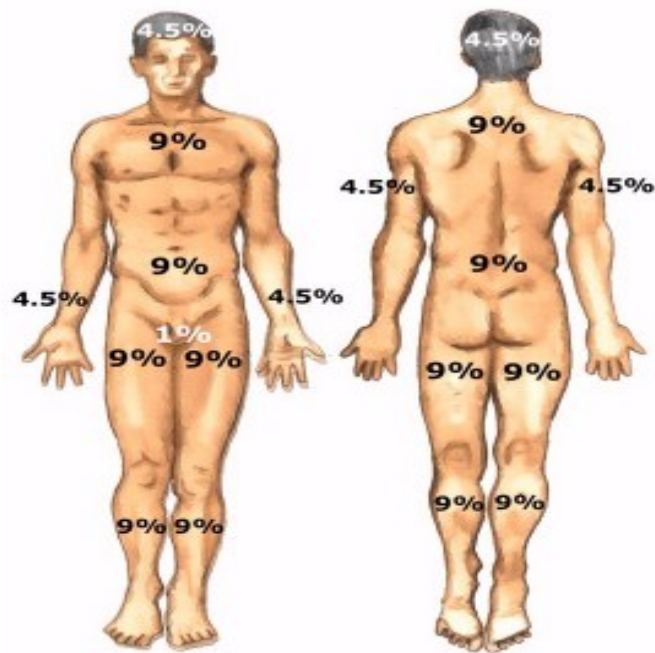
## 8.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

- **SUBJETIVO**

FRECUENCIA DEL BAÑO: DIARIO MOMENTO PREFERIDO PARA EL BAÑO: POR LA  
MAÑANA CUANTAS VECES SE LAVA LOS DIENTES AL DIA: 2 A 3 VECES AL DIA ASEO  
DE MANOS ANTES Y DESPUES DE COMER: SI DESPUES DE ELIMINAR: A VECES  
TIENE CREENCIAS PERSONALES O RELIGIOSAS QUE LIMITEN SUS HABITOS  
HIGIENICOS: NO

- **OBJETIVO**

ASPECTO GENERAL: DECAIDO OLOR CORPORAL: LIMPIO HALITOSIS: NO ESTADO  
DEL CUERO CABELLUDO: COMPLETO, BIEN IMPLANTADO SEQUEDAD LESIONES  
DERMICAS. TIPO: QUEMADURAS (ANOTE LA UBICACIÓN EN EL DIAGRAMA) OITOS: -----  
-----



## 9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- **SUBJETIVO**

QUE MIEMBROS COMPONEN LA FAMILIA DE PERTENENCIA: SEIS COMO REACCIONA ANTE SITUACIÓN DE URGENCIA: ESTRÉS Y TEMOR CONOCE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES: SI HOGAR: SI TRABAJO: NO TODAS REALIZA CONTROLES PERIODICOS DE SALUD RECOMENDADOS EN SU PERSONA: NO FAMILIARES: NO COMO CANALIZA LAS SITUACIONES DE TENSION EN SU VIDA:-----

- **OBJETIVO**

DEFORMIDADES CONGENITAS: NO CONDICIONES DEL AMBIENTE EN SU HOGAR: ARMONICO TRABAJO: DONDE SE ENCUENTRAN LOS TANQUES DE GAS O EN LA CASAS . OTROS -----

**3.- NECESIDADES BÁSICAS DE: COMUNICACIÓN, VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES, TRABAJAR Y REALIZARSE, JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS, APRENDIZAJE.**

**10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE**

• **SUBJETIVO**

ESTADO CIVIL: SOLTERO AÑOS DE RELACION: 5 MESES VIVE CON: SU MAMÀ  
PREOCUPACIONES/ESTRÉS: A VECES FAMILIA: NO OTRAS PERSONAS QUE PUEDAN  
AYUDAR: HERMANOS ROL EN ESTRUCTURA FAMILIAR: HIJO MENOR COMUNICA  
PROBLEMAS DEBIDO A LA ENFERMEDAD/ESTADO: SI CUANTO TIEMPO PASA SOLA: 8  
HORAS FRECUENCIAS DE LOS CONTACTOS SOCIALES DIFERENTES EN EL TRABAJO:  
NO MUCHA

• **OBJETIVO**

HABLA CLARO: SI CONFUSA: NO DIFICULTAD. VISIÓN: NO AUDICION: NO  
COMUNICACIÓN VERBAL/NO VERBAL CON LA FAMILIA/CON OTRAS PERSONAS: ES  
POCO COMUNICATIVO. OTROS: \_\_\_\_\_

**11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES**

• **SUBJETIVO**

CREENCIA RELIGIOSA: CATOLICO (VIRGEN) SU CREENCIA RELIGIOSA LE GENERA  
CONFLICTOS PERSONALES: NO PRINCIPALES VALORES EN LA FAMILIA: HONRADEZ,  
LEALTAD, GRATITUD PRINCIPALES VALORES PERSONALES: LEALTAD, HONRADEZ  
SINCERIDAD Y LA FAMILIA ES CONGRUENTE SU FORMA DE PENSAR CON SU FORMA  
DE VIVIR: SI

• **OBJETIVO**

HABITOS ESPECIFICOS DE VESTIDO. (GRUPO SOCIAL RELIGIOSO): A SU EDAD  
PERMITE EL CONTACTO FÍSICO POCO PRESENCIA DE ALGUN OBJETO INDICATIVO DE  
DETERMINADOS VALORES Y CREENCIAS: NO OIROS \_\_\_\_\_

**12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

• **SUBJETIVO**

TRABAJA ACTUALMENTE: NO TIPO DE TRABAJO: NINGUNO RIESGOS: NO CUANTO  
TIEMPO LE DEDICA AL TRABAJO: CUANO TRABAJA 10HRS. ESTA SATISFECHO (A)  
CON SU TRABABJO: SI SU RENUMERACIÓN LA PERMITE CUBRIR SUS NECESIDADES  
BÁSICAS Y/O LAS DE SU FAMILIA: SI ESTA SATISFECHO (A) CON EL ROL FAMILIAR  
QUE JUEGA: SI

• **OBJETIVO**

ESTADO EMOCIONAL /CALMADO/ ANSIOSO/ ENFADADO/ TEMEROSO/ IRRITABLE/  
INQUIETO/ EUFÒRICO: CANSADO OTROS: \_\_\_\_\_

### 13.-NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

- **SUBJETIVO**

ACTIVIDADES RECREATIVAS QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE: ESCUCHA MUSICA  
LAS SITUACIONES DE ESTRÉS INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DE ESTA NECESIDAD: POCO  
RECURSOS EN SU COMUNIDAD PARA LA RECREACIÓN: PARQUE, TEATRO, CINEHA  
PARTICIPADO EN ALGUNA ACTIVIDAD LÚDICA O RECREATIVA: NO

- **OBJETIVO**

INTEGRIDAD DEL SISTEMA NEUROMUSCULAR: DETERIORADO RECHAZO A LAS  
ACTIVIDADES RECREATIVAS: NO ESTADO DE ÁNIMO. APÀTICO/ ABURRIDO/  
PARTICIPATIVO: PARTICIPATIVO OTROS: CRUCIGRAMAS

### 14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- **SUBJETIVO**

NIVEL DE EDUCACION: SEGUNDO DE SECUNDARIA PROBLEMAS DE APRENDIZAJE: SI  
LIMITACIONES COGNITVAS: NOTIPO: ----- PREFERENCIAS. LEER/ ESCRIBIR:  
LE GUSTA ESCRIBIR CONOCE LAS FUENTES DE APOYO PARA EL APRENDIZAJE EN  
SU COMUNIDAD: SI SABE COMO UTILIZAR ESAS FUENTES DE APOYO: SI INTERES EN  
EL APRENDIZAJE PARA RESOLVER PROBLEMAS DE SALUD: SI OIROS: -----

- **OBJETIVO**

ESTADO DEL SISTEMA NERVIOSO: REGULAR ORGANOS DE LOS SENTIDOS: BUENO  
ESTADO EMOCIONAL. ANSIEDAD, DOLOR: POCO DOLOR MEMORIA RECIENTE: BUENA  
MEMORIA REMOTA: SI OTRAS MANIFESTACIONES: -----

### 5.3.- DIAGNÓSTICOS D ENFERMERÍA

Necesidad	Diagnóstico
1.-Necesidad de moverse y mantener una buena postura.	✗ Deterioro de la movilidad física R/C Inmovilización terapéutica M/P Marcha inestable, dolor en lesiones, inquietud.
2.-Necesidad de descanso y sueño.	✗ Deterioro del patrón del sueño R/C Dolor M/R Espasmos musculares en miembros inferiores.
3.-Necesidad de evitar los peligros.	✗ Riesgo de disfunción neurovascular periférica R/C Quemaduras de 2º grado
4.-Necesidad de higiene y protección de la piel.	✗ Deterioro de la integridad de la piel R/C Quemadura de 2do M/R Dolor, ardor, lesiones con secreciones, sudoración.
5.-Necesidad de nutrición e hidratación.	✗ Desequilibrio nutricional R/C Ingesta insuficiente de nutrientes M/R Seguimiento de un estándar apropiado para los aportes calóricos.
6.-Necesidad de comunicarse.	✗ Ansiedad R/C Cambios en el estado de salud M/R Angustia, temor, tención facial, inquietud.
7.-Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.	✗ Déficit de actividades recreativas R/C La hospitalización prolongada M/R Aburrimiento y cambios de conducta.
8.-Necesidad de trabajar y realizarse.	✗ Angustia R/C Estado de salud actual M/R Apatía.

