



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

ANCIANA DE 75 AÑOS CON DETERIORO DE LA INTEGRIDAD  
CUTÁNEA EN CARA RELACIONADO CON QUEMADURAS DE  
SEGUNDO GRADO POR EXPOSICIÓN A FUEGO DIRECTO.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

VERÓNICA CRUZ MORALES

Nº DE CUENTA: 406027153

DIRECTOR ACADÉMICO:

LIC. ENF. FEDERICO SACRISTÁN RUÍZ

MEXICO, D.F. OCTUBRE DEL 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## INDICE.

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	4
METODOLOGÍA.....	5
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO.	
1.1 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	7
EL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA.	
1.2.1 ETAPA DE VALORACIÓN.....	10
1.2.2 ETAPA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	13
1.2.3 ETAPA DE PLANIFICACIÓN.....	15
1.2.4 ETAPA DE EJECUCIÓN.....	16
1.2.5 ETAPA DE EVALUACIÓN.....	18
1.3 ANATOMIA Y FISIOLOGÍA DEL ÓRGANO AFECTADO.....	19
1.4 FISIOPATOLOGÍA DEL ÓRGANO AFECTADO.....	21
1.5 EPIDEMIOLOGÍA Y PRONÓSTICO.....	30
1.6 EPILEPSIA COMO ANTECEDENTE AL DIAGNÓSTICO.....	32
1.7 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON QUEMADURAS.....	34
CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO.....	37
2.2 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN.....	42
2.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	49
2.4 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS.....	51
PLAN DE ALTA.....	68
CONCLUSIONES.....	73
SUGERENCIAS.....	75
GLOSARIO.....	76
BIBLIOGRAFÍA.....	78

## AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de crecer en todos los ámbitos de la vida y ser cada día mejor persona para servir a mis semejantes, ya que gracias a cada uno de estos por estar presentes en cada momento de mi vida, por supuesto me refiero a mi familia, a mis amigos, a mis profesores que han sido modelo de vida para mí.

Agradezco a todas las personas que han brindado su apoyo incondicional para la elaboración de este trabajo, así como al Sistema de Becas Nación Multicultural de la UNAM.

## DEDICATORIAS.

A mi esposo... Por todo el amor, apoyo y comprensión en todo momento en el transcurso de la carrera y en el proceso de titulación, por ser mi compañero, mi amigo incondicional y el padre de mi hijo a quien amamos profundamente. Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constante; solo deseo que entiendas que el logro mío, es logro tuyo, que mi esfuerzo es inspirado en ti y que mi único ideal eres tú; con amor, respeto y admiración.

A mi madre... Por su fortaleza, su sabiduría y su acompañamiento en mi vida, su ejemplo de vida me ha enseñado a valorar la vida misma, su sencillez y su valentía me ha enseñado a ser más servicial con los otros.

A mis profesores... Por enseñarme la parte teórica y práctica, por hacerme participe de una mágica experiencia que es la Enfermería, una profesión de vida y para la vida.

A mis amigos... Por apoyarme y brindarme su amistad, su cariño y respeto, por la paciencia brindada, por los ratos de tristeza, de alegría y los consejos dados y recibidos.

“EL QUE NO VIVE PARA SERVIR, NO SIRVE PARA VIVIR”

## **INTRODUCCIÓN.**

El presente trabajo, se traduce en un Proceso Atención Enfermería (PAE) realizada a una persona con quemaduras de segundo grado en cara, es un trabajo metodológico teórico-práctico al llevar a cabo una jerarquización de las necesidades alteradas de la persona con quemaduras en un 10 % Superficie Corporal Total (SCT), en la región facial y tercio inferior del cuello. Dicho trabajo metodológico fue realizado en el Hospital Rubén Leñero.

La parte teórica abarca desde la propuesta de Virginia Henderson en donde manifiesta a la enfermera como un profesional que proporciona una atención integral de las necesidades básicas del ser humano, recolectando datos sobre la persona, jerarquizando necesidades para su atención oportuna y aplicando un plan de cuidados por la mejora de la persona con quemaduras.

El PAE que se elabora, es para dar a conocer las acciones de enfermería que son necesarias para planear y fundamentar la atención de la persona que ha presentado un diagnóstico de quemadura de segundo grado en el 10% SCT, para esto la etapa de valoración es identificar a la persona, así como su estado de salud, en el diagnóstico de enfermería se jerarquizan las necesidades y la independencia o dependencia de la persona, se realiza un plan de cuidados individualizado, estableciendo objetivos y actividades para la pronta recuperación de la persona.

En la etapa de la ejecución se realizan las intervenciones autónomas de enfermería, así como las indicaciones médicas y por último se evalúa dicho plan de cuidados para verificar si ha sido efectivo o no y se vuelve a valorar el estado de salud de la persona.

El instrumento evaluador sobre las necesidades básicas del ser humano están anexadas para la toma de datos y jerarquización de diagnósticos en enfermería, dando cuidados a las necesidades alteradas, sin hacer a un lado los diagnósticos de bienestar, fomentando así un ambiente de confianza con la persona con quemaduras, que no solo cursa con su problema de salud fisiológico, sino con depresiones y aislamiento psicológico, lo cual, sí no se toma en cuenta puede provocar retroceso en su evolución y recuperación.

En el plan de alta se da una serie de recomendaciones de forma oral y escrito a la persona tratada y sus familiares; que seguirán una estricta supervisión de la satisfacción de las necesidades que se presenten, para que en casa continúe su recuperación y rehabilitación en una atmósfera familiar.

El personal de enfermería, contribuye de forma permanente a recuperar y mantener la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, a través de la atención integral y humanística; para ello es necesario estar preparado a fin de responder a las necesidades requeridas para brindar una pronta recuperación de la persona y reintegrarlo en mejores condiciones posibles a su núcleo familiar, laboral y social; a través del cuidado de enfermería, el cual se extiende a su familia y en general a la comunidad, pretendiendo ser lo mejor posible.

## **JUSTIFICACIÓN.**

El Proceso Atención Enfermería está enfocado a personas con quemaduras y se realiza con el fin de conocer la patología y etiología por el cual seres humanos se ven en serios problemas de salud y posiblemente los lleve a la muerte sin una atención oportuna y eficiente.

La prevención de accidentes y enfermedades es de suma importancia, pero los seres humanos a veces actuamos sin tomar precauciones sobre nuestros actos y por eso estamos destinados a vivir las consecuencias.

La elección de la persona con quemaduras esta dado por la poca respuesta inmediata por parte de enfermería a su atención en gran parte por el desconocimiento de los fenómenos que se presentan durante de la evolución de la persona grave y sobre todo la indiferencia a aquellos detalles tales como las complicaciones que inherentemente están dados por la no atención del mismo.

Las personas que sufren algún trauma causado por quemaduras de cualquier grado, requieren de mucha atención, ya que pueden con mucha facilidad desarrollar bacterias, que modifique su estado de salud, agregado a esto el trauma psicológico que presentan durante su estancia en hospital y las cicatrices que duran mucho tiempo causando aislamiento social.

He aquí la importancia del profesionalismo del equipo de salud para brindar una atención de calidad humana, pretendiendo una recuperación y rehabilitación tanto física como psicológica, para permitir a la persona reintegrarse a su entorno.

## **OBJETIVO GENERAL.**

Elaborar un Proceso de Atención Enfermería enfocado a descubrir la importancia de los problemas y necesidades que presenta la persona con diagnóstico de quemaduras de segundo grado para así proporcionar los cuidados específicos de enfermería. Estableciendo un plan de atención en base a las necesidades detectadas y darle seguimiento para contribuir a la recuperación pronta de la salud de la persona quemada.

## **OBJETIVO ESPECÍFICO.**

Desarrollar los conocimientos sobre la patología, etiología, diagnósticos, tratamientos y posibles complicaciones agregadas al problema de salud actual de la persona, para una atención integral y por lo tanto una mejora en el pronóstico de vida y funcional; además la integración en lo posible de procesos de rehabilitación, terapia ocupacional y aceptación de su rol a su vida social y familiar.



## **METODOLOGÍA.**

Para la construcción de este PAE, se selecciono a una persona con un diagnóstico definido de “quemaduras de segundo grado”, utilizando la valoración inmediata mediante la observación, la entrevista directa con la persona y posteriormente con familiares, siguiendo las etapas del proceso de las catorce necesidades según Virginia Henderson, la cual mediante la exploración física céfalo- caudal, se recaban datos objetivos.

Después de la obtención de datos se elaboran diagnósticos, jerarquizando las necesidades alteradas para darle pronta atención, mediante el formato PES: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E). Signos y síntomas (S). El Diagnóstico de enfermería pueden ser de bienestar, deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces.

Diagnósticos reales se dirige particularmente a examinar las áreas en donde se detectan alteraciones, y los potenciales vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo.<sup>1</sup>

En la tercera etapa que es la de planificación, donde se jerarquizan las prioridades de los diagnósticos alterados; se determina un plan de acción para mejorar la salud de la persona, en colaboración de este y su familia, se fijan objetivos; y en la etapa de la ejecución se lleva a cabo lo planeado, se valora continuamente a la persona, para llegar a la última etapa que es la evaluación, en donde se registran los cuidados realizados por la enfermera al medir el progreso de los resultados hacia el logro de los objetivos, es decir se valora la efectividad de las actuaciones de enfermería.

---

<sup>1</sup> MARRINER, Ann MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA. Editorial Mosby/Doyma, 3ª Edición, España 1994 320p.

Para fundamentar la metodología descrita en el documento, se realizó una búsqueda y selección de información, en distintas fuentes como: libros, revistas, internet, etc., una vez concluida la investigación y presentación del caso, se llega a la propuesta sobre el uso continuo que la enfermera debe hacer sobre el PAE para brindar cuidados integrales de calidad; y así disminuir la incidencia de morbi-mortalidad de esta patología.

## **CAPITULO I. MARCO TEÓRICO**

### **1.1 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

Ante la necesidad de encontrar un modelo para la enseñanza de enfermería que sea aplicable a la práctica, útil en nuestro medio y que además se le puedan hacer las adaptaciones necesarias para ser aceptado, y puesto en práctica por las enfermeras clínicas, este modelo se sustenta en las necesidades básicas del ser humano.

Virginia Henderson<sup>2</sup> nació en 1897, desarrollo su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial. En 1918 ingresó a la escuela de enfermería de la armada de Washington D.C graduándose tres años más tarde.

“Cada individuo lucha por mantener la salud o recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud” Un estado saludable es aquel en el que se experimenta una sensación de bienestar y comodidad, del cual nos hacemos más conscientes cuando la perdemos, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo más rápido posible.

### **CONCEPTOS DE ENFERMERÍA.**

La función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo; en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de la salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que la persona llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.

---

<sup>2</sup> GARCÍA González María de Jesús. EL PROCESO DE ENFERMERÍA Y EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON: Una propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería. Ed. Progreso 1997. pp 11-22

Esta es la contribución de la enfermera a la conservación o recuperación de la salud, asistencia a la persona o su familia, de tal manera que estos sean independientes a la mayor brevedad.

Henderson dice que la enfermera trabaja en una relación de interdependencia con otros profesionales de la salud. Afirma que la enfermera es y debería ser legalmente una profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería, ubica estos cuidados en 14 componentes o necesidades básicas de la persona que abarcan todas las posibles funciones de la enfermera.

#### 14 NECESIDADES BÁSICAS.

- 1.- Respirar normalmente.
- 2.- Comer y beber adecuadamente.
- 3.- Eliminar los desechos corporales por todas las vías
- 4.- Moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.
- 6.- Poder seleccionar ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
- 7.- Mantener la temperatura corporal
- 8.- Mantener la higiene y la integridad de la piel.
- 9.- Evitar peligros ambientales.
- 10.- Comunicarse con otros.
- 11.- Vivir según valores y creencias.
- 12.- Trabajar de manera que exista un sentido de logro.
- 13.- Jugar y participar en actividades recreativas.
- 14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad

## **PERSONA.**

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional, porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. La persona es capaz de aprender durante toda su vida. El sujeto y su familia conforman una unidad.

## **SALUD.**

La considera un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades básicas. Enfermedad por lo tanto es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades.

La salud es una cualidad de la vida y básica para el correcto funcionamiento del organismo humano (salud es la habilidad de la persona para realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería)

Es la calidad de la salud más que la vida en sí misma, ese margen de vigor físico mental, lo que le permite a una persona con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

## **ENTORNO.**

El medio ambiente en el que la persona desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Las personas sanas pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir con tal capacidad, por lo tanto el equipo de salud debe proteger a los personas de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.

## **1.2 EL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA.**

Según Rosalinda Alfaro (1993)<sup>3</sup> Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados. Se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas de la persona a las alteraciones de salud, reales o potenciales. En el término “paciente” también se incluye a la familia y comunidad.

Siguiendo el modelo de Virginia Henderson, los 14 componentes de los cuidados de enfermería orientarán en las cinco etapas del proceso.

### **1.2.1 ETAPA DE VALORACIÓN.**

Se hace reuniendo toda la información necesaria para determinar el estado de salud de la persona, mediante una historia de enfermería que abarca las 14 necesidades básicas.

Generalmente la obtención de los datos se inicia en el primer contacto de la persona con el sistema de salud, puede ser en su domicilio, clínica o ingreso al hospital.

