



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UN ADULTO JOVEN CON QUEMADURAS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MAGALLI DEL VALLE CERVANTES



DIRECTORA DE P.A.E.

MCE. MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES LAGUNAS

MÉXICO, D.F.

OCTUBRE 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Presentación del Proceso Atención de Enfermería.....	iii
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	
1.1 Situación problema.....	1
1.2 Contexto del proceso.....	1
1.3 Objetivos.....	2
General.....	2
Específicos.....	2
1.4 Justificación.....	3
CAPITULO II. MÁRCO TEÓRICO	
2.1 Lesiones térmicas. Quemaduras.....	4
Extensión.....	4
Profundidad.....	5
Etiología.....	6
2.2 Alteraciones funcionales producidas por las quemaduras.....	6
2.3 Tratamiento médico de las quemaduras.....	9
2.4 El cuidado. Según el enfoque de Leonardo Boff.....	9
2.5 Nutrición del paciente quemado.....	11
CAPÍTULO III. MÁRCO METODOLÓGICO DEL P.A.E.	
3.1 El Proceso Atención de Enfermería.....	12
3.2 Modelo teórico de Virginia Henderson.....	16
CAPÍTULO IV. P.A.E. APLICADO A UN ADULTO JOVEN CON QUEMADURAS, BASADO EN EL MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON	
4.1 Etapa de Valoración.....	19
Presentación del caso.....	19
Valoración cefalocaudal de enfermería	20
Resumen del instrumento de valoración de las necesidades básicas en el adolescente y el adulto, basado en el modelo de Virginia Henderson.....	22
4.2 Etapa de Diagnóstico.....	28
Diagnósticos de enfermería priorizados resultantes de la etapa de valoración.....	28
4.3 Etapas de Planeación, Ejecución y Evaluación de resultados.....	29
4.4 Plan de alta de enfermería.....	42
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	
5.1 Conclusiones.....	44
5.2 Sugerencias.....	45
ANEXOS	
Instrumento de Valoración de las Necesidades Básicas en el Adolescente y el Adulto.....	46
Indicaciones médicas.....	53
Imágenes.....	57
Glosario.....	59
REFERENCIAS.....	62

Dedicada a:

Mis padres, que con paciencia, amor y esfuerzo me convirtieron en lo que soy hoy, enseñándome y guiando cada uno de mis pasos cuidando de mi y estando siempre en mi vida

Mi papá, Sergio

Que con su gran nobleza, bondad y entusiasmo me enseñó el valor del estudio y el trabajo, contagiándome el cariño y la dedicación por la responsabilidad.

Gracias, por las horas de trabajo y de esfuerzo dedicadas a mi bienestar, hoy te entrego este fruto, que representa la culminación de una etapa más, esperando te llene de orgullo y felicidad. Te amo.

A mi mamá, Lulú

Admirable ser humano, mujer y madre, que ante las dificultades no te rindes, que siempre has tenido un consejo, un abrazo, una caricia y una sonrisa para mí.

Por todo lo que hemos compartido y vivido juntas, hoy agradezco tenerte conmigo y brindarme todas las enseñanzas, valores y buenos sentimientos para saber que todo en la vida es posible a base de esfuerzo y dedicación. Hoy, con un paso más te digo, no lo hubiera logrado sin ti. Te amo.

Agradecimientos:

A mi esposo Rubén Roldán, por brindarme tu amor incondicional durante estos años. Sin tu invaluable apoyo no hubiera sido fácil conseguir este éxito. Gracias por todos los momentos bellos que me regalas y los detalles que hacen de cada día algo especial.

A mi hermano Luis Daniel, espero este logro sirva de inspiración para ti. Gracias por tu compañía, cariño y complicidad de hermano. Te quiero mucho.

A la M.C.E. María de los Ángeles Torres Lagunas; Tutora, profesora y amiga. Gracias a su apoyo logré concluir el presente y mirar posibilidades mas allá de lo que había pensado, por ser un ejemplo a seguir, una persona profesional y exitosa.

A todos los profesores que han marcado mi vida: Irma Orozco M., Guadalupe Ramírez, Norma. Yescas J., Eduardo Román M., Gloria A. Anaya G., Mercedes Aguilar R.

A todos los amigos, con los que he compartido mucho; gracias por regalarme su amistad y ser parte de mi vida: Paola Sánchez O., Sandra Álvarez F., Guadalupe Reyes T., Carlos Vázquez R., Ernesto Velasco L., Elizabeth Román Z., Thalía Prado A., Saúl M. Ramos C., Sandy Moreno M., Laura Solís A., Yuridia Monjaraz E., Diana Ledezma G., Miriam Gómez V., Elizabeth Campos B., Anahí Gutiérrez A., Silvia Quintín G., Patricia Guzmán M., José, Guadalupe Ramírez R.