## 5.4-. PLANEACIÓN

<b>Necesidades encontradas</b>	<b>Necesidades Jerarquizadas</b>	<b>Etiqueta NANDA</b>	<b>Resultados esperados</b>
1.-Necesidad de Oxigenación	1.-Necesidad de moverse y mantener una buena postura.	Déficit de actividades recreativas	+ Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.  + Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la convivencia de la ingesta dietética.
2.-Necesidad de nutrición e hidratación.	2.-Necesidad de descanso y sueño.	Deprivación de sueño	+ Mejorar el sueño por medio de medicamento.  + Disminución de la ansiedad.
3.-Necesidad de eliminación.	3.-Necesidad de evitar los peligros.	Riesgo de disminución neurovascular periférica	+ Protección contra las infecciones.  + Precauciones quirúrgicas.
4.-Necesidad de moverse y mantener una buena postura.	4.-Necesidad de higiene y protección de la piel.	Deterioro de la integridad cutánea	+ Apoyo emocional.  + Potencialización de la imagen corporal.

			+ Cuidados circulatorios. + Estimulación cutánea.
5.-Necesidad de descanso y sueño.	5.-Necesidad de nutrición e hidratación.	Disposición para mejorar la nutrición	+ Asesoramiento nutricional. + Enseñanza de la dieta prescrita.
7.-Necesidad de termorregulación.	6.-Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.	Déficit de actividades recreativas	+ Estimulación de la integración familiar. + Terapia de entretenimiento.
8.-Necesidad de higiene y protección de la piel.	7.-Necesidad de trabajar y realizarse.	Angustia	+ Fomentar los mecanismos corporales. +Fomento del ejercicio y control muscular.
9.-Necesidad de evitar los peligros.			
10.-Necesidad de comunicarse.			
11.-Necesidad de vivir según sus creencias y valores.			



12.-Necesidad de trabajar y realizarse.			
13.-Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.			
14.-Necesidad de aprendizaje.			

## 5.5.- PLAN DE CUIDADOS

**Necesidad:** Moverse y mantener una buena postura.

**Diagnóstico de enfermería:** Deterioro de la movilidad física R/C Inmovilización terapéutica M/P Marcha inestable, dolor en lesiones, inquietud.

**Definición:** Limitación del movimiento independiente, interrelacionado del cuerpo, o de una o más extremidades.

NOC	NIC
<p><b>Tolerancia de la actividad.</b></p> <p><b>Definición:</b> Respuesta Fisiológica a los movimientos que consumen energía en las actividades diarias.</p> <p><b>Indicador:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Color de la piel.</li> <li>2. Paso al caminar</li> <li>3. Resistencia de la parte inferior del cuerpo.</li> </ol>	<p><b>Enseñanza actividad / Ejercicio Prescripto:</b></p> <p><b>Definición:</b> Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía.</p> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se identifico y se valoro las lesiones que presento en su cuerpo para la incorporación.</li> <li>• Se ayudo a la ambulación del paciente.</li> <li>• Se proporciono los cambios de posición que requiera.</li> <li>• Se realizo los ejercicios pasivos de amplitud de movimientos según el sitio de lesión.</li> </ul>

<p><b>Escala de medición</b></p> <p>1 Nunca</p> <p>2 Raramente</p> <p>3 A veces</p> <p>4 Frecuentemente</p> <p>5 Siempre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se motivo a Rafael a realizar ejercicios de movimiento independiente a intervalos regulares durante todo el día.</li> <li>• Se explico a Rafael el aspecto de la quemadura en las distintas fases de la cicatrización.</li> <li>• Se aplico los analgésicos antes de algún ejercicio que se realizó para evitar alguna molestia, así administrando por vía oral tramadol en gotas cada 8 horas o por razón necesaria</li> <li>• Se oriento a Rafael la importancia de los ejercicios, los objetivos y las expectativas de las enfermeras y de el</li> <li>• Se implico al paciente activamente en sus propios cuidados.</li> <li>• Se comprobó las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescripto.</li> <li>• Se atendió las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.</li> </ul>
--	---

**EVALUACIÓN:** Rafael aprende a movilizar sus extremidades para una pronta recuperación encontrando una buena respuesta para su actividad ya que frecuentemente realiza sus ejercicios prescriptos.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup>.- Sue Moorhead RHN R/N Proyectos resultados lowa clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ra edición 2005.editorial el servier España Barcelona.

## PLAN DE CUIDADOS

**Necesidad:** Descanso y sueño.

**Diagnóstico de enfermería:** Deterioro del patrón del sueño R/C Dolor M/R Espasmos musculares en miembros inferiores.

**Definición:** Suspensión periódica natural del a conciencia durante la cual se recupera el organismo.

NOC	NIC
<p><b>SUEÑO</b></p> <p><b>Definición</b> :Facilitar ciclos regulares del sueño</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.-Horas de sueño cumplidas.</li> <li>2.- Calidad del sueño.</li> <li>4. Duerme toda la noche.</li> </ul>	<p><b>DOLOR</b></p> <p><b>Definición:</b> Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos.</p> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se valoró a Rafael cuando presente dolor.</li> <li>• Se mantuvo una buena comunicación la Enfermera y Rafael.</li> <li>• Se preparo y se ministro los analgésicos antes de dormir por vía oral (como el tramadol) aplicando antes de la hidroterapia.</li> <li>• Se realizó ejercicios musculares para evitar los espasmos.</li> <li>• Se sugiero el cambio de posición.</li> </ul>

<p><b>Escala de medición:</b></p> <p>1.- Nunca</p> <p>2.- Raramente</p> <p>3 --A veces</p> <p>4.- Frecuentemente</p> <p>5.- Siempre</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se protegió con la seguridad.</li><li>• Se disminuyo la ansiedad para favorecer el sueño y el descanso.</li><li>• Se proporciono la aplicación de calor seco.</li><li>• Se disminuyo el grado de la actividad para la recuperación mental y física.</li></ul>
---	---

**EVALUACION:** Con la aplicación del analgésico antes de dormir, Rafael comunica la disminución del dolor, así puede dormir y descansar frecuentemente.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> IBIDEM Pág. 428

## PLAN DE CUIDADOS

**Necesidad:** Evitar los peligros del entorno.

**Diagnostico de enfermería** Riesgo de disfunción neurovascular periférica R/C Quemaduras de 2° grado

**Definición:** Riesgo de sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad.

NOC	NIC
<p><b>INFECCIÓN</b></p> <p><b>Definición:</b> Alteración de la epidermis la dermis o ambas.</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.-Control de riesgo</li> <li>2.- Curación de heridas</li> <li>3.- Detención de riesgo</li> <li>4.- Control del dolor</li> </ul>	<p><b>Cuidados de las heridas y protección de riesgos de las mismas.</b></p> <p><b>DEFINICION :</b> Magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado</p> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cambio los apositos cada 24 hrs.</li> <li>• Se curo las heridas de cada una de ellas.</li> <li>• Se ayudo a la de ambulación para evitar alguna caída ofreciéndole seguridad y comodidad.</li> <li>• Se motivo a Rafael que tenga mayor movilidad en miembros pélvicos y torácico afectados para evitar alguna lesión neuromuscular.</li> <li>• Buena disposición y capacidad de aprender y retener información a la familia y a Rafael.</li> </ul>

<p><b>Escala de medición:</b></p> <p>1.- Nunca</p> <p>2.- Raramente</p> <p>3 –A veces</p> <p>4.- Frecuentemente</p> <p>5.- Siempre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ayudo a la ambulación para una buena circulación sanguínea en las piernas con lesión.</li> <li>• Se explico a Rafael el procedimiento y la forma en que puede colaborar.</li> <li>• Se aísla a Rafael y cerrar la puerta del cuarto de curaciones.</li> <li>• Se controla la marcha, el equilibrio y en la de ambulación.</li> <li>• Se coloco los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.</li> <li>• Se ayudo en el aseo a intervalos frecuentes y programados.</li> <li>• Se evito disposiciones del ambiente físico.</li> <li>• Se observo los signos y síntomas de infección sistemática y localizada.</li> <li>• Se observo el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.</li> <li>• Se mantuvo las normas de asepsia para el paciente de riesgo.</li> <li>• Se enseñó al paciente y a la familia a evitar infecciones.</li> </ul>
--	---

**EVALUACION:** A través de los cuidados de enfermería se logra evitar la infección siempre con la cooperación de enfermería y l del paciente por lo que frecuentemente se realizó todos los cuidados.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Marion Jonson. Interrelaciones nanda NOC Y NIC editorial el servier Barcelona.