Las fuentes para la obtención de datos son:

La persona directa y familia, observación, entrevista, interacciones, valoración física, registros médicos en el expediente, registros de enfermería, bibliografía referente al problema.

La valoración de necesidades básicas, en el modelo de Virginia Henderson da un panorama general de datos de dependencia o independencia en la satisfacción de las necesidades.

La valoración focalizada se centra sobre un grupo de signos que nos indican que existe un problema específico real o potencial, esta marca un camino para la valoración continuada, es decir si se detecta un problema se realizarán valoraciones periódicas para actualizar los datos.

Se recomienda que la valoración de datos básicos deba ser planificada, sistemática y completa, para asegurarse que se obtiene información pertinente. El instrumento de valoración debe estar basado en un modelo de enfermería (orientado a las respuestas humanas). Sin un enfoque de este tipo, no se obtendrá la información completa y no se estará tomando a la persona como un ser bio-psico-social y espiritual.

---

<sup>3</sup>ALFARO R. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA. Editorial Doyma. S.A, 2ªedición. Barcelona, 1992.300P

La valoración es un proceso continuo, en ella se conjugan tanto los datos básicos como los que se van presentando cada día, como respuesta de la persona a las intervenciones de enfermería.

En la hoja de valoración de Enfermería se toman en cuenta las características personales como son: Nombre, edad, sexo, estado civil, religión, etnia, escolaridad, ocupación, motivo del ingreso, signos vitales, familia, con quien vive, problemas familiares.

Enseguida de manera céfalo-caudal se realiza la exploración física para detectar las necesidades reales de salud o potenciales, de acuerdo a estos datos tanto objetivos como subjetivos en la planificación se priorizan las necesidades y se dan posibles soluciones.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del individuo, referido a su estado de salud o las respuestas de la persona como consecuencia de su estado.<sup>4</sup>

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades. Datos subjetivos, objetivos, antecedentes históricos y actuales.

---

<sup>4</sup><http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

## **Métodos para obtener datos:**

**A) Entrevista Clínica:** Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/persona.
- Permitir a la persona informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

Las cualidades que debe tener un entrevistador son: empatía, calidez, concreción, respeto y autenticidad.

**B) La observación:** Es el momento del primer encuentro con la persona, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera-persona.

**C) La exploración física:** La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse a la persona en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. La exploración física se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.



### **1.2.2 ETAPA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.**

Se examina el grado de dependencia e independencia de la persona o su familia (necesidades y capacidades). En cada una de las necesidades básicas, los problemas de salud real o potenciales y de bienestar.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación.

#### **Tipos de diagnósticos:**

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

**Real:** Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición de las características que lo definen y factores relacionados, mediante el formato (PES).

**Alto Riesgo:** Es un juicio clínico de que una persona, familia o comunidad son más vulnerables, formato (PE).

**Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales, formato (PE).

**De bienestar:** Nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo, por la Educación para la Salud.

De síndrome: Comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados.

El diagnóstico de enfermería se dirige particularmente a examinar las áreas en donde se detectan funciones de enfermería de carácter independiente como: prevención, educación para la salud, cambio de actitudes hacia la salud, o cambio de actitudes hacia el tratamiento, para su cabal cumplimiento.

Iyer W Patricia (1991) escribe 10 normas para escribir diagnósticos de enfermería.

1. Escribir el diagnóstico con términos que refieran a las respuestas, más que a las necesidades.
- 2.- Utilizar "relacionado a/con"
- 3.- Escribir el diagnóstico con términos aconsejables desde el punto de vista médico legal.
- 4.- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor.
- 5.- Evitar invertir el orden de las frases en la categoría diagnóstica.
- 6.- No mencionar signos y síntomas de la enfermedad en la primera parte de la categoría diagnóstica.
- 7.- La primera parte debe incluir exclusivamente los problemas.
- 8.- Debe quedar claro que las dos partes del diagnóstico no expresan lo mismo.
- 9.- Se debe expresar el problema o la etiología utilizando conceptos que estén dentro de actuación de enfermería.
- 10.- El diagnóstico médico no debe ser incluido.

### **1.2.3 ETAPA DE PLANIFICACIÓN.**

Se desarrolla un plan de acción, con la persona y su familia, que incluirá las actividades siguientes: determinar prioridades, objetivos, actividades de enfermería, actividades del individuo y familia que ayudarán a lograr los objetivos que ambos han establecido, registros del plan de cuidados, el plan de acción incluye las órdenes médicas.

**Establecer prioridades en los cuidados.** Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Por cada diagnóstico que identifique en el plan de cuidados, debe elaborar un objetivo centrado en la persona que determine la resolución del problema que originó el diagnóstico de enfermería.

#### **Determinación de las actividades de enfermería.**

Son acciones específicas que la enfermera debe realizar para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico o espiritual y mantener o restaurar la salud.

- 1.- Realizar valoraciones permanentes de enfermería, para identificar nuevos problemas o el estado de los ya identificados.
- 2.- Dar educación sanitaria al sujeto y su familia, para que aprendan a cuidar su salud.
- 3.- Realizar acciones específicas del tratamiento para eliminar o reducir los problemas de salud.
- 4.- Enseñar a las personas y familiares a realizar actividades, tendientes a reducir problemas de salud.

La enfermería planifica actuaciones en áreas de la salud, enfermedad, desarrollo humano, promoción de la salud, prevenir las enfermedades, restablecer la salud, rehabilitación, acompañamiento en los estados agónicos. Otras actividades como pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, controlar los cambios de estado de la persona, manejar los cambios de estado de salud, iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

El plan de cuidados de enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación de la persona, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello. Debe llevar la fecha, el verbo de la actuación, el sujeto, descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto, modificaciones del tratamiento y la firma.

#### COMPONENTES DEL PLAN DE CUIDADOS.

- 1.- Objetivos a largo plazo
- 2.- Diagnósticos de enfermería y sus correspondientes resultados
- 3.- Ordenes específicas de enfermería (actividades)
- 4.- Espacio para comentarios de evaluación

#### **1.2.4 ETAPA DE EJECUCIÓN.**

Es la puesta en práctica de lo planeado en la fase anterior. Las fases de planeación y ejecución se relacionan, la clave está que durante la planificación se proponen las actividades y en la ejecución se ponen en práctica, en los registros del plan de cuidados se anotarán las respuestas de la persona a las actividades de enfermería.

La planificación dirige la ejecución, que a su vez está determinada por la valoración continua de la persona, implica las siguientes actividades de enfermería. Continuar con la recogida y valoración de datos, realizar las actividades de enfermería, anotar los cuidados de enfermería, dar los informes verbales de enfermería, mantener el plan de cuidados actualizado.

La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye a la persona y su familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

### **1.2.5 ETAPA DE EVALUACIÓN.**

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados. Al medir el progreso de los resultados hacia el logro de los objetivos, la enfermera valora la efectividad de las actuaciones de enfermería. La obtención de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar, y comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud de la persona.

Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados, son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo, señales y síntomas específicos, conocimientos, capacidad psicomotora (habilidades), estado emocional, situación espiritual (modelo holístico de la salud).

La evaluación del logro o no de los objetivos, es la clave para determinar la efectividad del plan. Esta evaluación se debe hacer junto con la persona tratada.

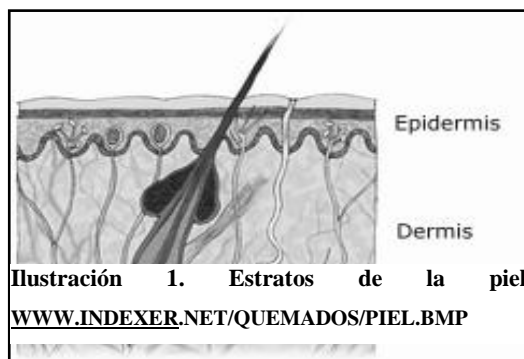
En la aplicación del modelo de Henderson, la evaluación se dirige a determinar el grado de independencia alcanzado por la persona y su familia, respecto de los problemas identificados al poner en marcha el plan de cuidados.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando la persona y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

### 1.3 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL ÓRGANO AFECTADO

La piel normal es el órgano más extenso del cuerpo, ocupa el 15% del peso corporal y cubre aproximadamente 1.7 m<sup>2</sup>, en el adulto promedio. Es una estructura biláminal, epidermis y dermis. Cada una aporta funciones específicas a la piel.

La función de la piel es compleja: protege de la temperatura, percibe sensaciones y aísla del medio ambiente. De estas dos capas, sólo la epidermis muestra regeneración verdadera. Cuando la piel es dañada seriamente, esta barrera externa es vulnerada, produciendo alteraciones importantes al medio interno.



Epidermis- Es la capa externa de la piel, y como tal, la primera línea de defensa. Consiste de 5 capas de células, desde fuera hacia dentro: 1. Estrato córneo, 2. Estrato Lúcido, 3. Estrato Granuloso, 4. Estrato espinoso, 5. Estrato Germinativo. El estrato córneo y el germinativo son los de mayor significado para el tratamiento de las quemaduras.

Dermis- Segunda capa y consiste de fibras colágenas y tejido conectivo fibroso. Se llama, también corium o piel verdadera, ya que no se descama.

Subcutáneo- llamada fascia superficial, se adhiere firmemente a la dermis mediante fibras colágenas<sup>5</sup>.

### **Funciones de la Piel**

Protección	Protege al organismo de entidades medioambientales nocivas, incluyendo clima, radiaciones, sustancias tóxicas, etc.
Inmunológicas	Asiste en la presentación de antígenos a las células inmunes. La secreción sebácea posee propiedades antimicrobianas, debido a su elevado nivel de ácidos grasos de cadena larga, específicamente el ácido oleico. La piel previene invasión de microorganismos mediante el proceso de descamación de la capa queratínica.
Líquidos, Proteínas y Homeostasia de Electrólitos	Previene pérdida excesiva de estos elementos y controla la excreción de agua y electrolitos.
Termorregulación	Junta a sus apéndices, previene pérdida de calor, pero también, permite enfriamiento rápido durante el ejercicio físico intenso a través de evaporación de sudor y vasodilatación de capilares dérmicos
Neurosensorial	Posee terminaciones nerviosas y receptores, los cuales permiten al sistema nervioso procesar e interpretar información (dolor, tacto, frío y calor) del medioambiente
Interacción Social	Cuando intacta, contribuye a ciertas reacciones interpersonales (identificación, atracción sexual, imagen corporal, etc.)
Metabolismo	Producción de vitamina D

<sup>5</sup> ROGER. MANUAL DE TRATAMIENTOS EN LAS QUEMADURAS: un planteamiento interdisciplinario ed. Salvat, Barcelona 1986. 323p



## **1.4 FISIOPATOLOGÍA DEL ÓRGANO AFECTADO EN LAS QUEMADURAS**

### **Quemadura o Lesión térmica**

Lesión térmica implica, el daño o destrucción de la piel y/o su contenido por calor o frío, agentes químicos, electricidad, energía ionizante o cualquiera de sus combinaciones. Las lesiones térmicas por calor son muy frecuentes y comúnmente asociadas a lesiones inhalatorias. Una lesión térmica por calor involucra el calentamiento de los tejidos sobre un nivel donde ocurre daño irreversible de éstos. La lesión tisular es proporcional al contenido de calor del agente quemante, tiempo de exposición y conductividad de calor de los tejidos involucrados. La piel, termofílica e hidrofílica del humano, posee una alta conductividad específica al calor, con una baja irradiación térmica, por lo tanto, la piel se sobrecalienta rápidamente y se enfría lentamente. Como resultado, el daño térmico persiste luego de que el agente se haya extinguido o haya sido removido.

Las causas más usuales de quemaduras son las llamas (flamas) y los líquidos calientes (escaldaduras). La corriente eléctrica, tanto de alto voltaje (más de 1000 voltios) como de bajo voltaje (menos de 1000 voltios), es agente frecuente de quemaduras. Cuando la fuente de calor es menor de 45° C, los daños tisulares son raros; de 45° C a 50° C, se presentan daños celulares, pero con carácter de reversibilidad, por encima de 50° C, los daños celulares son irreversibles, resultando en desnaturalización de las proteínas tisulares.

La temperatura necesaria para producir una quemadura es exponencialmente relativa al tiempo de exposición. Para adultos expuestos a agua caliente, se producirá una quemadura profunda con una exposición de 2 minutos a 50°C (122°F), 20 segundos a 55° C (131° F) y 5 segundos a 60° C (140° F).<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> MONCRIE John. A. TRATADO DE QUEMADURAS. Editorial Interamericana, México 1972. 381p.

## Agentes Etiológicos de las Lesiones Térmicas

Agentes Físicos	Agentes Químicos	Agentes Biológicos
1.- Sol y Rayos UV artificiales 2.- Flash, calor irradiado 3.- Líquidos calientes (escaldaduras) 4.- Frío por descompresión brusca de gases a presión 5.- Frío por clima 6.- Cuerpos Sólidos (incandescentes) 7.- Fuego directo (Flama / llama) 9.- Radiaciones iónicas Radioterapia Bomba Nuclear 10.- Electricidad Alto voltaje	1.- Ácidos 2.- Álcalis 3.- Medicamentos Urticantes Queratinolíticos 4.- Hidrocarburos (contacto) 5.- Otras sustancias Cemento	1.- Resinas Vegetales 2.- Sustancia irritante de origen animal

Cuando sobreviene una quemadura mayor, se produce una cascada de cambios fisiológicos, los cuales forman el escenario clínico de la persona quemado; estos trastornos incluyen:

*Desequilibrio hidroelectrolítico:* La herida quemada se edematiza rápidamente debido a los cambios microvasculares, inducidos en forma directa por el calor e indirectamente por la liberación de mediadores químicos de respuesta inflamatoria en la zona de lesión. Esto resulta en pérdida intravascular sistémica

de agua, sodio, albúmina y glóbulos rojos. En éste escenario, el desarrollo del shock hipovolémico es inminente al menos que no se restaure el volumen desplazado hacia los espacios intersticiales en forma rápida y adecuada.