Un muy especial agradecimiento a todas aquellas personas que encontré en mi camino como estudiante de enfermería, Pacientes, familias, Enfermeras, Médicos y otros profesionales que me auxiliaron en todo momento.

Presentación del Proceso Atención de Enfermería

Durante los años de preparación como profesional, los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, aprendemos a cuidar de los seres humanos enfermos pero también, a promover la salud entre las personas sanas.

Gran parte del arte de Enfermería, va encaminado a la prevención, también se trabaja con la persona enferma y aquellos que se encuentran en fase de rehabilitación y reincorporación a su vida cotidiana.

Con el curso de cada uno de los semestres y asignaturas de la carrera, se mira al individuo como ser integral, un ser biopsicosocial. Razón por la cual, al término de los estudios, los Licenciados en Enfermería y Obstetricia poseemos la capacidad para comprender la complejidad del ser humano y podemos brindar los cuidados necesarios a cada etapa, ya sea prevención, intervención ante la enfermedad o bien, rehabilitación.

El cuidar enfermero, representa más que el simple hecho de acompañar y estar ahí cuando el paciente lo requiera. El cuidado profesional de la enfermera está basado científicamente y debe ser organizado; muchas veces se deben enfrentar dilemas al momento de realizar un plan de cuidado o intervención. Sin embargo, nunca debe perderse de vista el objetivo: la mejora de salud de nuestro paciente.

La valiosa herramienta utilizada para organizar estos cuidados y poder hacerlos con carácter científico, se denomina Proceso Atención de Enfermería, este proceso, es aplicable a cualquier individuo en cualquier situación, incluso también es aplicable a familias y comunidades.

El presente, es un Proceso Atención de Enfermería realizado a un individuo joven, que sufrió un accidente una tarde que se encontraba practicando deporte en un sitio cercano a su domicilio. El jugaba con amigos, el balón utilizado alcanzo una gran velocidad desapareciendo tras una barda, el joven paciente; al recuperar el balón tocó accidentalmente un cable de alta tensión, dando como resultado quemaduras serias en gran parte de su cuerpo.

Después de cursar por la etapa grave de su situación, fue asignado a mi cuidado; razón por la cual existe este proceso, realizado con la finalidad de proporcionar cuidado profesional con bases científicas y a la vez con sentido humano.

Realizar este Proceso, deja en mí una huella imborrable y una experiencia enormemente satisfactoria, ya que la recuperación de este joven se traduce para mí como la consolidación de una profesional de enfermería, con muchas cosas por aprender y un vasto porvenir de experiencias y desafíos.

El Proceso Atención de Enfermería, empleado correctamente me proporcionó un amplio margen de posibilidades para cuidar de mi paciente, para lograr la recuperación de una forma efectiva y en el tiempo esperado.

En ocasiones pasadas, también me ayudó a ver el porvenir de aquellos individuos que no poseen una amplia posibilidad de recuperación o supervivencia.

Finalmente, he de compartir que el lograr la recuperación del que fuera mi paciente, me llena de orgullo y me deja saber que la responsabilidad, el conocimiento, la calidez y la humanidad son características que toda enfermera debe poseer y cuidar.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Situación problema

El presente, es un Proceso Atención de Enfermería (P.A.E.) realizado a un adulto joven masculino que ingresó al Instituto Nacional de Rehabilitación y Ortopedia, a causa de presentar quemaduras en el 76.5% de su cuerpo.

Durante el 2009 en México, los traumatismos y envenenamientos ocupan la segunda causa de morbilidad hospitalaria, sólo superada por embarazo, parto o puerperio. (INEGI, 2012a).

En el año 2010 en América latina, la media de muerte general fue de 434 mil muertes, ocupando México el tercer lugar con 592,018 muertes en ese año. De ese total, 38,117 (6.43%) ocurrieron a causa de un accidente, incluso más que el número de fallecimientos registrados a causa del VIH (0.82%). (INEGI, 2012b) (INEGI, 2012c).

La incidencia de muertes por accidente en hombres entre 20 y 24 años, equivale a un 40% de las muertes totales por accidente en el territorio nacional. (INEGI, 2012d).

Por lo anterior, se espera que este Proceso de Atención de Enfermería ayude a prestar atención adecuada a personas accidentadas por lesiones térmicas.