## PLAN DE CUIDADOS

**Necesidad:** Higiene y protección de la piel.

**Diagnóstico de enfermería** Deterioro de la integridad de la piel R/C Quemadura de 2do M/R Dolor, ardor, lesiones con secreciones, sudoración.

**Definición:** Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos. Inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.

NOC	NIC
<p><b>PERCUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA</b></p> <p><b>Definición:</b> Adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las extremidades para mantener la función tisular</p> <p><b>Indicadores</b></p> <p>1.-Integridad tisular piel y membranas mucosas.</p> <p>2.- Control del dolor</p>	<p><b>Cuidados de la piel y zona del injerto.</b></p> <p><b>Definición:</b> Lesión de las membranas o mucosas .integumentaria o de los tejidos subcutáneos.</p> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se oriento a Rafael para su higiene personal y mejoramiento de sus lesiones.</li> <li>• Se ministro analgésicos antes de realizar la hidroterapia.</li> <li>• Se retiro el material sucio con guantes y observar la herida y el curso de cicatrización día a día.</li> </ul>



<p>3.- Estado circulatorio.</p> <p><b>Escala de medición:</b></p> <p>1.- Nunca</p> <p>2.- Raramente</p> <p>3 --A veces</p> <p>4.- Frecuentemente</p> <p>5.- Siempre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se proporciono la hidroterapia de 20 a 30' para su pronta recuperación y observar a Rafael de cerca para descubrir cualquier reacción adversa.</li> <li>• Se aplico una crema antimicrobiana.</li> <li>• Se coloco un vendaje sintético.</li> <li>• Se vigilo las características de los injertos o infecciones que se puedan presenta.</li> <li>• Se proporciono cuidados en el lugar donante, según el tipo de vendaje.</li> </ul>
---	---

**EVALUACION:** Con la ayuda que se le brinda, la comunicación que se le da y la orientación aceptan la ayuda, viéndose el mejoramiento favorable de Rafael en sus lesiones teniendo siempre los cuidados necesarios.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Joanne Mc Closkey Doch Terman. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ta edición España 2005. Editorial el siver.PAG. 828.

## PLAN DE CUIDADOS

**Necesidad:** Nutrición.

**Diagnostico de enfermería:** Desequilibrio nutricional R/C Ingesta insuficiente de nutrientes M/R Seguimiento de un estándar apropiado para los aportes calóricos.

**Definición:** Patrón de aporte, de nutrientes que resulta suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas y que pueden ser reforzadas.

NOC	NIC
<p><b>ESTADO NUTRICIONAL: ENERGÍA.</b></p> <p><b>Definición:</b> Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades catabólicas.</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Imagen corporal.</li> <li>2.- Nivel de depresión.</li> <li>3.- Estado nutricional. Apetito.</li> </ol>	<p><b>Manejo de la nutrición</b></p> <p><b>Definición:</b> Patrón de aporte de nutrientes que resulta suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas y que pueden ser reforzados.</p> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se coloco al paciente en posición apropiada para su alimentación con base en sus condiciones físicas.</li> <li>• Se vigilo la dieta que sea la indicada, la normal de 4500kcal hiperproteica, fija en 85gr de proteínas.</li> <li>• Se considero el aroma, temperatura y aspecto.</li> </ul>

<p><b>Escala de medición:</b></p> <p>1.- Nunca</p> <p>2.- Raramente</p> <p>3 -A veces</p> <p>4.- Frecuentemente</p> <p>5.- Siempre</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se acerco los alimentos y utensilios necesarios para la Alimentación de Rafael.</li><li>• Se retiro los utensilios al término de su alimentación.</li><li>• Se explico la necesidad de mantener una nutrición adecuada después del alta.</li></ul>
--	--

**EVALUACIÓN** Con una buena orientación de la alimentación acepta Rafael comer bien para aumentar tener un manejo nutricional bueno y una recuperación rápida y siempre tener una rica dieta. <sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> .- Sue Moorhead RHN R/N Proyectos resultados lowa clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ra edición 2005.editorial el servier España Barcelona

## PLAN DE CUIDADOS

**Necesidad:** Comunicación con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

**Diagnostico de enfermería:** Ansiedad R/C Cambios en el estado de salud M/R Angustia, temor, tención facial, inquietud.

**Definición:** Vaga sensación de malestar o amenaza a acompañada de una respuesta autonómica (cuyo Origen con frecuencia es desconocido para el individual); Sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.<sup>14</sup>

NOC	NIC
<p><b>ANSIEDAD</b></p> <p><b>Definición:</b> Gravedad de la agresión o inquietud manifestada surgida de una fuerte no identificable.</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p>1.- Elimina precursores de la ansiedad.</p> <p>2.- Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.</p>	<p><b>Mejorar la Comunicación déficit del habla.</b></p> <p><b>Definición:</b> Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se convivió con Rafael, entablar buena comunicación y dejar que exprese sus emociones.</li> <li>• Se convivo durante el día con Rafael y su familia.</li> </ul>

<sup>14</sup> Joanne Mc Closkey Doch Terman. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ta edición España 2005. Editorial el sivist.

<p>3.- Controla la respiración de ansiedad</p> <p><b>Escala de medición:</b></p> <p>1.- Nunca</p> <p>2.- Raramente</p> <p>3 --A veces</p> <p>4.- Frecuentemente</p> <p>5.- Siempre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Invito a Rafael a que conviva con otras personas.</li> <li>• Se estimulo la integridad familiar.</li> <li>• Se reoriento de la realidad.</li> <li>• Se le disminuyo la ansiedad cuando la tenía.</li> </ul>
--	---

**EVALUACIÓN:** Rafael tuvo la confianza con la alumna. De la Licenciatura de Enfermería logrando una comunicación favorable con la familia y sus propios compañeros de cubículo y el personal de enfermería obteniendo siempre una respuesta buena.

## PLAN DE CUIDADOS

**Necesidad:** Juego y actividades recreativas.

**Diagnostico de enfermería** Déficit de actividades recreativas R/C La hospitalización prolongada M/R Aburrimiento y cambios de conducta.

**Definición:** Disminución de la estimulación (Del interés o de la participación) en actividades recreativas o de ocio.

NOC	NIC
<p><b>MOVILIZACIÓN</b></p> <p><b>Definición:</b> Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.</p> <p><b>Indicadores :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Adaptación a la discapacidad física.</li> <li>2.- Participación en actividades de ocio.</li> <li>3.- Conducta terapéutica</li> </ol>	<p><b>Modificación psicosocial cambio de vida.</b></p> <p><b>Definición:</b> Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le proporciono música terapia</li> <li>• Se comprobó el aburrimiento de Rafael.</li> <li>• Se analizo los gustos y aversiones de Rafael.</li> <li>• Se vario la rutina de Rafael cuando sea posible.</li> <li>• Se ofreció diversos materiales como lectura. Crucigramas y televisión.</li> </ul>

<p><b>Escala de medición:</b></p> <p>1.- Nunca</p> <p>2.- Raramente</p> <p>3 --A veces</p> <p>4.- Frecuentemente</p> <p>5.- Siempre</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se le invito acudir a las terapias ocupacionales que proporcionó al servició de psicología.</li><li>• Se le ofreció un radio para escuchar música y otros temas de su Elección.</li></ul>
---	---

**EVALUACION:** Se proporciono libros y pasa tiempos para disminuir el aburrimiento durante la estancia en el hospital siempre se mantuvo en actividad para evitar caer en un aburrimiento.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> .- IBIDEM Pág. 427

## PLAN DE CUIDADOS

**Necesidad:** Trabajar y realizarse.

**Diagnostico de enfermería:** Angustia R/C Estado de salud actual M/R Apatía.

**Definición:** Patrón de expectativas y deseos que es suficiente para movilizar energía en beneficio propio y que puede ser reforzado.