*Trastornos metabólicos:* Estos se evidencian por el aumento del consumo de oxígeno en reposo (hipermetabolismo), pérdida excesiva de nitrógeno (catabolismo) y pérdida pronunciada de masa corporal (desnutrición).

*Contaminación bacteriana de tejidos:* Los tegumentos lesionados facilitan una zona extensa para la infección superficial o invasión de microorganismos; los pacientes quemados desarrollan compromiso en casi todos los aspectos del sistema inmune, aumentando los riesgos de shock séptico.

### ***Complicaciones de Órganos Vitales***

Todos los órganos importantes de la economía están afectados por la injuria térmica. La insuficiencia renal puede resultar de la hipoperfusión o de la necrosis tubular aguda por mioglobina o por hemoglobina desintegrada. La disfunción pulmonar puede ser causada por daño inicial al tracto respiratorio; humo tóxico o debido a insuficiencia respiratoria progresiva por edema pulmonar, distrés respiratorio del adulto o bronconeumonía. Las complicaciones gastrointestinales con isquemia del intestino delgado o estasis iléal, promueven el fenómeno de translocación bacteriana: mecanismo de infección de origen endógeno. El fallo multisistémico y orgánico es un final común que lleva a la muerte tardía (5 a 10 días) a los pacientes quemados.

### **Síndrome Pos quemadura**

Se presenta con manifestaciones tempranas (0-5 días) y manifestaciones tardías (más de 5 días). Este síndrome puede ser frenado con una adecuada reanimación con fluidoterapia, control de infección, nutrición y cierre temprano de la herida<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup><http://hgculiacan.com/biblioteca%20medica/quemaduras/capitulo1.htm>.2008

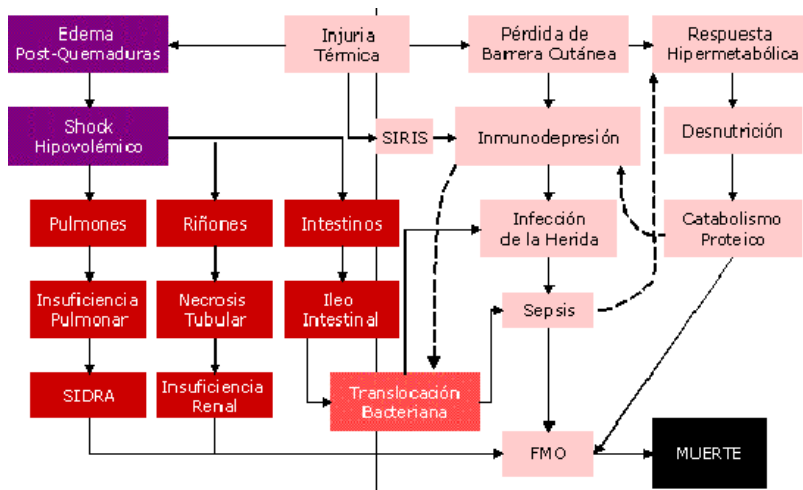


Ilustración 2. Cascada de consecuencias en el paciente quemado. <http://www.indexer.net/quemados/1137e4f70.jpg>

SIDRA - Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo del Adulto (en niños; SIDRA del Niño)

SIRIS - Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica.

FMO - Fallo Multiorgánico o Fallo Orgánico Múltiple. (Fallo Multisistémico)

Las quemaduras son heridas que poseen características tridimensionales, esto significa que una herida con quemadura presenta en el mismo plano, extensión y profundidad. A esta situación, se puede sumar otra dimensión, caracterizada por cualquier antecedente mórbido de la persona (los antecedentes psiquiátricos, la desnutrición y ciertas circunstancias socioeconómicas, como la pobreza y de privación social, se consideran pre mórbidos). Cuando se unen, extensión, profundidad y antecedentes patológicos previos, el resultado es una patología con magnitudes. La severidad y por tanto el pronóstico, dependerán de la gravedad de éstas tres variables y su interacción en un individuo dado.

## CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS.

**Epidérmicas o de 1er. grado** – En esta quemadura, solamente está lesionada la capa más superficial de la piel; la epidermis. No hay pérdida de continuidad de la piel, por lo tanto no se ha roto la capacidad protectora antimicrobiana de ésta. Las lesiones se presentan como un área eritematosa y dolorosa. El dolor se debe a la presencia de prostaglandinas en la zona de hiperemia que irrita terminaciones sensitivas cutáneas. Evolucionan hacia la curación espontánea en tres a cinco días y no producen secuelas.

Este tipo de quemaduras se produce de forma característica por exposición prolongada al sol; Rayos Ultravioletas A (UVA) o tipo B (UVB) o por exposición brevísima de una llama; Flash. Puede estar acompañada de algún tipo de deshidratación sistémica o de Choque térmico.<sup>8</sup>



#### Quemaduras de 1° Grado

- No producen secuelas
- Histológicas permanentes
- Signo cardinal; Eritema
- Síntoma Cardinal; Dolor
- Curación espontánea en 5 d.
- No secuelas

Ilustración 3. Quemaduras de primer grado. <http://www.indexer.net/quemados>

*Dérmicas o de 2° grado* - Estas quemaduras abarcan toda la epidermis y la dermis. En ellas, se conservan elementos viables que sirven de base para la regeneración del epitelio, por lo que es usual que también se denominen de espesor parcial. En este tipo de quemaduras la regeneración es posible a partir del epitelio glandular, Ej.: glándulas sudoríparas y sebáceas o del folículo piloso, incluso cuando existe destrucción de mucho de estos elementos. Las quemaduras de 2° grado se subdividen:

**2do. Grado superficial o de espesor parcial superficial**– Este tipo de quemadura sólo afecta la epidermis y el nivel más superficial de la dermis. Estas quemaduras son comúnmente producidas por líquidos calientes o por exposición breve a flamas. Característicamente, se observan ampollas o flictenas, las cuales constituyen el factor diagnóstico más influyente.

El área de lesión se presenta con aspecto húmedo, color rosado y gran

<sup>8</sup> CHAVER. M. A. ATENCIÓN AL PACIENTE QUEMADO. Editorial Manual moderno, México, D.F, 1988. 289p

sensibilidad a los estímulos, incluso al aire ambiental. Se conserva el fenómeno de retorno capilar en tiempo normal y cuando se habla del pelo, este levanta una sección de piel. Estas lesiones curan espontáneamente por reepitalización en 14 a 21 días, dado que no se infecten o no sufran traumas ulteriores, tal como desecación. En este grupo, la piel conserva bastante bien su elasticidad normal, por lo que el aumento de presión tisular, secundaria al edema e inflamación, rara vez obliga a realizar escarotomías.



Ilustración 4. Quemaduras de 2° grado superficial.  
<http://www.indexer.net/quemados>.

#### Quemaduras de 2° grado Superficial

- Afecta la epidermis y la cama más superficial de la dermis.
- Las ampollas son el signo más influyente en el diagnóstico.
- Doloroso al aire ambiental.
- Blanquean a la presión local
- Al halar el pelo, este levanta una sección de piel.

Las quemaduras de 2° grado superficial producen como secuela, despigmentación de la piel. Dependiendo de la tendencia racial del individuo, esta despigmentación podría tender hacia la hipo coloración o hipercoloración de la piel afectada. En el caucásico puro, la nueva piel será rosada y en el negro esta será color marrón oscuro. Gran parte de este fenómeno de despigmentación regresará a más o menos su aspecto normal en meses o incluso años. Las quemaduras de 2° grado superficial, si evolucionan de forma natural, no dejarán cicatrización en términos patológicos, como serían cicatrices hipertróficas.

**2do. grado profundo o de espesor parcial profundo** – Las quemaduras profundas de 2° grado abarcan las capas profundas de la dermis. Estas, comúnmente se asocian a inmersión en líquido caliente o contacto con llamas. De manera característica son de color rojo brillante o amarillo blancuzco, de superficie ligeramente húmeda, puede haber o no flictenas y el dolor podría estar aumentado o disminuido dependiendo de la masa nerviosa sensitiva quemada. El fenómeno de retorno capilar por presión en el área está disminuido en el tiempo y al halar el pelo, este se desprende fácilmente. Estas lesiones curan de forma espontánea pero muy lentamente, hasta meses, rebasando el tiempo aceptable de tres semanas. Si en tres semanas, y

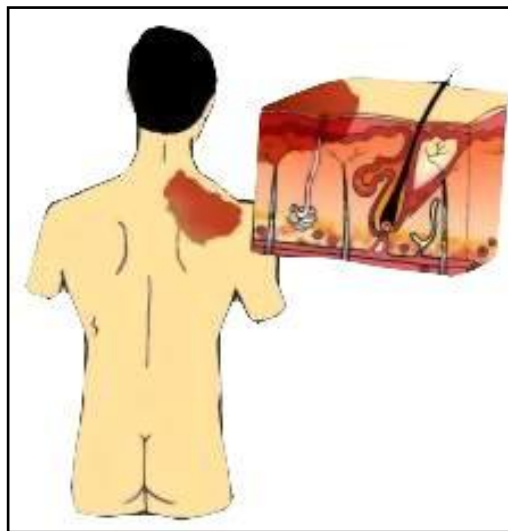


Ilustración 5. Quemaduras de segundo grado profundas.

<http://www.indexer.net/quemados>.

dependiendo de su magnitud, esta quemadura no cura espontáneamente es posible obtener mejores resultados y reducir la morbi-mortalidad con injertos cutáneos de espesor parcial. Las quemaduras de 2° grado profundo entran en el umbral de lesiones con criterios quirúrgicos. Además de cicatrizaciones hipertróficas, éstas quemaduras son capaces de producir contracturas articulares, llevando a grados variables de disfunciones músculo esqueléticas.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> CHAVER. M. A. ATENCIÓN AL PACIENTE QUEMADO. Op. cit. 254pp

**Quemaduras de 3° Grado o de espesor total** –Estas quemaduras son fáciles de reconocer. Comúnmente son producidas por exposición prolongada a líquidos muy calientes, llama, electricidad y a casi todos los agentes químicos fuertes. Su aspecto es blanco o cetrino, carbonizado, con textura correosa o apergaminada. No hay dolor, debido a la necrosis de todas las terminaciones sensitivas del área. Las trombosis de las venas superficiales son un signo influyente en el diagnóstico

Si se valoran tempranamente (en las primeras horas) se puede percibir olor a “carne quemada”. La piel pierde su elasticidad por lo que si son circulares o se presentan en zonas críticas, ameritarán escarotomías.

Las quemaduras de tercer grado ocupan todo el espesor de la piel y hasta más profundamente, llegando a quemarse la grasa y la fascia subcutáneas, músculos, tendones periostio y/o hueso

Este tipo de quemadura no regenera y se comporta como un tejido necrótico desvitalizado en su totalidad cuya remoción completa es obligatorio mediante debridamiento quirúrgico. Las mayores secuelas pos-quemaduras de tercer grado incluyen: cosméticas funcionales, amputaciones y pérdidas de órganos.

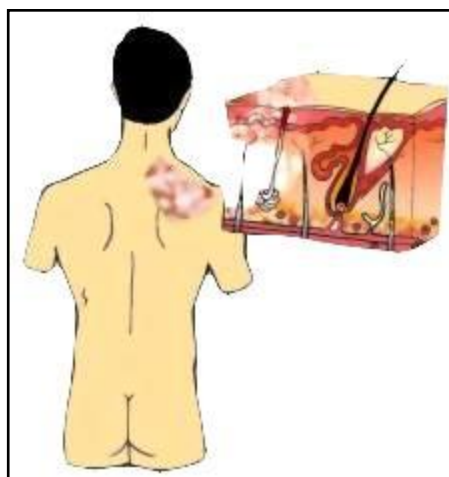
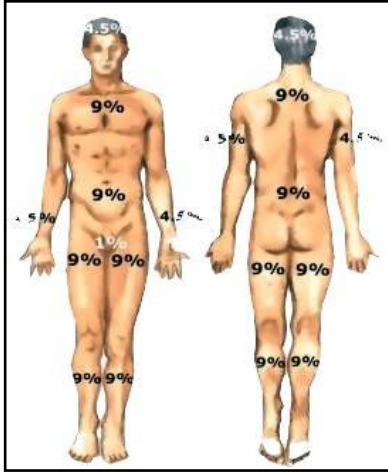


Ilustración 6. Quemaduras que abarcan todo el espesor de la piel. <http://www.indexer.net/quemados>



## Clasificación de acuerdo a extensión

Aplicable para > 15 años de edad:



- Cabeza y Cuello ..... 9%
- Brazos ..... 18%
- Torso ..... 36%
- Piernas ..... 36%
- Periné ..... 1%

Ilustración 7- Regla de los 9.

<http://www.indexer.net/quemados>.



La palma cerrada de la mano de la persona representa el 1% de su superficie corporal; igual para todas las edades. Este es un instrumento de evaluación rápida de la extensión en quemaduras pequeñas, en salas de urgencias y para TRIAGE en la escena del accidente, especialmente con múltiples víctimas quemadas

## 1.5 EPIDEMIOLOGÍA Y PRONÓSTICO.

Quemaduras eléctricas (27%) Quemaduras líquidos Inflamables (25%). - Gasolina Kerosene, Thinner, Gas oil,

Quemaduras por explosión de gas propano (22%)

Otras Causas (26%) - Entre estas podemos encontrar víctimas de incendios habitacionales, quemaduras químicas por "Ácido del Diablo", otros tipos de quemaduras químicas, escaldaduras (raras en adultos) por frío debido a descompresión brusca de gases comprimidos

### ***Mortalidad***

Las quemaduras poseen magnitud letal. Esto significa que algunas de ellas constituyen en mortales por necesidad. Por lo tanto, cuando se habla de mortalidad en quemaduras hay que expresarlo en términos de \*DL 50 (Dosis Letal Media). La DL50 para los pacientes de la serie Unidad de Quemados es de 48%SCQ (DL50 = 48% SCQ) con una mortalidad de 27%, para todas las relativas edad y porcentaje SCQ. Las causas de muerte en esta serie están asociadas a shock hipovolémico irreversible, traumas concomitantes y a complicaciones de una estadía prolongada en una unidad de cuidados críticos.

#### Causas de Mortalidad\*\*

Causas	Porcentaje
Fallo Multiorgánico	21.1
Sépsis	17
Arritmias Cardíacas	14
Neumonía Nosocomial	10.2
Insuficiencia Renal	8.3
***Otras	24.2

\*\*\*Edema agudo del pulmón, traumas concurrentes, insuficiencia hepática, etc.

## Avances en el Tratamiento de las Quemaduras

Los avances en el manejo de trauma y quemaduras en las últimas tres décadas han resultado en mayor sobrevivencia y menor morbilidad en las quemaduras mayores. Veinticinco años atrás la tasa de mortalidad de una superficie corporal quemada (SCQ) de 50% en un adulto joven era aproximadamente de 50% a pesar de tratamiento, hoy esa misma superficie quemada tiene una mortalidad de menos de 10%. Diez años atrás, un 70 a 80% de SCQ representaba un 10% de supervivencia, hoy más de un 50% de estos pacientes sobreviven. La mejoría en la sobrevivencia se debe a los avances logrados en la reanimación por líquidos I.V., técnicas quirúrgicas, control de infección y soporte nutricional al trauma térmico.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> BRUNNER y Sudarth. ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 9ª Edición. México D.F 2000, 1709-1728 pp

## **EPILEPSIA COMO ANTECEDENTE AL DIAGNÓSTICO**

Las crisis epilépticas (convulsiones, "ataques") son episodios de alteración de la función cerebral que producen cambios en la atención o el comportamiento y son causadas por una excitación anormal en las señales eléctricas en el cerebro.

En algunas ocasiones, una crisis epiléptica está relacionada con una situación temporal, como exposición a drogas, abstinencia de algunos medicamentos, una fiebre alta o niveles anormales de sodio o glucosa en la sangre. Si las crisis o convulsiones no suceden de nuevo una vez que se corrige el problema subyacente, la persona NO tiene epilepsia.

En otros casos, la lesión cerebral o los cambios en el tejido cerebral llevan a que el cerebro se agite de manera anormal. En estos casos, las crisis epilépticas suceden sin una causa inmediata. Esto es epilepsia, una enfermedad que puede afectar a personas de cualquier edad.

La epilepsia puede ser idiopática, lo que quiere decir que no se puede identificar la causa. Estas convulsiones generalmente se dan entre las edades de 5 a 20 años, pero pueden ocurrir a cualquier edad. Las personas con esta afección no tienen otros problemas neurológicos, pero con frecuencia presentan antecedentes familiares de convulsiones o epilepsia.

Algunas de las causas más comunes de epilepsia abarcan:

- Accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio ( AIT). Enfermedades que causan el deterioro del cerebro. Demencia como el mal de Alzheimer. Lesión cerebral traumática. Infecciones (incluyendo absceso cerebral, meningitis, encefalitis, neurosífilis y SIDA. Insuficiencia renal o hepática. Enfermedades metabólicas con las cuales los niños pueden nacer (como fenilcetonuria). Tumores u otras lesiones cerebrales estructurales (como hematomas o vasos sanguíneos anormales).

## **Síntomas**

La gravedad de los síntomas puede variar enormemente, desde simples episodios de ausencias hasta pérdida del conocimiento y convulsiones violentas. En algunas personas, se presenta un aura, que consiste en una sensación extraña (como hormigueo, sentir un olor que no existe realmente o cambios emocionales), antes de cada crisis.

Tipos de eventos epilépticos: Ausencias típicas, convulsiones tonicoclónicas o focales.

## **Tratamiento**

El tratamiento puede incluir cirugía para extirpar un tumor, un vaso sanguíneo anormal o que sangra u otros problemas cerebrales.

Los medicamentos para prevenir las convulsiones, llamados anticonvulsivos, pueden reducir el número de crisis futuras. Estos medicamentos se toman por vía oral.

Algunos factores aumentan el riesgo de convulsión en una persona con epilepsia: Ciertos medicamentos recetados, estrés emocional, infecciones, falta de sueño, embarazo, saltarse las dosis de los medicamentos para la epilepsia, consumo de alcohol u otros fármacos psicoactivos.

## **Pronóstico**

Para algunas personas, la epilepsia puede ser una afección de por vida. En estos casos, es necesario continuar con los fármacos anticonvulsivos.

La muerte o daño cerebral permanente a causa de las convulsiones es infrecuente pero puede ocurrir si la convulsión es prolongada o si se presentan dos o más convulsiones en un período corto (estado epiléptico). La muerte o el daño cerebral son, más a menudo, causados por la falta prolongada de respiración, lo cual lleva a la muerte del tejido cerebral por falta de oxígeno. Existen algunos casos de muerte súbita e inexplicable en pacientes con epilepsia.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000028htm>.2010

## **1.6 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON QUEMADURAS.**

Cuidado de las quemaduras menores. Quemaduras en cara, se requieren desbridamiento y cobertura dependiendo del grado.

- 1.- Disminuir el riesgo de infección bacteriana.
- 2.- Evitar la conversión de una quemadura de grosor parcial en otra de grosor total.
- 3.- Favorecer la cicatrización espontánea.
- 4.- Aumentar la comodidad de la persona.
- 5.- Disminuir al mínimo las alteraciones estéticas.
- 6.- Conservar el rango óptimo de movilidad articular.

### **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.**

- 1.- Los apósitos húmedos no se deben usar en pacientes que requieran unidad de quemados, debido al riesgo aumentado de hipotermia e infección.
- 2.- La quemadura debe ser cuidadosamente limpiada y desbridada antes de aplicar pomada o apósito.

### **EQUIPO.**

Bata estéril, toallas estériles, instrumentos quirúrgicos estériles, solución salina para irrigación a temperatura temporal, jabón germicida o povidona yodada, aceite mineral o vaselina (para eliminar el alquitrán) apósito de gasa estéril, cepillo quirúrgico blando estéril, vendas de gasa estéril, cinta adhesiva, opciones para vendaje de quemaduras, gasa de malla fina estéril, sulfadiazina plata al 1%, pomada antibiótico, biobrane, gasa con tribomofenato de bismuto.

### **PREPARACIÓN DE LA PERSONA**

- 1.- Elimine los objetos de la parte afectada
- 2.- Aplique apósito húmedo estéril según lo requiera
- 3.- Administre profilaxis antitetánico si está indicado.
- 4.- Administración de analgesia según lo prescrito.

## PROCEDIMIENTOS.

Las ampollas intactas resultan menos dolorosas que las desbridadas, se cuidan de diversas formas.

- 1.- Se pueden dejar intactas para que las heridas subyacentes curen de modo espontáneo.
- 2.- Se puede aspirar el líquido de la ampolla, con aguja y jeringa dejando el tejido subyacente en su lugar.
- 3.- Es posible desbridar las heridas grandes y dejar intactas las pequeñas
- 4.- No afeitar el área afectada
- 5.- Utilizando tijeras y pinzas elimine el tejido desvitalizado
- 6.- Elimine con aceite mineral el alquitrán

## VENDAJE DE LA HERIDA

Los apósitos de heridas están diseñados para absorber el exudado, proporcionar protección, aislar la herida del medio ambiente y disminuir el dolor. Los apósitos se usan para cubrir los fármacos tópicos opiáceos a la herida de quemadura. En algunos casos, por ejemplo en la cara, la sustancia tópica se puede aplicar de forma abierta, y no se le coloca un apósito encima.

El otro método se conoce como método cerrado y consiste en colocar un apósito o una venda sobre el medicamento tópico. El método abierto es fácil, disminuye el riesgo de infección y evita maniobras de vendaje complicadas. Sin embargo, el método abierto puede aumentar las molestias y la pérdida de calor, facilitar la contaminación cruzada, y no ser adecuado para el individuo activo o durante el trabajo. El método cerrado puede resultar más práctico y confortable, facilita el desbridamiento y contribuye a prevenir la infección. Sin embargo, el método cerrado puede requerir aplicación hábil del apósito y la venda en zonas difíciles.

## SULFADIAZINA PLATA

- 1.- Con la mano enguantada o con un depresor de lengua estéril, aplique una capa fina (3 mm o el grosor de una moneda) y uniforme de crema sobre el área. También se puede impregnar gasa de malla fina con sulfadiazina plata; la gasa impregnada se corta con el tamaño de la herida y se coloca sobre ella. Este último método puede resultar menos doloroso que la aplicación de la crema directamente en la herida.
- 2.- No se recomienda usar la sulfadiazina plata en cara. En su lugar se usa una pomada de antibiótico

## POMADA ANTIBIÓTICA

- 1.- Aplique una capa fina a la herida coloque un apósito antiadherente sobre el área
  - 2.- Cubra con apósito de gasa y venda estériles, y fije según sea necesario
- Biobrane  
El biobrane es un sustituto sintético de la piel compuesto por una membrana de siliconailon flexible y péptidos de colágenos unidos.
- 1.- Aplique el biobrane directamente sobre la herida limpia
  - 2.- Utilice cierres de cinta quirúrgica o un vendaje de gasa para mantener el biobrane en su posición.<sup>12</sup>

## COMPLICACIONES.

- 1.- Infección
- 2.- Pérdida de función
- 3.- Daño del epitelio recién formado y retraso de la curación como consecuencia de eliminar los apósitos con demasiada fuerza.
- 4.- Irritación cutánea local, prurito o exantema secundario a la medicación tópica.

---

<sup>12</sup> JEAN A. PROEHL. ENFERMERÍA DE URGENCIAS: TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS. Editorial Elsevier. 3ª Edición, España 2005, 659-664p



## INSTRUCCIONES PARA LA PERSONA

- 1.- Mantenga el vendaje limpio y seco
- 2.-No rompa las ampollas
- 3.- Limpie la zona una o dos veces al día con agua jabonosa, vuelva aplicar una capa fina de la crema o pomada recetada.
- 4.- Cubra y vende de acuerdo a las instrucciones
- 5.- Acuda a la cita de vigilancia según las instrucciones
- 6.- Aumente la ingesta de líquidos y proteínas para favorecer la curación
- 7.- Varias veces al día mueva con suavidad la parte quemada.
- 8.- Comunique los siguientes signos y síntomas
  - a.- Aumento del dolor, edema, enrojecimiento, mal olor o líneas rojas desde las heridas
  - b.- Fiebre superior a los 38,0°C
  - c.- Entumecimiento o edema distal a una articulación, o imposibilidad de mover una articulación
- 9.- Con el fin de prevenir la hiperpigmentación y la lesión repetida una vez curada la quemadura, limite la exposición al sol y utilice un filtro antisolar sobre la zona durante los 6-12 meses siguientes.

## **CAPITULO II. APLICACION DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA**

### **2.1 PRESENTACION DEL CASO**

Se trata de una mujer adulta mayor de la 8ª década de la vida, con el nombre de G.R.C, originaria y residente de Teoloyucan, Estado de México. Nacida el 2 de Agosto de 1933, casada, dedicada al hogar, con escolaridad primaria incompleta y de religión católica, tanto en casa como en el hospital tiene imágenes a quienes reza por ella y su familia se dice satisfecha con el rol que desempeña en el hogar, pero el esposo dice lo contrario ya que siempre está de malas y no le gusta la situación en la que viven, pero que no puede ofrecerle más.

Niega antecedentes hereditarios y familiares de importancia. Se refiere portadora de Epilepsia desde hace 7 años, siendo este el segundo evento de crisis y no sabiendo las causas de ello, por lo que no ha llevado un tratamiento prescrito por facultativo. Tabaquismo positivo ocasional. Proviene de nivel socioeconómico bajo, con malos hábitos higiénicos y dietéticos, alimentación regular en aporte calórico y proteico, su familia la integran su esposo, tres hijos y sus respectivas esposas e hijos; en vivienda propia que no cuenta con todos los servicios básicos de urbanización.