NOC	NIC
<p><b>MOTIVACIÓN</b></p> <p><b>Definición:</b> Impulso interno que mueve o incita a un individuo a acciones positivas.</p> <p><b>Indicadores</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1.- Hidratación</li><li>2.- Percusión tisular</li></ul>	<p><b>Auto cuidados actividades de la vida diaria</b></p> <p><b>Definición:</b> Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidad personal independiente con o sin mecanismos de ayuda.</p> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se le enseñó a cambiarse los apositos cada 24 hrs. o lo que indique el médico.</li><li>• Se le enseñó a realizarse la curación de las heridas cada una de ellas.</li><li>• Se le ayudo a la de ambulación para evitar alguna caída ofreciéndole seguridad y comodidad.</li><li>• Se motivo a Rafael para que realice ejercicios para evitar alguna lesión neuromuscular.</li></ul>



<p><b>Escala de medición:</b></p> <p>1.- Nunca</p> <p>2.- Raramente</p> <p>3 --A veces</p> <p>4.- Frecuentemente</p> <p>5.- Siempre</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se le proporcionó la comunicación para la rehabilitación en su casa.</li><li>• Se le informo a su familia que deberían de motivarlo para que su recuperación sea la adecuada y pronta.</li><li>• Se le aumento la esperanza de la movilización de su cuerpo.</li></ul>
---	--

**EVALUACION:** A través de los cuidados de enfermería se logra evitar la infección y animar a Rafael a su recuperación disminuyendo la angustia en cada movilidad.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> IBIDEM Pág. 115.

## 5.6.- PLAN DE ALTA

NECESIDADES	MANIFESTACIONES
RESPIRAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin alteración</li> </ul>
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoro su hidratación y su mejora de alimentación.</li> </ul>
ELIMINACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorando las lesiones de la piel con ejercicio, disminuyo su miedo a ir al baño.</li> </ul>
MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con las terapias que se le dio mejoro la movilidad.</li> </ul>
DESCANSO Y SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuye el dolor con los analgésicos y protección de lesiones así durmiendo</li> </ul>
USAR PRENDAS ADECUADAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con las lesiones mas cerradas puede usar la bata del hospital.</li> </ul>
TERMORREGULACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin alteración</li> </ul>
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con las terapias que se le realizo y los cuidados mejoro las lesiones de la piel.</li> </ul>
SEGURIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con las terapias psicológicas disminuyo su temor que tenia</li> </ul>
COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logro tener mayor comunicación con el personal de enfermería y su familia</li> </ul>
VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuvo mucha confianza y fe al ser supremo.</li> </ul>
TRABAJAR Y REALIZARSE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con la rehabilitación que tuvo logro más movilidad de sus miembros.</li> </ul>
JUEGO Y ACTIVIDADES REDREATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con el material que se le proporcionó disminuyo su aburrimiento.</li> </ul>
APRENDIZAJE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtuvo mayor información de lo que tenía duda.</li> </ul>



## **ALTA DEL PACIENTE**

### **OBJETIVO**

Reincorporar al paciente a su medio habitual, procurando la continuidad de los cuidados.

### **Material**

- Impreso para ambulancia.
- Informe de Enfermería al alta.
- Informe Médico de Alta.
- Medicación y material de cura, si precisa.
- Registros de Enfermería.

### **Equipo**

- Carro de ropa sucia.
- Libro de registro de la unidad.

### **PROCEDIMIENTO**

- 1.- Informar al paciente y familia del alta con suficiente antelación.
- 2.-Cursar impreso de ambulancia, si precisa.
- 3.- Entregar informe de Enfermería al alta, revisando con el paciente y familia los cuidados de Enfermería que deberá continuar fuera del hospital.
- 4.- Entregar medicación y material necesario, si precisa, para la continuidad del Tratamiento durante las primeras 24 horas.
- 5.- Despedir al paciente y su familia.
- 6.- Anotar el Alta en el libro de Registro de la Unidad y en la Hoja de Evolución de Enfermería.
- 7.- Cursar impreso de Alta al Servicio de Admisión.
- 8.- Recoger la historia clínica para enviar al Servicio de Archivos.
- 9.- Complementar y cursar los impresos de baja a Cocina y Farmacia (si los Hubiera).
- 10.-Recoger y limpiar habitación.

### **ANEXO DE MATERIALES**

Código Producto

VALE PET. P-100 (AMBULANCIA)

171158 RG-457 INFORME DE ENFERMERIA AL ALTA

171101 RG-400 HOJA CLIN. ESTADIST. (00) PAPEL CONTINUO

171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCION DE ENFERMERIA

170017 LIBRO 648/19 REGISTRO ENFERMO

160006 BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA - 80

160054 BOLSA BLANCA TROQUEL C/ ANAGRAMA

## 6.- CONCLUSIONES

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería mediante las 14 necesidades de Virginia Henderson nos permitió observar la evolución de Rafael. En donde el emplear los diagnósticos y cuidados de Enfermería se observa una notable mejoría en la movilidad y evolución de sus heridas, así como en su estado emocional, notamos que dialoga más con el personal de Enfermería y sus compañeros del cubículo y su familia.

Consideramos que el apoyo psicológico por parte de la alumna de la licenciatura de Enfermería de Obstetricia, ayudo al paciente a una recuperación mas rápida para la disminución su rehabilitación. Además del cuidado que se esta brindando de manera profesional, se logro cumplir los objetivos previamente señalados además consideramos que los tiempos de estancia en el hospital fueron acortados.

Los profesionales de la Enfermería estamos obligados a prestar cuidados de la máxima calidad posible, el convencimiento de que la utilización de los diagnósticos de enfermería. Aumentará esa calidad, debe persuadirnos para su utilización, pero esto es una decisión que nadie puede tomar por nosotros.

El éxito de esta empresa no sólo nos afecta a los profesionales, sino que abre nuevas perspectivas al desarrollo del derecho a la mejor salud de nuestros clientes, nuestros compromisos es el único que puede conducir a esta profesión al lugar que se merece en la sociedad.

## **7.- SUGERENCIAS**

- El personal de Enfermería del área de quemados debe de tener más dedicación a los pacientes que se encuentran delicados para que obtengan una favorable recuperación y evitar un alargamiento en el hospital.
  
- La alumna de la Licenciatura de Enfermería debe de proporcionar todos los conocimientos que adquirió al personal que se encuentra dentro del área de quemados para que tengan el conocimiento de que cuando se dan los cuidados de calidad el paciente tiene una recuperación pronta.

**ANEXOS**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÈXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÌA Y OBSTETRICIA**

**VALORACIÓN**

**NECESIDAD DE OXIGENACIÓN**

**SUBJETIVO:**

Disnea debido a: \_\_\_\_\_ Tos productiva /seca: \_\_\_\_\_ Dolor asociado con la respiración: \_\_\_\_\_ Fumador: \_\_\_\_\_ Desde cuando fuma, cuantos cigarrillos al día y si varía la cantidad de acuerdo a su estado de animo: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

Registro de S.V. y características: Pulso: \_\_\_\_\_ Respiración: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Presión Arterial: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_ Coloración de piel /lecho unguial/peribucal: \_\_\_\_\_ Circulación del retorno venoso: \_\_\_\_\_

**NECESIDAD DE NUTRICION / HIDRATACION**

**SUBJETIVO:**

Dieta habitual: \_\_\_\_\_ Número de comidas diarias \_\_\_\_\_ Trastornos digestivos: \_\_\_\_\_ Intolerancia a alimentaría / Alergias: \_\_\_\_\_ Problemas de la masticación y deglución: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

Turgencia de la piel: \_\_\_\_\_ Mucosas hidratadas /secas: \_\_\_\_\_ Características de unas y cabello: \_\_\_\_\_ Aspecto de los dientes y encías: \_\_\_\_\_ Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: \_\_\_\_\_



### NECESIDAD DE ELIMINACION

<b>SUBJETIVO:</b>	
Hábitos intestinales: _____	Características de las evacuaciones: _____ Orina: _____
Menstruación: _____	Historia de hemorragias, enfermedad renal otros: _____
Uso de laxantes: _____	Hemorroides: _____
Dolor al defecar, orinar o menstruar: _____	Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____
<b>OBJETIVO:</b>	
Abdomen, características: _____	Ruidos intestinales: _____
Palpación de vejiga urinaria: _____	

### NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

<b>SUBJETIVO:</b>	
Capacidad física cotidiana: _____	Hábitos de trabajo: _____
Postura en la que se sienta mas cómodo: _____	
<b>OBJETIVO:</b>	
Estado del sistema músculo esquelético: _____	
Valoración muscular: _____	
Posición Ayuda para la deambulación: _____	Adecuada: _____
Dolor al movimiento: _____	
Presencia de temblores: _____	
Estado de conciencia: _____	Estado emocional: _____

### NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

**SUBJETIVO:**

Horario de descanso: \_\_\_\_\_ Horario de sueño: \_\_\_\_\_ Horas de descanso: \_\_\_\_\_ Horas de sueño: \_\_\_\_\_ Toma siesta: \_\_\_\_\_  
Requiere de ayudas : \_\_\_\_\_ Padece insomnio y desde cuando: \_\_\_\_\_  
Se siente descansado al levantarse: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

Estado mental: ansiedad, estrés, lenguaje: \_\_\_\_\_ Ojeras: \_\_\_\_\_  
Bostezos: \_\_\_\_\_ Concentración: \_\_\_\_\_ Respuesta a estímulos: \_\_\_\_\_

### NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

**SUBJETIVO:**

Influye su estado de animo para la selección de sus prendas de vestir: \_\_\_\_\_ Su autoestima es determinante en su modo de vestir: \_\_\_\_\_ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: \_\_\_\_\_ Necesita ayuda para la selección de su vestuario: \_\_\_\_\_  
Cada cuando realiza el cambio de ropa personal: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

Viste de acuerdo a su edad y el sitio donde se encuentra: \_\_\_\_\_ Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: \_\_\_\_\_  
Vestido incompleto \_\_\_\_\_ Sucio: \_\_\_\_\_  
Inadecuado \_\_\_\_\_

### NECESIDAD DE TERMOREGULACION

**SUBJETIVO:**

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: \_\_\_\_\_ Temperatura ambiente que le es agradable: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

Características de la piel: \_\_\_\_\_ Transpiración: \_\_\_\_\_ Condiciones del entorno físico: \_\_\_\_\_ Requiere de ropa de cama extra durante la noche: \_\_\_\_\_

### NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A LA PIEL

**SUBJETIVO:**

Frecuencia de baño: \_\_\_\_\_ Momento preferido para el baño: \_\_\_\_\_ Cuantas veces al día se lava los dientes: \_\_\_\_\_ Aseo de manos antes y después de comer: \_\_\_\_\_ después de eliminar: \_\_\_\_\_ Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tiene fragilidad capilar o de la piel: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

Aspecto general: \_\_\_\_\_ Olor corporal: \_\_\_\_\_ Halitosis: \_\_\_\_\_ Estado del cuero cabelludo: \_\_\_\_\_ Lesiones dérmicas de que tipo: \_\_\_\_\_

### NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

**SUBJETIVO:**

Como reacciona ante una situación de urgencia: \_\_\_\_\_ Conoce las medidas en caso de siniestro: \_\_\_\_\_ Realiza controles periódicos de salud: \_\_\_\_\_ Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

Requiere de supervisión para realizar movilización: \_\_\_\_\_ Requiere asistencia para ir al sanitario o realizar baño: \_\_\_\_\_ Cuales son las condiciones del entorno que ameriten vigilancia estrecha: \_\_\_\_\_

### NECESIDAD DE COMUNICACION

**SUBJETIVO:**

Con quien vive: \_\_\_\_\_ Preocupaciones / estrés: \_\_\_\_\_ Comunica sus problemas debido a la enfermedad: \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo pasa sola: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

Habla claro: \_\_\_\_\_ Confuso: \_\_\_\_\_ Dialecto: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_ Dificultad en la visión: \_\_\_\_\_ Audición: \_\_\_\_\_ Comunicación verbal y no verbal con la familia o con otras personas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES**

SUBJETIVO:

Creencia religiosa: \_\_\_\_\_ su creencia religiosa le genera conflictos personales: \_\_\_\_\_ Principales valores en su familia: \_\_\_\_\_ Principales valores personales: \_\_\_\_\_ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: \_\_\_\_\_

OBJETIVO:

Permite el contacto físico: \_\_\_\_\_ Tiene algún objeto: \_\_\_\_\_

**NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

SUBJETIVO:

Trabaja actualmente: \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_ Riesgos: \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: \_\_\_\_\_ Esta satisfecho con su trabajo: \_\_\_\_\_ su sueldo le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia \_\_\_\_\_ Esta satisfecho con el rol familiar que juega: \_\_\_\_\_

OBJETIVO:

Estado emocional en que se encuentra por estar internado: \_\_\_\_\_

**NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

SUBJETIVO:

Que actividades realiza en su tiempo libre: \_\_\_\_\_ Que actividad le gustaría realizar durante su estancia : \_\_\_\_\_

OBJETIVO:

Se muestra apático, aburrido o participativo: \_\_\_\_\_

**NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

SUBJETIVO:

Nivel de educación: \_\_\_\_\_ Problemas de aprendizaje : \_\_\_\_\_ Limitaciones cognitivas: \_\_\_\_\_ tipo: \_\_\_\_\_ Preferencias. Leer/escribir: \_\_\_\_\_ Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: \_\_\_\_\_ Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: \_\_\_\_\_ interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: \_\_\_\_\_

OBJETIVO:

Se muestra apático, aburrido o participativo: \_\_\_\_\_

## **8.- GENERALIDADES DE LA PATOLOGÍA**

### **8.1.- HISTORIA NATURAL DE QUEMADURAS ELECTRICAS.**

La piel es el órgano más extenso del cuerpo, le corresponde 15% de peso corporal total, tiene las funciones de protección y aislamiento del medio externo del interno, control de la temperatura, es una barrera a sustancias nocivas y patógenas así como medio de contención del agua del organismo.

La piel esta compuesta de 3 capas protectoras; la mas externa es la epidermis que contiene el estrato corneo de la misma la cual es suficientemente dura para resistir la fricción y los golpes es impermeable; la dermis contiene nervios, glándulas, folículos pilosos, vasos sanguíneos y tejido celular subcutáneo el cual contiene grasa, vasos sanguíneos y tejido conectivo.

La piel lesionada por una quemadura sufre necrosis por coagulación de la microcirculación; en esta zona de coagulación resulta una lesión irreversible, con muerte celular y generación de radicales libres de oxígeno y producción de ácido láctico; alrededor de esta zona “muerta” se genera una zona de tumefacción donde el flujo de la microcirculación esta disminuido notablemente con sufrimiento celular severo, esta zona puede evolucionar a la muerte celular por deshidratación de la misma ya sea por la evolución natural de la quemadura o de forma iatrogénica.

La quemadura eléctrica es una entidad que tiene características en su mecanismo de lesión y en su fisiopatología que la hacen diferente a la quemadura por fuego directo.

### **8.2.- LAS QUEMADURAS**

Las quemaduras son un tipo de lesión causada por energía térmica, eléctrica, química o electromagnética. La mayor parte de los accidentes que provocan quemaduras ocurren en el hogar.

Las llamas son la principal causa de lesiones por quemaduras en los adultos mientras que los niños suelen quemarse por escaldamiento. Los bebés y los ancianos son el grupo que corre mayor riesgo de lesiones por quemadura.

Una lesión por quemadura generalmente se produce por una transferencia de energía hacia el organismo. Existen muchos tipos de quemaduras causadas por el contacto con el calor, las radiaciones, los productos químicos o la electricidad.

## **Quemaduras térmicas**

Quemaduras debidas a fuentes externas de calor que elevan la temperatura de la piel y los tejidos, y provocan la muerte o carbonización de las células de los tejidos. Cuando la piel entra en contacto con metales calientes, líquidos hirvientes, vapor o fuego se pueden producir quemaduras térmicas.

## **Quemaduras por radiación**

Quemaduras resultantes de una exposición prolongada a los rayos ultravioleta del sol o a otros tipos de radiación como los rayos X.

## **Quemaduras químicas**

Quemaduras causadas por sustancias fuertes ácidas, alcalinas, detergentes o disolventes que entran en contacto con la piel o con los ojos.

## **Quemaduras eléctricas**

Quemaduras causadas por la corriente eléctrica, tanto alterna (AC) como continua (DC).

## **CÓMO SE CLASIFICAN LAS QUEMADURAS**

Las quemaduras se clasifican en quemaduras de primer, segundo o tercer grado dependiendo de su gravedad y de hasta qué nivel penetran en la superficie de la piel.

### **Quemaduras de primer grado (superficiales)**

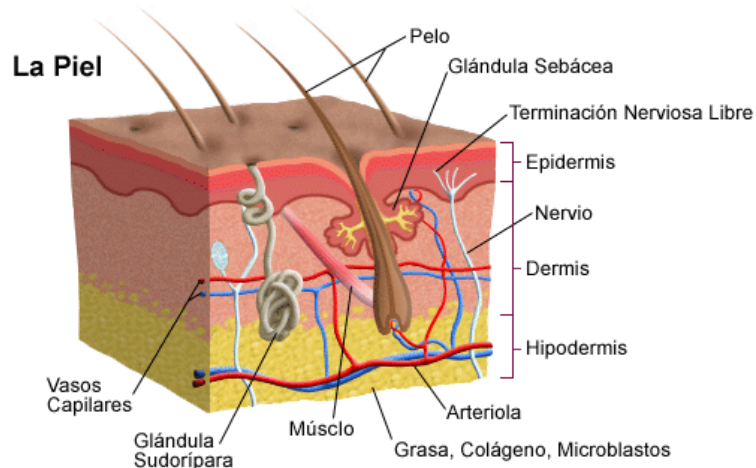
Las quemaduras de primer grado afectan sólo la epidermis o capa externa de la piel. El lugar de la quemadura está enrojecido, seco, dolorido y sin ampollas. Un ejemplo sería una quemadura solar leve. No es frecuente que se produzca daño permanente de los tejidos; la lesión suele consistir en el aumento o disminución de la coloración de la piel.

### **Quemaduras de segundo grado (de espesor parcial)**

Las quemaduras de segundo grado afectan la epidermis y parte de la dermis. El lugar de la quemadura está enrojecido y con ampollas y puede estar edematizado y dolor.

## Quemaduras de tercer grado (quemaduras totales)

Las quemaduras de tercer grado destruyen la epidermis y la dermis. Las quemaduras de tercer grado pueden dañar también los huesos, los músculos y los tendones. El lugar de la quemadura tiene un color blanco o carbonizado. No hay sensibilidad, puesto que las terminaciones nerviosas se destruyen.



La piel está compuesta por las siguientes capas, y cada una de ellas desempeña funciones específicas:

- Epidermis
- Dermis
- Capa de grasa subcutánea.

<p><b>Epidermis</b></p>	<p>La epidermis es la capa externa delgada de la piel compuesta de tres partes que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estrato córneo (capa callosa)</b> Esta capa está formada por queratocitos totalmente maduros que contienen proteínas fibrosas (queratina). La capa más externa se descama constantemente. El estrato córneo evita la entrada de la mayoría de sustancias extrañas y también la pérdida de líquidos del cuerpo.</li> <li>• <b>Queratinocitos (células escamosas)</b> Esta capa, que se encuentra debajo del estrato córneo, contiene queratinocitos activos (células escamosas), que maduran y forman el estrato córneo.</li> <li>• <b>Capa basal</b> La capa basal es la capa más profunda de la epidermis y contiene células basales. Las células basales se dividen</li> </ul>
-------------------------	--

	<p>reemplazan a los antiguos que se desprenden de la superficie cutánea.</p> <p>La epidermis también contiene melanocitos que producen <b>melanina</b> (el pigmento de la piel).</p>		
<b>Dermis</b>	<p>La <b>dermis</b> es la capa media de la piel. La dermis está compuesta por lo siguiente:</p> <table border="1" data-bbox="411 544 1216 750"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vasos sanguíneos.</li> <li>• Vasos linfáticos.</li> <li>• Folículos pilosos o capilares.</li> <li>• Glándulas sudoríparas.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haces de colágeno.</li> <li>• Fibroblastos.</li> <li>• Nervios.</li> </ul> </td> </tr> </table> <p>La dermis se mantiene unida por una proteína denominada <b>colágeno</b>, compuesta por fibroblastos. Esta capa también contiene los receptores del dolor y del tacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vasos sanguíneos.</li> <li>• Vasos linfáticos.</li> <li>• Folículos pilosos o capilares.</li> <li>• Glándulas sudoríparas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haces de colágeno.</li> <li>• Fibroblastos.</li> <li>• Nervios.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vasos sanguíneos.</li> <li>• Vasos linfáticos.</li> <li>• Folículos pilosos o capilares.</li> <li>• Glándulas sudoríparas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haces de colágeno.</li> <li>• Fibroblastos.</li> <li>• Nervios.</li> </ul>		
<b>Capa subcutánea</b>	<p>La <b>capa subcutánea</b> es la capa más profunda de la piel. Está compuesta por una red de células de colágeno y grasa, ayuda a conservar el calor del cuerpo y lo protege de las lesiones actuando como un "amortiguador de los golpes"</p>		

## FISIOPATOLOGIA.

La corriente eléctrica es el movimiento de carga eléctrica de un lugar a otro. Y este flujo se mide en amperes, la corriente fluye cuando hay una diferencia de potencial entre 2 sitios y esta diferencia se mide en voltios.

La mayor parte de los materiales biológicos conducen electricidad en cierto grado y se clasifican como de resistencia baja a moderada o alta.

Los tejidos con un contenido elevado de líquido y electrólitos conducen la electricidad mejor que los que tienen un contenido menor de estas sustancias. El hueso es el tejido biológico más resistente al paso de la electricidad, mientras que la resistencia de la piel varía de manera muy amplia. En cuanto a la piel húmeda se reduce la resistencia, lo cual de acuerdo con la ley de ohm.



## RESISTENCIA DE LOS TEJIDOS CORPORALES.

De mayor resistencia	Hueso
	Grasa
	Tendón
De resistencia intermedia	Piel seca
De menor resistencia	Músculo
	Vasos sanguíneos
	Nervios

El arco eléctrico es una chispa de corriente de alto voltaje que viaja a través del aire entre objetos de diferente potencial eléctrico que no se encuentran en contacto entre sí.

La quemadura característica por arco con frecuencia proviene de una fuente eléctrica y viaja a través desde el aire hacia el paciente.

Los arcos pueden extenderse por el aire a distancias de alrededor de 25 cm. por 100.000 v de diferencia de potencial, al tiempo que la temperatura del arco es de 500 a 2500°C.

El hueso, grasa y tendones ofrecen más impedancia al paso de corriente que la piel seca; el músculo, vasos sanguíneos y tejidos nerviosos ofrecen una resistencia mucho menor.

La quemadura eléctrica con corriente alterna las extremidades superiores son habitualmente el sitio de entrada y en la quemadura por "relámpago" el cuello o la cabeza son los puntos de contacto primario.

En este tipo de quemaduras habitualmente las lesiones a estructuras externas es menor siendo el mayor daño a nivel de tendones, aponeurosis y músculos.

En ocasiones las altas temperaturas generadas por corriente eléctrica producen ignición de la ropa y del material adyacente complicando la quemadura eléctrica por quemadura por fuego directo denominándose a este fenómeno quemadura electrotérmica.

## **MECANISMO DE LESIÓN**

La quemadura eléctrica presenta como datos clínicos distintivos la presencia de extensa lesión de tejidos profundos asociados a mínima lesión de superficie. El músculo es el más afectado asociándose su lesión a mioglobulina. El corazón, sistema nervioso y las vísceras siguen la frecuencia de compromiso en la quemadura eléctrica.

La energía eléctrica habitualmente produce quemaduras de primero, segundo y tercer grado dado que la temperatura en la superficie de la piel puede alcanzar diferentes grados de acuerdo al miliamperaje por mm<sup>2</sup>.

## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

La entrada de la corriente eléctrica es habitualmente por las manos, presentando la salida a través de una extremidad. En las lesiones por arco voltaico la entrada y salida dependerá del tipo de arco y de la dirección que tome la corriente eléctrica.

En la quemadura eléctrica la estimulación del área quemada y de la lesión tisular basado exclusivamente en la regla de los "9" puede ser contraproducente dado que únicamente valora la lesión externa y pasa por alto la gravedad lesión a nivel de estructuras internas.

Los huesos tienen un comportamiento peculiar en este tipo de quemaduras debido a que son resistentes a la electricidad pero incrementan de manera importante su temperatura lo cual condicional que el músculo adyacente a este tenga mayor lesión que el músculo más superficial.

Un evento fundamental en la quemadura eléctrica es la afección cardiovascular. Siempre debe tener en mente que estos enfermos pueden causar con daño miocárdico. Los cambios electrocardiográficos son no específicos y se caracterizan básicamente por alteraciones del segmento ST y de la onda T.

El paso de la corriente eléctrica a través del corazón puede dañar al sistema de conducción y ser generadora de arritmias graves. Se han descrito las siguientes arritmias en relación a quemaduras eléctricas: taquicardia y fibrilación ventricular, extrasístoles ventriculares, taquicardia supraventricular y fibrilación auricular.

Por lo anterior se recomienda que todo paciente que sufrió de quemadura eléctrica sea monitorizado de manera continua con electrocardiograma de superficie y que se le realice ecocardiograma.

El daño muscular y vascular secundario o quemadura eléctrica se observa con gran frecuencia. Rabdomiolisis y trombosis vasculares son la presentación clínica, así como el desarrollo de síndrome compartamental.

Este tipo de lesiones se asocian a una elevada morbimortalidad, debido al desarrollo de insuficiencia renal aguda, sepsis, necrosis coagulativa, gangrena de extremidades y neuropatía por atrapamiento.