Inició su padecimiento actual el día dos de febrero del año en curso al sufrir quemadura en rostro por exposición a fuego directo cuando presento un evento de crisis convulsivas tónico clónico generalizadas durante la manipulación de carbón candente al tratar de hervir el agua para su aseo personal, al parecer sin que hubiera alguien más en su domicilio para auxiliarla. Más tarde fue ayudada por sus familiares quienes la trasladaron al Hospital para su manejo inmediato

Actualmente presenta signos vitales estables con una temperatura de 36.5°C F.C. de 90 por minuto, su frecuencia respiratoria de 21, la presión arterial de 110/70.

La somatometría que presenta la persona es de 52 kg de peso y 1.58 de talla.

El aspecto general que se observa es con quemaduras de lado izquierdo del rostro, incluyendo pabellones auriculares, tercio medio de frente, y tercio inferior de cuello, con afección de tegumentos en cara haciendo un total del 10% de Superficie Corporal Total quemada. Su posición es en semifowler, refiere una higiene incompleta, ya que solo es baño de esponja en el cuerpo que le dan, su cabello, sus dientes, sus uñas están sucias. El color de la piel que presenta es con palidez, seca y con edema de tejido celular subcutáneo condicionando una textura turgente.

Se observa a la persona introvertida y poco comunicativa, es dependiente de su familia para poder entablar una comunicación.

En cuanto a la nutrición es enteral, con dieta blanda asistida por familiares con una conducta hipoactiva debido a su diagnóstico. Y el estado de conciencia somnolienta, sin embargo reactiva a estímulos externos, al interrogatorio se muestra indiferente y preocupada a la vez en cuanto a su salud al igual que sus familiares.

A la observación se encuentra íntegra, desorientada en tiempo y lugar, poco cooperadora al tratamiento, con palidez de piel y tegumentos, mucosas orales deshidratadas, sus hábitos personales son regulares, vive de acuerdo a sus posibilidades económicas, sus relaciones familiares son deficientes, poco sociable.

#### Exploración Física.

Cabeza normocéfalo sin exostosis ni hundimientos, sin movimientos involuntarios, cabello reseco y corto por tricotomía, con hendidura palpebrales cerradas, con ojos simétricos y con quemaduras de pestañas su visión está disminuida debido a la edad; orejas simétricas, con quemaduras en ambos pabellones, con secreciones serosas a través de piel dañada y dolorosas. Conducto auditivo íntegro con membrana timpánica sin inflamación ni secreciones, necesita que le hablen fuerte para escuchar bien.

Nariz con mucosas pálidas, con vibrisas quemadas. Cavidad oral íntegra, con edema faríngeo y en carrillos; dentadura incompleta con presencia de sarro, caries y halitosis. Úvula central, amígdalas sin alteración. Lengua inflamada y deshidratada.

El cuello lo tiene corto con tráquea central y móvil; con lesiones dérmicas de segundo grado superficiales y con exudados serosos por exfoliación dérmica.

Tórax cilíndrico, en tonel con movimiento torácico abdominales sincrónicos con la respiración, clavículas simétricas. De complexión ectomórfica. Sin dolor a la palpación, costillas íntegras, columna íntegra indolora sin desviaciones. A la auscultación; campos pulmonares ventilados, con frecuencia respiratoria de 16 por minuto y frecuencia cardíaca de 90 por minuto, sin ruidos agregados. Con desarrollo mamario normal para su edad sin masas palpables.

Se encuentra con ruidos cardíacos rítmicos con frecuencia cardíaca de 85 por minuto sin fenómenos agregados, a la palpación y percusión sin alteraciones.

Abdomen globoso a expensas de distensión intestinal depresible y doloroso con peristalsis baja y a la percusión con sonido timpánico. Sin masas palpables.

Extremidades superiores simétricas, íntegras, con arco de movilidad sin limitaciones, con quemaduras superficiales en el dedo pulgar e índice.

Extremidades inferiores simétricas, con arco de movilidad menor en muslo derecho por autoinjerto, el cual se encuentra con exudado seroso, en proceso de cicatrización.

Con respecto al sistema músculo esquelético no presenta deformidades, tampoco anomalías por reportar en cuanto a la observación, la persona se le observa somnolienta, adinámica, poco colaboradora a la entrevista, sus facies de preocupación e incomodidad, manifiesta dolor generalizado por estar en reposo absoluto, en especial en el área quemada y zona de injerto en miembro inferior derecho.

A la exploración de los genitales data la presencia de vello púbico, íntegros, para medir la diuresis su utiliza sonda Foley de 22 Fr. a derivación. Con orina menor a 50 ml por hora, de aspecto turbio. En cuanto a las evacuaciones fecales son escasas.

## 2.2 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN POR NECESIDADES

Ficha de identificación: 08-02-2008

Nombre: **G R C** Edad: 75 años Sexo: Fem.

Escolaridad: Primaria incompleta Ocupación: Ama de casa

Estado Civil: Casada

Lugar de residencia: Teoloyucan, Estado de México.

### 1.- Necesidad de Oxigenación:

¿Padece de algún problema relacionado con su respiración? No

¿Cuál es su opinión en relación con el acto de fumar? Le dijeron que cuando sintiera que inicia una convulsión fumará y así lo hace.

¿Usted fuma? Si ¿Desde hace cuanto tiempo? 1 año .

¿Qué cantidad de cigarrillos fuma al día? Uno ¿Cómo influye su estado emocional en el acto de fumar? Bien .

¿Considera usted que el lugar donde vive, estudia o trabaja puede afectar su oxigenación? No

¿Qué medicamentos toma para prevenir daños en su oxigenación? Ninguna.

### 2. Necesidad de Nutrición e Hidratación:

¿Qué alimentos consume regularmente? Frijoles, tortillas, lentejas, arroz en casa y dieta blanda en el hospital, ingesta libre de líquidos con ayuda de un popote ¿Cuántas veces se alimenta al día? 2 veces ¿Qué alimentos

prefiere? Frijoles, Pan, té ¿Qué alimentos le desagradan? El caldo de pollo, refresco ¿Tiene problemas para masticar o deglutir? Actualmente si ¿Cuáles? Dolor en la garganta al deglutir.

¿Ha presentado trastornos digestivos posteriores a la ingestión de alimentos? Sí ¿Cuáles? Estreñimiento

¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? Si ¿Cuáles? Naturista

¿Cómo influye su estado de ánimo en la ingestión de líquidos?

No siente ningún cambio y no acostumbra el consumo de líquidos

¿Influye sus creencias religiosas en la forma como se alimenta? No

¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? No

¿Qué porcentaje económico destina para su alimentación? \$ 500 a la semana

¿Utiliza sustancias para reducir el apetito? No

### **3.- Necesidad de Eliminación:**

¿Cuántas veces evacua al día? 1 ¿Qué características tiene sus heces? Duras negras actualmente no ha hecho del baño y la diuresis es menos a 50ml por hora. ¿Cuántas veces micciona al día y qué características tiene su orina? Turbio con sonda Foley a derivación. ¿Qué características tiene su menstruación? No menstrua

¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o la micción? No

¿Padece de algún problema relacionado con la evacuación, micción o menstruación? Si ¿Cuál? Estreñimiento

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia, o trabaja en la satisfacción de su eliminación, intestinal y urinaria? En casa evacua por lo menos una vez al día en el hospital no.

¿Cómo influye su estado emocional en su eliminación intestinal, urinaria o menstrual? Cada vez que se estresa dificulta sus hábitos de evacuación

### **4.- Necesidades de Movilidad y posturas:**

¿Cómo es su actividad física cotidiana? Es muy activa en casa, en hospital le da miedo caminar por dolor en el MID por TAI.

¿Realiza ejercicio? No como tal ¿Qué tipo de ejercicio? Camina siempre

¿Cómo es su tolerancia física cuando realiza ejercicio? Poca.

¿Cómo influye el ejercicio en su estado emocional? Es indiferente.

¿Padece de algún problema relacionado con la movilidad y postura? Si

¿Cuál? Encorvamiento del torso por mala postura y ahora la herida en la pierna derecha por TAI.

¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura? No

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su movilidad y postura? De forma positiva en casa, pero en el hospital se siente incómoda por estar postrada en cama.

¿Cómo influye su estado de ánimo para la realización de ejercicio? No realiza ejercicios aeróbicos.

### **5.- Necesidades de Descanso y Sueño:**

¿Cuánto tiempo destina para descansar y dormir? 12 hrs.

¿Se duerme fácilmente? No ¿Cree tener alteraciones del sueño? No

¿Ronca ruidosamente? Si ¿Usted cree que el roncar es un problema de salud? No ¿Qué ha hecho para solucionarlo? Nada

¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? Se siente activa si duerme bien y si no se siente cansada, malhumorada y estresada.

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja para su descanso y sueño? En casa los borrachos de vez en cuando no dejan dormir; en el hospital la preocupación y ruidos externos.

¿De qué manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño? Si estuvo muy activa descansa bien.

### **6.- Necesidad de usar Prendas de Vestir adecuadas:**

¿Necesita de ayuda para vestirse y desvestirse? No ¿En qué medida? Poco en hospital por el uso de la bata.

¿Elige su vestuario en forma independiente? Si, en casa

¿Cómo influye su estado de ánimo en la selección de sus prendas de vestir? Se siente bien y le gusta su ropa.

¿Cómo influye el clima en la selección de sus prendas de vestir?

Si hace frío con ropa de frío y con calor con ropa ligera.

¿Cómo influye la moda en la selección de sus prendas de vestir?

Usa ropa sencilla.

¿Qué opinión tiene sobre el pudor y la vergüenza hacia la forma de vestir?

Siente vergüenza que la vean con prendas modernas.

### **7.- Necesidad de Termorregulación:**

¿Cómo influyen las emociones en su temperatura corporal? Si hace coraje Siente que se le sube la temperatura.

¿Regularmente qué temperatura tiene el lugar donde usted vive, estudia o trabaja? Zona fría

¿Cómo se adapta a los cambios de temperatura diurna y nocturna?



Con cobijas y ropa térmica por las noches y ropa ligera por el día.

¿Qué medidas emplea para mantener su temperatura corporal? Ropa caliente come bien. Un café temprano y baño caliente.

¿Padece de algún problema relacionado con su temperatura corporal? No

#### **8.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel:**

¿Con qué frecuencia se realiza baño y aseo de cavidades? Cada tercer día.

¿A qué hora del día prefiere bañarse? En la mañana.

¿Cuántas veces se lava los dientes al día? 2 veces ¿Cómo se lava los dientes? Con cepillo y pasta.

¿En qué casos se lava las manos? Cuando come, cuando va al baño, y cuando hace la comida.

¿Con qué frecuencia se realiza corte de uñas? 15 días ¿Cómo lo hace? Con un cortaúñas.

¿Qué aspectos de la higiene considera más importantes? Lavar la ropa y bañarse bien.

¿Qué significa para usted la higiene? Le gusta lavar bien sus utensilios, ropa, para que esté limpio.

#### **9.-Necesidad de Evitar Peligros:**

¿Cuenta con su esquema de vacunación completo? No ¿Qué vacunas no le han aplicado? No le han aplicado ninguna de la tercera edad.

¿Qué tipo de autoexploración física realiza para evitar daños en su salud? No se auto explora, no visita al médico.

¿Con qué frecuencia se realiza autoexploración física? Nunca

¿Tiene vida sexual activa? No ¿Toma bebidas alcohólicas? No

¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? Le molesta y la gente que toma se hace mal.

¿Consume usted drogas? No

¿Qué opinión tiene usted sobre el consumo de drogas? Se van a morir pronto los que se drogan

¿Ha tomado fármacos o remedios sin prescripción médica? Si ¿Qué fármacos o remedios ha tomado sin prescripción médica? Medicamentos para la gripe, la diarrea, los cura la guayaba y el limón.  
¿Durante este año, ha presentado algún problema de salud relacionado con ojos, nariz, garganta, sensibilidad o movimiento? Si ¿Cuál? Gripe.  
¿En el lugar donde usted vive, estudia o trabaja; existen peligros que le pudieran provocar daños en su salud? Si ¿Cómo cuales? Contaminación del suelo y agua.  
¿Cómo reaccionaría usted ante una situación de urgencia? Esperar ayuda de mi esposo.  
¿Qué medidas preventivas conoce para evitar accidentes? Ninguno Como maneja una situación de estrés? Con enojo.

#### **10.- Necesidad de Comunicarse:**

¿Con quién vive? Con su esposo, hijos, nueras y nietos  
¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos y vecinos? Muy poco  
¿Pertenece a algún grupo social? No  
¿Durante cuánto tiempo está solo? Todos los días porque mi esposo trabaja.  
¿Tiene pareja? Si ¿Cómo considera que es la comunicación sexual con su pareja? No hay comunicación  
¿Padece de algún problema relacionado con la comunicación? Si ¿Cuál? Aspecto psicológico dice ser tímida, autoritaria con su familia y aislada  
¿Utiliza algún aditamento para comunicarse con los demás? No  
¿Considera usted que existen factores en su hogar, escuela o área de trabajo; que le limiten la comunicación con los demás? No

#### **11- Necesidad de Creencias y Valores:**

¿Tiene alguna creencia religiosa? Si ¿Cuáles? Católica  
¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad? Creyendo en Dios y asiste a misa dominical.  
¿Con que frecuencia acude a su centro religioso? Cada domingo.  
¿Tiene algún problema que le impida o limite, asistir a su centro religioso? No  
¿Sus creencias religiosas pudieran interferir en su salud? No  
¿Qué significa para usted un valor? Creer en Dios y sentirse bien.  
¿Considera que es congruente su forma de pensar con su manera de vivir? Si ¿Por qué? Actúo bien y de todo corazón.  
¿Qué significa para usted la vida y la muerte? La vida es corta y la muerte es larga ya la desea pronto.