La lesión al sistema nervioso incluye: daño cerebral, lesión de la medula espinal y de los nervios periféricos. De esta manera se han descrito asociadas a la quemadura eléctrica: hemorragia cerebral, alteraciones del estado de conciencia, convulsiones, lesiones de pares craneales, mielitis transversa, esclerosis lateral.

Hay un síndrome bien descrito de disautonomía que se manifiesta con taquicardia, hipertensión, diaforesis, arritmias, fiebre, midriasis, anisocoria y síndrome de horner, al cual se presenta asociado a descarga eléctrica de alto voltaje y es secundario a un balance autómico y a liberación masiva de catecolaminas.

## **MANEJO**

El manejo inicial del paciente con quemadura eléctrica debe de seguir los lineamientos de ACLS y del ATLS.

Se debe de corroborar que la fuente de la corriente eléctrica fue suspendida. Una vez que se logro esto debe de seguir con una agresiva reanimación cardiopulmonar tomando en cuenta que la lesión muscular y cardiaca puede haber lesiones asociadas al politrauma.

- 1.- Según los principios del ATLS y ACLS para la reanimación inicial.
- 2.- Reanimación hídrica agresiva monitorizado estrechamente función renal y estado cardiopulmonar con apoyo inotropico en caso necesario.
- 3.- Cultivos a todos niveles y uso apropiado y oportuno de antibióticos.
- 4.- Protección de la vía aérea y apoyo ventilatorio mecánico en caso necesario.
- 5.- Monitoreo continuo para síndrome compartamental y Rabdomiolisis.
- 6.- Monitoreo electrocardiográfico para diagnostico de arritmias o bloqueos de conducción, así como realización de ecocardiografía para valorar de manera integral la función cardiaca.
- 7.- Manejo de estado disautonomico como betabloqueadores y/ o clonidina.

- 8.- Profilaxis antitetánica.
- 9.- En caso de quemadura eléctrica con afección de labios y cavidad oral de se debe de vigilar estrechamente la deglución, la función de la vía aérea superior así como la presencia de sangrado.
- 10.- Manejo quirúrgico de las áreas quemadas sigue los principios generales de manejo del paciente quemado por fuego. Se debe tomar en cuenta la lesión tisular en caso de quemadura eléctrica extensa y profunda y puede requerir de amputación.
- 11.- Para valorar la extensión del tejido necrótico debe de realizarse en estas personas resonancia magnética, gammagrama musculares y óseos con la finalidad de poder delimitar bien la extensión de la lesión y el tratamiento quirúrgico que debe de seguir con la finalidad de no realizar debridaciones extensas o amputaciones innecesarias.
- 12.- De acuerdo a la evolución del enfermo y a las características del área quemada se valorará la técnica de reconstrucción a seguir.
- 13.- Tomar en cuenta la alta frecuencia de daño vascular con trombosis asociadas debe de utilizarse de manera temprana y una vez estabilizado al paciente heparina de bajo peso molecular.
- 14.- La función neurológica debe valorarse estrecha y continuamente mediante el estudio clínico del paciente así como con tomografía axial computada del cráneo, y estudio electro y neurofisiológico.
- 15.- El apoyo nutricional mediante inmunonutrición por vía enteral debe de iniciarse de manera temprana y es fundamental para la supervivencia y evolución adecuada de estos enfermos.
- 16.- La rehabilitación física, psicológica es parte fundamental en el manejo de estos pacientes.

## **EPIDEMIOLOGIA**

Se calcula que hasta 17000 víctimas requieren anualmente de este tipo de atención.

La electrocución es la causa de 3 a 6% de los ingresos a centros de quemados y en virtud de que se estima que 50000 pacientes son hospitalizados, es probable que alrededor en 1500 a 3000 personas sean objeto de lesiones eléctricas tan graves que requieran cuidados especializados.

## **DIAGNOSTICO**

La lesión eléctrica suele basarse en el antecedente que proporciona el paciente, los testigos o los servicios médicos de urgencia.

En ocasiones la anamnesis no es clara cuando se encontró al paciente inconsciente en una bañera o si no se recuerda el episodio. De ser posible es necesario obtener antecedentes con respecto al voltaje, tipo de la corriente, duración del contacto, vía probable de la corriente, presencia de factores que modifiquen la resistencia de la piel.

En el examen físico debe valorarse el daño histico y se identifican las complicaciones relacionadas.

Se realiza un examen vascular cuidadoso de las extremidades lesionadas, junto con la exploración detallada del funcionamiento de los nervios periféricos.

Se realiza un electrocardiograma. Toma de laboratorios como BH completa y determinación de los niveles de ES; calcio, nitrógeno de la urea sanguínea, cicatinina, creatinincinasa (CK) y mioglobina de suero, EGO y obtención de niveles de mioglobina urinaria.

Debe practicarse tomografía computarizada craneal en quienes muestran alteraciones en los niveles de conciencia.

Placas simples, arteriografías si se sospecha lesión vascular y gamagrama con radio nucleidos para detectar daño al músculo cardíaco.

## 9.- TAXONOMIA II: DOMINIOS Y CLASES

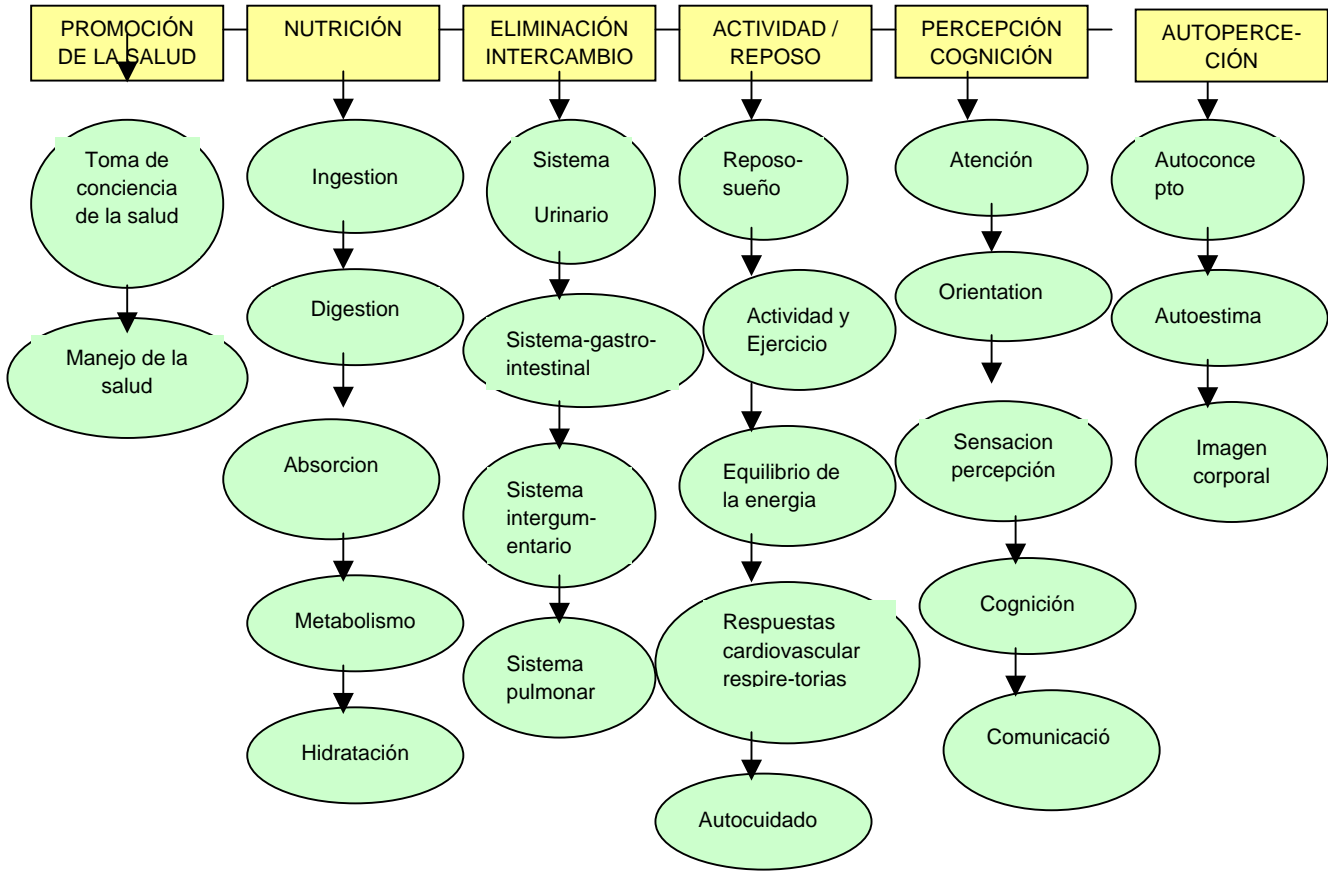


FIGURA 2. 17

<sup>1</sup> NANDA 1 DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLSIFICACIONES 2007-2008. PAG.275.