### **12.- Necesidad de Trabajo y Realización:**

¿Cuál es el rol familiar? Madre y esposa ¿Está satisfecho con el rol que desempeña? Si ¿Por qué? Porque se siente útil, querida y respetada

¿Qué significado tiene para usted participar en el ingreso económico familiar? No aporta dinero, pero sí contribuye en la administración del hogar.

¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? No

¿Cómo percibe sus expectativas en relación con su situación social? No le gusta su situación.

¿Cómo participa en las actividades propias del hogar? Haciendo la comida, lavando la ropa, los trastes y hacer limpieza de la casa.

¿Realiza alguna actividad altruista? No

¿Está satisfecho con su manera de pensar y actuar? Si

### **13.- Necesidad de Jugar y participar en Actividades Recreativas:**

¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? No ¿Por qué? No le gusta y además la edad no se lo permite.

¿En qué forma influye su estado de ánimo para jugar y realizar actividades recreativas? No sale a jugar.

¿Qué juegos y actividades recreativas realiza? Ninguna.

¿Se integra con su familia y otras personas en la realización de actividades recreativas? No ¿Por qué? No le gusta.

¿Cómo se siente después de jugar y realizar actividades recreativas? No Participa.

### **14.- Necesidad de Aprendizaje:**

¿Padece de algún problema que interfiere con su aprendizaje? Si ¿De qué tipo? Analfabetismo.

¿Qué significado tiene para usted la escuela? Sin importancia.

¿A qué tipo de escuela asiste? A ninguna.

¿Cómo ha sido su rendimiento escolar? Nulo

¿A qué cree usted que se deba ese rendimiento? Porque no asistió.

¿Cómo influye la relación que usted tiene con sus padres, hermanos, docentes y compañeros de su aprendizaje? No lo recuerda.

¿Con qué fuentes de apoyo para el aprendizaje cuenta su comunidad? Escuela básica. ¿Sabe cómo utilizar esas fuentes de apoyo? No.

## 2.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con quemaduras de segundo grado, manifestado por laceración de tejido subcutáneo.<sup>13</sup>

Déficit hidroelectrolítico y nutritivo relacionado con edema orofaríngeo; manifestado por dificultad al ingerir líquidos y alimentos.

Alteración de la evacuación intestinal, relacionado con hábitos intestinales irregulares, manifestado por peristaltismo lento y constipación de colón.

Deterioro de la movilidad física, relacionado con autoinjerto en miembro inferior derecho; manifestado por limitación en la deambulaci3n.

Alteraci3n de la protecci3n de la salud, relacionado con un evento de crisis convulsivas, manifestado por traumatismos y quemaduras de segundo grado.

Limpieza ineficaz de las vías respiratorias, relacionado con vibrisas quemadas, manifestado por dificultad para respirar.

Alteraci3n en el reposo y sueño, relacionado con miedo y ansiedad de estar en el hospital, manifestado por insomnio y dolor.

Afrontamiento ineficaz individual, relacionado con baja autoestima, manifestado por depresi3n e introversi3n para evitar rechazo de los dem3s.

Déficit en actividades recreativas y ocupacionales, relacionado con aislamiento social, manifestado por disgusto y apatía.

Déficit en actividades recreativas y ocupacionales, relacionado con aislamiento social, manifestado por disgusto y apatía.

---

<sup>13</sup> MARJORY, Gordon, RN, FAAN. MANUAL DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. Editorial Mosby, España, 2003, 630 Págs.

Déficit de conocimientos sobre su estado de salud-enfermedad, relacionado con analfabetismo, manifestado por falta de interés, atención y motivación por aprender.

Alteraciones en el desempeño del rol, relacionado con deprivación social, manifestado por carencias socio-económicas.

Alteración en los procesos espirituales, relacionado con desesperanza, manifestado por depresión.

La persona tiene capacidad para mantener la temperatura corporal en condiciones normales.

Capacidad para tomar decisiones y elegir vestido de acuerdo a la temporada.

## 2.4 PLANEACION EJECUCION Y EVALUACION

### 1.- NECESIDAD DE CONSERVAR LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

#### DIGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con quemaduras de segundo grado, manifestado por laceración de tejido subcutáneo.<sup>14</sup>

#### SIGNOS Y SINTOMAS.

Aumento de la sensibilidad o dolor, laceraciones y abrasiones dérmicas, edema, mucosas deshidratadas, callosidades y descamación.

#### OBJETIVOS.

La señora G.R.C participará en las actividades y técnicas que la enfermera le explicara de forma sencilla para proteger las heridas de invasión bacteriana y la familia ayudará a evitar la contaminación cruzada.

#### INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Fomentar en la persona y familia los hábitos higiénicos para protegerse de enfermedades y manejo de heridas por quemaduras.

Proporcionar limpieza y comodidad, para evitar cicatrizaciones anómalas.

Evitar contaminaciones o sobre infecciones a la piel dañada. Aplicar Rifocina en spray y microcyn local. Asistir a la persona en su baño diario.

#### FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

Las heridas son vía de entrada a gérmenes causantes de infección, por lo que deben ser tratadas por técnicas estériles. Puede utilizarse agua de la llave para limpiar las quemaduras a 37.8 °C, el baño no debe durar más de 20 min, para prevenir escalofríos y una mayor tensión metabólica. El fármaco debe ser eficaz contra bacterias. Las técnicas asépticas minimizan el riesgo de contaminación cruzada y propagación de la contaminación bacteriana.

---

<sup>14</sup> MARJORY, Gordon, RN, FAAN. MANUAL DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. Editorial Mosby, España, 2003, 630 Págs.

## EVALUACIÓN

El proceso de cicatrización en cara ha evolucionado de manera satisfactoria sin evidencia de infección o cicatrices retráctiles que le condicionen deformidad. Heridas abiertas de color rosado, en proceso de reepitalización y sin infección, sitios donadores limpios y proceso de reepitalización. Ausencia de molestias en la piel como comezón o tirantez.



## **2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.**

### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA**

Déficit hidroelectrolítico y nutritivo relacionado con edema orofaríngeo; manifestado por dificultad al ingerir líquidos y alimentos.

### **SIGNOS Y SINTOMAS.**

Deshidratación, pérdida de peso, debilidad y agotamiento. Desorientación y somnolencia.

### **OBJETIVOS**

La señora G.R.C conservará la salud mediante la ingestión diaria de alimentos, así como el aporte de líquidos adecuados.

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Ofrecer los alimentos en el orden en que lo prefiera la persona, con un popote ofrecer líquidos a temperatura ambiente, aconsejarla que se debe alimentarse bien para recuperar su peso y poderse ir a casa. Los cambios de la hidratación se vigilan mediante registro del consumo y gasto. Proporcionar complemento vitamínico según prescripción.

### **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.**

Se necesita una cantidad adecuada de líquidos para conservar el equilibrio de líquidos y electrolíticos, así como la perfusión adecuada de órganos vitales. La persona necesita suficientes nutrimentos para que cicatricen las heridas y por el incremento de las necesidades metabólicas; las vitaminas y minerales son necesarios para la cicatrización de las heridas y la función celular.

### **EVALUACIÓN**

Poco a poco comienza a tolerar líquidos y alimentos con la ayuda de un popote. Ritmo inferior a 120 latidos por minuto. Orina color amarillo claro con gravedad específica dentro de los límites normales.

### **3.- NECESIDAD DE ELIMINAR DESECHOS CORPORALES.**

#### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.**

Alteración de la evacuación intestinal, relacionado con hábitos intestinales irregulares, manifestado por peristaltismo lento y constipación de colón.

#### **SIGNOS Y SINTOMAS.**

Hábitos intestinales irregulares, peristaltismo lento, dieta pobre en fibra, aporte insuficiente de líquidos, actividad física insuficiente por reposo en cama, estrés emocional.

#### **OBJETIVOS**

La señora G.R.C aprenderá hábitos de evacuación y comprenderá la importancia de la ingesta suficiente de líquidos y alimentos; así como la iniciativa de ejercitarse.

#### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Control estricto de evacuación y diuresis en cada turno, cuidados a la sonda vesical, registro de la ingesta de líquidos y alimentos, acompañar a la persona a que deambule por menos 20 minutos por turno; dar masajes suaves en abdomen para estimular el peristaltismo y administración de senósidos según lo prescrito.

#### **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.**

Los líquidos ayudan a eliminar desechos y reducen el potencial de insuficiencia renal. Iniciar lentamente la alimentación a tolerancia con alto contenido de proteínas y calorías, así como fibra para favorecer la evacuación. Los senósidos son un laxante natural de origen vegetal para el tratamiento de la constipación leve provocada por malos hábitos alimentarios, falta de ejercicio e inadecuada ingesta de fibra natural.

## EVALUACIÓN

La señora G.R.C tratada por quemaduras concientizó la importancia sobre los hábitos de evacuación y se logro que tuviera iniciativa de ir al baño por lo menos una vez al día, activándose físicamente e ingiriendo la cantidad suficiente de líquidos y alimentos.

### **4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.**

#### DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Deterioro de la movilidad física, relacionado con autoinjerto en miembro inferior derecho; manifestado por limitación en la deambulaci3n.

#### SIGNOS Y SINTOMAS.

Nula actividad física, fatiga psicol3gica y física adoptando una postura de flexi3n, defecto postural en la alineaci3n del cuerpo, dolor en el MID por TAI. Dolor generalizado de articulaciones por la postraci3n.

#### OBJETIVOS.

La señora G.R.C conservará la postura y la capacidad de movimiento con ejercicios activos y pasivo, así como la funci3n circulatoria en óptimas condiciones mediante ejercicios y medidas higiénicas.

#### INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Mantener posici3n semi-fowler para que se dé una buena circulaci3n en el cuerpo alineado, dar movimientos activos y pasivos a las articulaciones del cuerpo, movilizar a la persona y ayudarla deambule por la menos 20' cada 3hr como medida de seguridad para que recupere tono muscular y evitar la aparici3n de escaras por postraci3n.

#### FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La posici3n adecuada reduce el riesgo de contracturas en flexi3n. Los ejercicios activos y pasivos minimizan la atrofia de los músculos. La movilidad temprana fomenta un mayor uso de los músculos. Cuidar de sí mismo favorece tanto la independencia como la actividad

## EVALUACIÓN

La señora G.R.C no mantiene la posición indicada y prefiere estar en flexión. Colabora en movimientos activos y pasivos en cama, pero se niega a deambular por dolor referido en el MID.

## 5.- NECESIDAD DE SEGURIDAD PARA MANTENER LA SALUD Y LA VIDA

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de la protección de la salud, relacionado con un evento de crisis convulsivas, manifestado por traumatismos y quemaduras de segundo grado.

### SIGNOS Y SINTOMAS.

Traumatismos recurrentes, quemaduras de segundo grados en el 10% SCT, , propenso a accidentes por desconocimiento y por la edad, dolor generalizado por caída.

### OBJETIVOS

La señora G.R.C aprenderá medidas para evitar riesgo de enfermar o morir. Adquirirá la capacidad para practicar medidas de seguridad y evitar accidentes en su entorno.

### INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Vigilancia estrecha de la persona cuando deambula, cubrir heridas con un manto estéril para evitar infección, mantener en alto los barandales de la cama para evitar caídas, ministración de medicamentos para el dolor, información para la prevención de accidentes.

### FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El régimen de atención de las heridas reduce la colonización bacteriana y favorece la cicatrización. El uso de los barandales evita situaciones de riesgo como las caídas.<sup>15</sup> La edad de una persona afecta la capacidad para interpretar estímulos sensoriales del medio ambiente, los niños y los ancianos son mas vulnerables para sufrir accidentes, en el hospital y el hogar.

---

<sup>15</sup> ROSALES Susana FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA, Editorial Manual Moderno, 9ªEdición, México D.F. 1991, 290p.

## EVALUACIÓN

La señora G.R.C mantuvo una actitud cooperadora con las indicaciones, aunque aún se siente incómoda con los barandales de la cama. Reconoció la importancia de prevenir accidentes y menciona que acciones tomar si se encuentra en riesgo, ejemplo, pedir ayuda para calentar su agua.

## **6.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.**

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Limpieza ineficaz de las vías respiratorias, relacionado con vibrisas quemadas, manifestado por dificultad para respirar.

### SIGNOS Y SINTOMAS.

Dificultad para respirar, tiros intercostales marcados, dolor facial y nasofaringe por vibrisas quemadas, obstrucción de vías respiratorias por descamación y edema, inflamación e hipo ventilación.

### OBJETIVOS

La señora G.R.C protegerá la función respiratoria colaborando en el cuidado e higiene de este, mediante ejercicios respiratorios.

Ayudará a recuperar las características saludables de los órganos que ayudan a la función respiratoria siguiendo las indicaciones para evitar sobreinfecciones.

### INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Mantener vía aérea permeable, colocar a la persona en posición que favorezca la respiración (semi-fowler), dar cambios frecuentes de posición para la expansión de los pulmones, estimular el ejercicio activo y pasivo, alentarle para que toser y eliminar secreciones.

## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

Estas medidas optimizan la difusión de oxígeno a través de la membrana capilar alveolar. Los problemas respiratorios reflejan mayor dificultad con la ventilación y suelen indicar inicio de síndrome de insuficiencia respiratoria aguda.

## EVALUACIÓN

La señora G.R.C colabora por momentos en los ejercicios respiratorios mediante un globo. La higiene y los medicamentos ayudaron a la evolución positiva de las quemaduras. La persona y familiares siguieron las indicaciones de no tocar las heridas, la mantuvieron seca y se evitó infecciones.

## **7.- NECESIDAD DE DORMIR ADECUADAMENTE.**

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración en el reposo y sueño, relacionado con miedo y ansiedad de estar en el hospital, manifestado por insomnio y dolor.

### SIGNOS Y SINTOMAS.

Somnolencia, adinamia y apatía, agotamiento y desorientación. Dolor y ansiedad.

### OBJETIVOS

La señora G.R.C ayudará a recuperar las condiciones necesarias para tener un sueño y descanso adecuado mediante la relajación.

La persona obtendrá la habilidad para hacer frente a las situaciones estresantes de la vida diaria en forma eficaz y relajada.

## INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Mantener a la persona activa y reactiva durante el día.

Educar a la persona y familiares a enfrentar situaciones de estrés que se vive en el hospital, fomentar la comunicación interpersonal, enseñar a la persona técnicas de relajación, imaginación guiada. Motivar el inicio de la deambulación.

## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Las características principales de las quemaduras son su intensidad y duración. La atención necesaria sobre el dolor y la ansiedad, con fármacos que minimicen el dolor. La respuesta de la persona y sus familiares ayuda a definir las mejores técnicas para controlar el dolor y el estrés en caso particular. Una actitud de empatía ayuda a exteriorizar las preocupaciones, relajarse y conciliar el sueño.

## EVALUACIÓN

La señora G.R.C no coopero con las indicaciones dadas, ya que prefiere dormir en el día, se niega a deambular por referir dolor, la familia no la motiva a seguir las indicaciones. El objetivo de la relajación no se logro al 100%.

## **8.- NECESIDAD DE COMUNICARSE.**

### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.**

Afrontamiento ineficaz individual, relacionado con baja autoestima, manifestado por depresión e introversión para evitar rechazo de los demás.

### **SIGNOS Y SINTOMAS.**

Percepción de impotencia, ansiedad y miedo, aislamiento físico y social.  
Historia de estrés de larga duración, apatía y depresión, dependencia de otros.

### **OBJETIVOS.**

La señora G.R.C evitará las barreras de la comunicación, mediante una actitud de confianza para comunicar sus temores, necesidades y opiniones. Aprenderá a reconocer y concientizar sus cambios, crear su escala de valores y desarrollar sus capacidades para obtener su autoestima sana.

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Fomentar la autopercepción, respeto y autoestima en su persona.  
Mantener comunicación efectiva con la persona y familia.  
Fomentar la participación recreativa con la familia y compañeros.  
Indicar más atención a las necesidades de la persona por parte de los familiares.

### **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

La aceptación fomenta la autoestima y el avance hacia la independencia. La comunicación multidisciplinario proporciona un enfoque coherente y se aprovecha la experiencia de todos. Las explicaciones ayudan a reducir la ansiedad relacionada con lo desconocido y favorecen la intervención apropiada de la familia.

### **EVALUACIÓN**

La señora G.R.C muestra interés con respecto a la comunicación abierta que se le brinda, no participa en las decisiones de su cuidado por desconocimiento, pero sí coopera, la dependencia sigue vigente.



## **9.- NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.**

### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA**

Déficit en actividades recreativas y ocupacionales, relacionado con aislamiento social, manifestado por disgusto y apatía.

### **SIGNOS Y SINTOMAS.**

Edad avanzada, pérdida de tono muscular, apatía en su estado de ánimo, aislamiento social, miedo al rechazo y disgusto por los juegos.

### **OBJETIVOS**

La señora G.R.C conocerá una gran variedad de actividades para que pueda escoger de acuerdo, con sus gustos, capacidades y recursos.

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Invitar a la persona y familiares a que participen en juegos de mesa.  
Promover manualidades como tejido, dibujo, recortes, elaboración de muñecos de trapo.  
Llevar música instrumental a la sala de quemados. Fomentar charlas de grupo.

### **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

Mediante el juego se da el momento para la expresión de los sentimientos, en cuanto a la alteración de las interacciones familiares. Las actividades recreativas aportan tranquilidad y relajación a la persona, contribuyendo a su pronta recuperación.

### **EVALUACIÓN**

La familia se muestra interesada en las actividades y participan en las conversaciones. La persona recorta dibujos y solo escucha con atención.  
La música instrumental relaja a todos y se da un ambiente tranquilo en la sala.

## **10.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.**

### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA**

Déficit de conocimientos sobre su estado de salud-enfermedad, relacionado con analfabetismo, manifestado por falta de interés, atención y motivación por aprender.

### **SIGNOS Y SINTOMAS.**

Desinterés, dificultad para concentrar. Perdida de la memoria por edad avanzada. No sabe leer, ni escribir.

### **OBJETIVOS**

La señora G.R.C dará el valor primordial a la salud mediante la difusión de conocimientos básicos en forma oral y pondrá en práctica las medidas para la protección y promoción de su salud.

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Guiar a la persona y familia sobre actitudes y conductas que permitan prevenir enfermedades y accidentes.

Motivar a la persona para que preste atención, conozca y participe sobre la información específica de su estado de salud actual.

Capacitar a la persona y sus familiares para que hagan uso adecuado de los servicios de atención integral a la salud que ofrecen las instituciones del sector salud.

### **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

Cuando se conocen las medidas para promover la salud y proteger al organismo de enfermedades y se ponen en práctica durante toda la vida, los resultados son una existencia gozosa y productiva. En cambio el desconocimiento sobre el cuidado de la salud, solo conduce al descuido y a la enfermedad.

## EVALUACIÓN

La señora G.R.C responde al llenado de la hoja de enfermería e intenta recordar sobre los cuidados y procedimientos. Participa en la toma de decisiones sobre los cuidados que se le realizan y muestra mayor interés en la evolución de su padecimiento.

### **11.- NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN.**

#### DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Alteraciones en el desempeño del rol, relacionado con deprivación social, manifestado por carencias socio-económicas.

#### SIGNOS Y SINTOMAS

Dependencia, baja autoestima situacional, disgusto, apatía, inconformidad.

#### OBJETIVOS.

La señora G.R.C iniciará el proceso necesario para un cambio de trabajo o de actividad, cuando esto sea necesario para mejorar la salud o como consecuencia de sufrir accidentes o una enfermedad.

#### INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Realizar una historia laboral de la persona, fomentar la toma de decisiones y resolución de problemas, así como un autoconcepto positivo de sí, enseñar las diferentes estrategias para la administración del hogar sin que ponga en riesgo su salud.

#### FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Trabajar es una necesidad básica del hombre, es una forma de auto-expresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad creadora. Esta necesidad pide, como requerimiento fundamental para su satisfacción, el hecho de que la tarea que se realiza esté de acuerdo con: la vocación, capacidad, aptitudes, intereses y carácter de la persona que lo realiza, de lo contrario se convierte en algo desagradable que la persona trata de evitar.

## EVALUACIÓN

Aceptación y participación en la toma de decisiones concernientes a las actividades del hogar. Expresión de las estrategias seguidas para la protección de su integridad con respecto a su desempeño de rol. Cambio de actitud hacia la realización de sus actividades y consciente de sus capacidades y posibilidades para esta. La persona está de acuerdo con descansar y cuidarse un poco más, ya que por la edad se siente agotada.

## **12.- NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES.**

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración en los procesos espirituales, relacionado con desesperanza, manifestado por depresión.

### SIGNOS Y SINTOMAS.

Depresión. Agotamiento físico y espiritual. Dependencia física y social. Apatía por la vida.

### OBJETIVOS

La señora G.R.C atenderá la necesidad espiritual de reencontrarse con la escala de valores que le motiven por la esperanza de vida, erradicando la depresión, tomando la decisión de vivir sanamente.

### INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Mantener escucha activa con la persona. Motivarlo para que salga de su problema de salud. Respetar sus creencias y valores. Fomentar alegría por la vida.

## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Es posible animar a la persona a que utilice estrategias previas de afrontamiento en la crisis actual, si no las tiene, fomentarlo. Un ambiente estable y tranquilo minimiza los grados de ansiedad y desesperanza. Las creencias religiosas ayudan a mantener viva la esperanza por una mejor calidad de vida, conviviendo con los demás.

## EVALUACIÓN

La señora G.R.C manifiesta su inquietud y deseo por la muerte por la precepción de inutilidad y la depresión que le causa estar el hospital.

Después de ver el progreso y evolución de las quemaduras, la paciente se muestra más estable, sonríe poco, menos ansiosa y con la confianza de expresarse.

### **13.- NECESIDAD DE CONSERVAR LA TEMPERATURA CORPORAL.**

#### **DIAGNOSTICO DE BIENESTAR**

La señora G.R.C tiene capacidad para mantener la temperatura corporal en condiciones normales.

#### **SIGNOS Y SINTOMAS**

La señora G.R.C presenta una temperatura de 36.5, la cual se considera dentro de los parámetros normales.

#### **OBJETIVOS.**

La señora G.R.C protegerá la salud mediante la puesta en práctica de actividades, para mantener la temperatura dentro de las cifras normales. Prevenir complicaciones de las enfermedades detectadas por las variaciones de las cifras de temperatura, mediante la atención oportuna de las mismas.

#### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

Se mantiene en vigilancia estrecha, así como el cuidado de áreas quemadas para evitar infecciones la cual provoque un alza en la temperatura.

#### **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.**

La temperatura corporal fluctúa entre 36.1 y 37.7, según la edad. La temperatura corporal es el grado de calor que mantiene el organismo en un momento dado. La temperatura corporal, es el equilibrio entre el calor producido por el organismo, como resultado de la oxidación de los alimentos; el calor que recibe del medio ambiente y el calor que pierde en la transpiración, la respiración y la excreción; principalmente.

#### **EVALUACIÓN**

La señora G.R.C presenta una temperatura corporal entre 36.5°C y 37°C, Ausencia de escalofríos o temblores, tolerancia de líquidos y alimentos.

## **14.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR**

### **DIAGNOSTICO DE BIENESTAR.**

La señora G.R.C tiene capacidad para tomar decisiones y elegir vestido de acuerdo a la temporada.

### **SIGNOS Y SINTOMAS**

La señora G.R.C es independiente para vestirse y elegir ropa adecuada de acuerdo a la temperatura ambiente y las actividades que realiza.

### **OBJETIVOS**

Mejorar el estado de salud del organismo, mediante el uso de ropa y calzado adecuados que eviten deformidades y proporcionen comodidad.  
Prevenir enfermedades ocasionadas por el uso de artículos irritantes o agresivos al organismo.

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Motivar a la persona para que se vista por sí solo, evitando el roce en zonas afectadas. Fomentar el aseo diario de su vestimenta.

### **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

La forma de vestir y de acicalarse son parte importante de la personalidad de un individuo, es un rasgo particular que le hace ser diferente a los demás.  
La mayoría de los hospitales privados o de gobierno no se permite a los pacientes que usen su ropa personal, está debe ser sustituida por la ropa del hospital, desde el ingreso hasta que sea dado de alta.

### **EVALUACIÓN**

La señora G.R.C colabora con el equipo para su aseo personal y se pone la bata después del baño, en casa elige su vestimenta y su calzado de acuerdo a la temperatura ambiente y actividades que realiza.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PLAN DE ALTA.**

Nombre de la persona: G.C.R      Sexo: Femenino      Edad: 75 años  
Objetivo del plan: Contribuir a la mejora de la salud de la persona, de forma integral para que este recupere su vida normal y tenga un funcionamiento dentro de la sociedad.

Unidad: sala de quemados.

**1.- NECESIDAD DE PROTECCIÓN A LA PIEL.**

**Acciones que realizarán la persona y familiar.**

Mantendrá en óptimas condiciones la hidratación de la piel mediante la ingesta de líquidos y alimentos, con las cremas y medicamentos que se le indique, como rifocina spray y microcyn cada 12 hrs. Evitar exponerse al sol, evitar cambios de temperatura.

**Observaciones.**

El familiar y la persona comprendieron el manejo y cuidado de las áreas en proceso de cicatrización.

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

**Acciones que realizarán la persona y familiar.**

Darán alimentos bajo en grasas y sales, frutas y verduras cocidas en forma de papilla, fibras, leguminosas y muchos líquidos, a la persona tratada.

**Observaciones.**

Al no contar con recursos suficientes, se le indica alimentos de su región, pero balanceado con moderación y con mucha higiene.



### **3.- NECESIDAD DE ELIMINAR DESECHOS CORPORALES.**

#### **Acciones que realizarán la persona y familiar.**

Vigilar que la persona elimine diariamente heces y orina de acuerdo al consumo de alimentos y líquidos.

#### **Observaciones.**

La persona seguirá con senósidos y otros medicamentos que le ayudaran a contrarrestar el estreñimiento crónico.

### **4.- NECESIDAD DE SEGURIDAD PARA MANTENER LA SALUD Y LA VIDA.**

#### **Acciones que realizarán la persona y familiar.**

Acompañamiento en todo momento y seguir instrucciones de medidas de seguridad de su entorno más próximo y medicamentos como ketorolaco, Ciprofloxacino, Omeprazol, DFH cada 8 hrs y otros de acuerdo a su padecimiento de Epilepsia.

#### **Observaciones.**

Queda prohibido a la persona acercarse al fuego, para evitar accidentes. Para ocupar su tiempo realizará actividades de rehabilitación.

### **5.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA**

#### **Acciones que realizarán la persona y familiar.**

Realizar cambios de posición y postura de acuerdo a lo indicado en hospitalización, semi acostada, con apoyo en la espalda, con sabanas limpias, lisas y almohadas. Caminar diariamente ejercitando su cuerpo.

#### **Observaciones.**

La persona empieza a deambular con ayuda y seguirá progresando en casa, hasta obtener su independencia en la marcha, evitando zonas de roce y presión, así como accidentes que pongan en peligro su piel y todo su cuerpo.

## **6.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.**

### **Acciones que realizarán la persona y familiar.**

Seguirá los ejercicios de inspiración y expiración para ventilar sus pulmones. Ejercicios con un globo para fortalecer sus pulmones, higiene de narinas para evitar obstrucción nasal, higiene bucal y gárgaras para evitar propagación de bacterias que comprometan la orofaringe.

### **Observaciones.**

La paciente se va a casa sin edema, en recuperación de todos los órganos comprometidos en la respiración que fueron afectados por las quemaduras.

## **7.- NECESIDAD DE DORMIR ADECUADAMENTE.**

### **Acciones que realizarán la persona y familiar.**

La persona debe dormir sola para evitar contacto brusco, que erosionen la cicatrización de las quemaduras y el TAI en MID. Con técnicas de relajación aprendidas y acompañamiento familiar para poder conciliar el sueño.

### **Observaciones.**

Seguir las indicaciones médicas de forma correcta. Usando las gotas en los ojos (tobramicina), crema en el rostro y medicamentos que le ayuden a disminuir molestias e hidratar la piel en recuperación.

## **8.- NECESIDAD DE COMUNICARSE.**

### **Acciones que realizarán la persona y familiar.**

Deben mantener una sana comunicación de afecto, de respeto, de información para cuidar la salud de toda la familia.

### **Observaciones.**

El mantener la unión y la comunicación, ayuda a toda la familia y en especial al enfermo porque lo mantiene con ganas de seguir adelante y evitar la depresión.

## **9.- NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.**

### **Acciones que realizarán la persona y familiar.**

Recomendación de salir de paseo, jugar con los nietos, juegos de integración, juegos de mesa, manualidades, y actividades de su comunidad que le ayuden a recrearse e integrarse socialmente.

### **Observaciones.**

La persona sonríe y con apoyo de sus familiares cree recuperarse más rápidamente, ya que el hospital la deprime.

## **10.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.**

### **Acciones que realizarán la persona y familiar.**

Acudir a su centro de salud más próximo a su comunidad para seguir recibiendo charlas educativas de salud, para su autocuidado. Llevar control estricto de la cartilla de salud según su edad.

### **Observaciones.**

La persona y familia van conscientes que debe conocer más sobre medidas de prevención de accidentes y enfermedades.

## **11.-NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN.**

### **Acciones que realizarán la persona y familiar.**

Delimitar las actividades realizadas en el hogar y usar estrategias para proteger su salud y su vida misma, así como una recompensa por parte de su familia por su trabajo.

### **Observaciones.**

La persona seguirá contribuyendo en la administración del hogar, pero dentro de sus posibilidades y buscara otras actividades que le permitan realizarse.

## **12.- NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES.**

### **Acciones que realizarán la persona y familiar.**

La familia acudirá con la persona al centro religioso, para estar juntos y tener sentido de vida y esperanza.

### **Observaciones.**

La persona comprendió que es mejor tener esperanza de vida y la muerte llegara en su momento.

## **13.- NECESIDAD DE CONSERVAR LA TEMPERATURA CORPORAL.**

### **Acciones que realizarán la persona y familiar.**

Protegerse de los cambios de temperatura ambiente, control del la temperatura corporal, cuidado estricto de las heridas para evitar infección y este eleve la temperatura.

### **Observaciones.**

Aprendieron el uso y lectura del termómetro.

## **14.- NECESIDAD DE VESTIDO**

### **Acciones que realizarán la persona y familiar.**

La persona tomará la decisión de seleccionar su vestido y calzado de acuerdo a la temporada, así como el aseo que mantendrá en estos y su aseo personal.

### **Observaciones.**

La paciente se va contenta con su vestuario a casa, debido a que la bata del hospital le incomodaba, se reconoce a sí misma mediante su arreglo en general.

## **CONCLUSIONES.**

El Proceso Atención Enfermería realizado en el área de quemados, fue muy significativo para mi formación, ya que pude comprender todas las necesidades que la persona presentaba, y puedo concluir de manera satisfactoria mi trabajo metodológico, en el logro conseguido de la mayoría de los objetivos propuestos, aclarando mi intervención fue muy poca, pero suficiente para adquirir las habilidades y capacidades para enfrentarme a un caso similar, ya que cuando se nos presentan situaciones familiares nos bloqueamos y no sabemos cómo actuar.

Quisiera haber estado desde el inicio del padecimiento de la persona, pero el tiempo tan corto en cada servicio no me lo permitió y aún así considero que fue oportuno mi intervención, ya que pude ganarme la confianza de la persona tratada y de sus familiares, ya que a veces por el trabajo, el poco tiempo y la no empatía no atendemos de manera holística a las personas que están bajo nuestro cuidado.

Gracias a esta experiencia comprendí los aspectos fisiológicos y psicológicos por las que cursaba la persona y sus familiares, también se dio una comunicación efectiva, persona-enfermera y familiares, lo cual fue benéfico para todos, en especial para la persona tratada que sentía mucha depresión y ansiedad por la muerte.

Finalmente como seres humanos necesitamos de todos y si nos aislamos no podemos conseguir ayuda, la persona aprendió a pedir ayuda no solo a sus familiares, sino al personal de salud y se enlazo la comunicación para con todos, me dejo un gran ejemplo de vida, ya que a veces por el tiempo o simplemente por la rutina, las enfermeras ya no saludan, no conocemos a las personas y mucho menos nos damos a la tarea de saber más de ellos, de su entorno, de sus necesidades físicas y espirituales.

Mediante la práctica reconozco el verdadero quehacer de la enfermería, y seguiré poniendo en práctica mi deseo por auxiliar a las personas de manera holística, reconociendo y jerarquizando sus necesidades para brindar una atención oportuna y de calidad, teniendo los conocimientos o investigando las distintas patologías y etiologías de las personas que se me presenten, así como las técnicas y procedimientos para los tratamientos que estos requieran.

Está en nuestras manos el fomentar y difundir medidas de prevención de accidentes y enfermedades para evitar índices de morbi-mortalidad en la población, en el caso de las quemaduras de los distintos grados y causas, que llevan a las personas a pérdidas significativas del cuerpo, cicatrices imborrables y hasta la muerte, sin una atención rápida y eficaz, o bien porque el organismo no responde a las necesidades que se requieren en su momento.

La función del PAE, es de valorar, planear, ejecutar y evaluar nuestro plan de intervención como enfermeras, para brindar un mejor servicio a las personas que están bajo nuestro cuidado y dar prioridades a las necesidades alteradas, logrando así una pronta recuperación apoyándonos con el equipo de salud que esté tratando a la persona.

## **SUGERENCIAS.**

La enfermera como integrante del equipo de salud y con la responsabilidad de prestar una atención integral a las personas, necesita actualizarse constantemente en el uso de las nuevas tecnologías que agilizan los trámites, los procedimientos y técnicas que permitan el avance en el logro de los objetivos de salvaguardar la salud de las personas.

El tratar un caso clínico a través del proceso atención de Enfermería, nos permite conocer de forma integral las necesidades y/o problema con los que cursa un individuo ante un padecimiento de tal naturaleza, contribuyendo con ello en su tratamiento en forma oportuna y eficaz.

A través del PAE podemos sistematizar y jerarquizar cada una de las necesidades ocasionadas por el padecimiento, con el fin de brindar una atención integral, óptima y de calidad a la persona que requiera de los servicios de Enfermería.

La máxima satisfacción y confortamiento que debe tener el personal de Enfermería, ante los diferentes desenlaces del proceso patológico, es el saber que se hizo el mayor esfuerzo humano posible para sacar adelante a la persona y su familia.

Todos los días debemos aprovechar las grandes experiencias que nos dejan las personas que por algún motivo necesitan de nuestra ayuda, y promocionar la educación para la salud, ya que la prevención es mejor que la enfermedad; realizando con las personas los objetivos que se quieran alcanzar para su propio bienestar, involucrarlos en todo momento sobre los procedimientos realizados para que sientan confianza y la enfermera pueda hacer mejor su trabajo.

La enfermería tiene la facultad de acompañar en todo momento a las personas que están bajo nuestro cuidado y tener la empatía necesaria para comprender al otro.

## **GLOSARIO.**

- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino.
- Autoinjerto: Implante de un tejido proveniente del mismo organismo.
- Concreción: Es la capacidad para delimitar los objetivos mutuos y compartidos.
- Debridamiento: El desbridamiento es una intervención que consiste en eliminar el tejido necrótico de una herida, puesto que se piensa que éste interfiere con su proceso de recuperación.
- Desección: los cambios bruscos de temperatura, como la acción frontal del viento, la calefacción, o el frío, pueden producir una excesiva sequedad de la piel.
- Distrés Respiratorio: es una insuficiencia respiratoria grave debida a edema pulmonar no hemodinámico causado por aumento de la permeabilidad de la barrera alvéolo-capilar y secundario a daño pulmonar agudo.
- Empatía: Capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor.
- Escarotomías: Incisión quirúrgica de un tejido necrótico producido por una quemadura grave. A veces es necesaria para evitar que el edema aumente tanto la presión intersticial como para afectar a la repleción capilar y producir isquemia.
- Escara: Tejido desvitalizado, presenta una coloración azulada (cianótica) o negruzca por falta de vascularización, la zona de piel ulcerada presenta un exudado seroso sanguinolento.
- Exfacelación: Se pierde la integridad cutánea, la piel se agrieta, se pone de color cianótico. La piel contigua está fría.
- Facies: Palidez algo amarillenta de la cara, a veces con episodios de enrojecimiento, que presentan ciertos pacientes afectados de insuficiencia aórtica.
- Flictenas: Lesión cutánea elemental que consiste en una ampolla o vesícula formada por la epidermis levantada llena de suero.



- Halar: Tirar hacia sí de algo.
- Hipoactiva: Se caracteriza por la disminución o ausencia de deseos de actividad.
- Idiopática: es un adjetivo de causa obscura o desconocida.
- Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global de la persona, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Mórbitos: Se trata de aquellos estados en el que se padece enfermedad o bien son causa de ella.
- Nutrición enteral: La nutrición enteral son las acciones que se realizan para mantener el estado nutricional adecuado al paciente que no puede alimentarse por la vía oral.
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.
- Peristalsis. Es la contracción rítmica de los músculos lisos del tracto digestivo para impulsar el alimento a través de él.
- Respeto: Es la capacidad para transmitir al paciente que su problema importa y preocupa, preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos, implica el aprecio de la dignidad y valor de la persona y el reconocimiento como persona.
- Tricotomía: Corte del pelo de donde se vaya hacer la cirugía, o algún procedimiento.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

ALFARO R. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA. Editorial Doyma. S.A, 2ª edición. Barcelona, 1992.300P

BRUNNER y Sudarth. ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 9ª Edición. México D.F 2000, 1709-1728 pp

CHAVER. M. A ATENCIÓN AL PACIENTE QUEMADO. Editorial Manual moderno, México, D.F, 1988. 289p

GARCÍA González María de Jesús. EL PROCESO DE ENFERMERÍA Y EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON. Editorial Progreso. México, D.F. 1997, 360p

JEAN A. PROEHL. ENFERMERÍA DE URGENCIAS: TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS. Editorial Elsevier. 3ª Edición, España 2005, 659-664p

MARJORY, Gordon, PhD, RN, FAAN. MANUAL DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. Editorial Mosby, España, 2003, 630 Págs.

MARRINER, Ann MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA. Editorial Mosby/Doyma, 3ª Edición, España 1994 320p.

MONCRIE John. A. TRATADO DE QUEMADURAS. Editorial Interamericana, México 1972. 381p.

ROGER. MANUAL DE TRATAMIENTOS EN LAS QUEMADURAS: un planteamiento interdisciplinario. ed. Salvat, Barcelona 1986. 323p.

ROSALES Susana FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA  
Editorial Manual Moderno, 9ª Edición, México D.F. 1991, 290p.  
<http://www.iqb.es/diccio/f/fl.htm>.2010

<http://hgculiacan.com/biblioteca%20medica/quemaduras/capitulo1.htm>.2008

“<http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>.2009

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000028htm>.2009