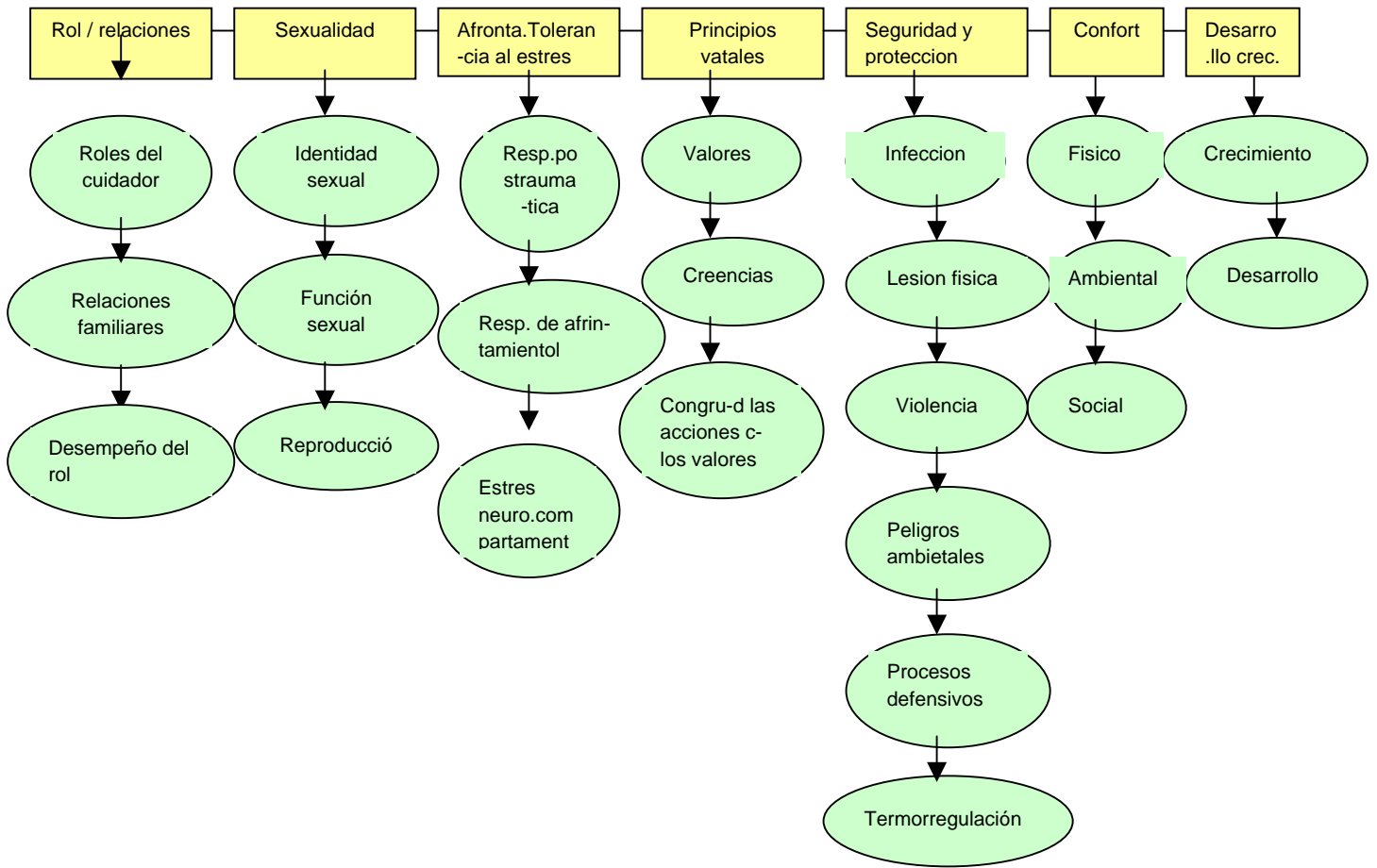


FIGURA 3<sup>18</sup>

<sup>18</sup> IBIDEM. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLSIFICACIONES. PAG. 276

## 10.- CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES

MES	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
Marco teórico	•			
Generalidades del cuidado y de Virginia Henderson		•	•	
Metodología y Proceso			•	
Historia Clínica				•
Conclusiones				•



## 11.- GLOSARIO

- **QUERATINOCITOS (células escamosas)** Esta capa, que se encuentra debajo del estrato córneo, contiene queratinocitos activos.
- **DISAUTONOMIA** que se manifiesta con taquicardia, hipertensión, diaforesis, arritmias, fiebre, midriasis, anisocoria y síndrome de horner, al cual se presenta asociado a descarga eléctrica de alto voltaje.
- **PROCESO DE ENFERMERÍA** es un conjunto de pasos ordenados y lógicos por el cual el profesional de enfermería realiza el cuidado de los pacientes, apoyado por modelos o filosofías de enfermería.
- **VALORACIÓN** Recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencia de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud también pueden buscar evidencias de los recursos con que cuenta el cliente.
- **DIAGNÓSTICO** (Identificación de los problemas) analizar los datos e identificar los problemas reales y potenciales, que constituyen la base del plan de cuidados. También hay que identificar los recursos, que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.
- **PLANIFICACIÓN** Determinar las prioridades inmediatas.

- **EJECUCIÓN** Puesta el plan – pero no solo actuar- piense y reflexione sobre lo que esta haciendo.
- **EVALUACIÓN** El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos.
- **QUEMADURAS TÉRMICAS** Quemaduras debidas a fuentes externas de calor que elevan la temperatura de la piel y los tejidos, y provocan la muerte o carbonización de las células de los tejidos. Cuando la piel entra en contacto con metales calientes, líquidos hirvientes, vapor o fuego se pueden producir quemaduras térmicas.

## 12.- BIBLIOGRAFÍA

- Carrillo Éter. Raúl **Cuidados Intensivos del Paciente Quemado** ED. Prado México DF. Edición 2001-. Pág. 188.
- Romper N Nancy. **Diccionario de Enfermería** ED. 15 Editorial Interamericana pág. varias.
- Carpenito Cualintong. **Planes de Cuidados y Documentación Clínica en Enfermería** ED 4ta .Editorial MC gras Hill interamericana
- Alfaro-LeFevre, Rosalinda Springer. **Aplicación del Proceso Enfermero. Guía Paso a Paso**”, 4ª edición en ingles, Filadelfia 1998, Traducción al Castellano 1999.
- Rosales Barrera Susana. **Fundamentos de Enfermería.** ED. 3ra Editorial Manual Moderno.
- Hamilton h. k. **Procedimientos de Enfermera.** ED 1ra. 1986 Editorial Interamericana.
- Tintinalli, Janeth. **Medicina de Urgencias.** ed. Trillas
- Fernández Ferrin Carmen. **El Proceso Atención de Enfermería Estudios de Casos.** Editorial Masson.
- Ackley Betty. J y Gail B. Ladwing. **Manual de Diagnósticos de Enfermería.** Editorial el Servier Mosby.
- Rodríguez Sánchez Bertha Alicia. **Proceso Enfermero Aplicación Actual** Edición 2do Editorial Cuellar.
- Marion Jonson. **Interrelaciones Nanda Noc y Nic** Editorial el Servier Barcelona.
- Griffith J.W. **"P.A.E. Aplicación de Teorías Guías y Modelos"** Ed. Manual Moderno 1986.
- Tukeer **.Normas y Cuidados del Paciente.** ED Océano 2001.
- Kim M.J.. **"Manual de Diagnósticas de Enfermería"** ed. Interamericana 1989.
- Sue Moorhead RHN R/N **Proyectos Resultados Jowa Clasificación de los Resultados de Enfermería ( NOC )** 3ra Edición 2005.Editorial el Servier España Barcelona.

- Closkey Joanne **Mc Doch Terman**. Clasificación de Intervenciones de Enfermería ( NIC ) 4ta Edición España 2005. Editorial el Sivier.
- Haya Carlos. Planes y Cuidados Estandarizados de Enfermería Servicios de Anda Luz de Salud. Enero del 2006.
- KLM. M.J. "Diagnósticos en Enfermería" ed Interamericana 1986.
- Urgencias en enfermería Pamela kidd ED océano
- Manual merck Edición centenaria ED océano
- Farmacología física y aplicada Goodman and filman Ed 2005
- <http://teleline.terra.es/personal/duenas>
- Pacheco Arce, García Piña, Rodríguez Jiménez, Antología fundamentación teórica para el cuidado Págs.390 a la 398