1.2 Contexto del proceso

Este proceso, está elaborado con base en el Modelo Conceptual de Virginia Henderson (Barroso, 2001), teórica, autora e investigadora en enfermería. Se eligió este modelo, en virtud de las ventajas establecidas en él, para la valoración y planeación de los cuidados brindados pues, proporciona al profesional de enfermería, una metodología organizada en necesidades, que deben ser totalmente satisfechas para considerar un estado de bienestar, así mismo, se utilizan diagnósticos provenientes de la NANDA.

En su primera parte, el proceso consta de una justificación, explicando las razones de elaboración del P.A.E. y ofrece objetivos que se pretenden alcanzar.

Posteriormente, se encuentra el desarrollo teórico de la patología presentada y la descripción metodológica del trabajo, se desarrolla el plan de acción de enfermería, elaborándose los diagnósticos de enfermería que se consideraron adecuados para el caso clínico, realizando los objetivos a alcanzar, planificando las intervenciones de enfermería, para llegar finalmente a la elaboración de las acciones realizadas, la evaluación de las mismas y el plan de alta.

Por último se encuentran conclusiones, sugerencias y documentos anexos.

La importancia de este P.A.E., radica en ayudar al profesional de enfermería a prestar atención y cuidados de calidad al paciente quemado. (Iyer, 1989).

1.3 Objetivos

Objetivo general:

- Realizar un Proceso de Atención de Enfermería que permita elaborar un plan de cuidados específico para un adulto joven quemado con objeto de fomentar una buena calidad de vida posterior a su tratamiento hospitalario.

Objetivos específicos:

- Identificar las necesidades afectadas que tiene el adulto joven que tiene quemaduras mayores al 50% de superficie corporal
- Brindar orientación al paciente sobre su condición y guiar a sus familiares en cuanto al cuidado/apoyo que deben brindar
- Ayudar al paciente a comprender su estado de salud actual y motivarlo a cumplir con su rehabilitación.

1.4 Justificación

De acuerdo con las necesidades presentes en los usuarios de los servicios de salud, específicamente de los servicios enfermeros, surge este Proceso de Atención de Enfermería, ya que en la actualidad la sobredemanda del usuario y la sobrecarga de trabajo para el profesional de enfermería, limita el tiempo en el que la enfermera puede brindar atención al paciente, por esta razón, resulta muy importante contar con métodos que guíen y faciliten el actuar enfermero, proporcionando así calidad en los cuidados sustentados con bases científicas.

La realización de este PAE, es con la finalidad de ofrecer al profesional de enfermería una herramienta que le guíe en su actuar al estar a cargo de un paciente tan demandante como lo es un quemado.

Se proponen intervenciones que para el paciente de este caso, fueron exitosas y permitieron reintegrarlo a la sociedad con su nueva condición de salud.

Este P.A.E., aporta a otros profesionales de enfermería un plan de cuidados ejecutado y evaluado que puede orientarlos para intervenir eficazmente ante un paciente con lesiones semejantes.

CAPITULO II

MÁRCO TEÓRICO

2.1 Lesiones térmicas. Quemaduras

“Cualquier lesión de los tejidos corporales causada por calor, electricidad, sustancias químicas, radiación o gases en los que la extensión de la lesión está determinada por el grado de exposición de la célula al agente causante y por la naturaleza de éste. El tratamiento de las quemaduras consiste en el alivio del dolor, una asepsia cuidadosa, la prevención de la infección, el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico corporal y una buena nutrición.” (Villanueva, 2005)

Las quemaduras se pueden producir por diversos factores; ya sea térmicos, eléctricos, químicos o por radiación.

La gravedad de las quemaduras, depende principalmente de tres factores: extensión, profundidad y etiología.

Extensión

La piel es el órgano que cubre todo el cuerpo, es el órgano más grande y pesado del organismo, su peso aproximado es de 5kg y mide alrededor de $2m^2$ en el adulto. Su espesor va de 0.5mm hasta 4mm, siendo el promedio entre 1 y 2mm. (Tortora, 2007).

Se valora de acuerdo a la superficie corporal quemada (SCQ), para el cálculo existen diversos métodos de cálculo, entre los más destacados se encuentran; la regla de los nueves de Wallace (Imagen 1) o bien, la carta de Lund – Browder. (Imagen 2). Ambos métodos, ofrecen un porcentaje o puntuación a cada zona del cuerpo y al sumar los puntos o porcentaje obtenidos resulta la SCQ.

Profundidad

La piel consta de dos capas principales, llamadas epidermis y dermis siendo la segunda la de mayor grosor. Por debajo de la dermis, se encuentra el tejido subcutáneo o hipodermis, esta capa funciona como tejido de reserva para grasas y también contiene vasos sanguíneos que llegan hasta la piel.

La profundidad de las quemaduras depende de las capas cutáneas que se vean afectadas, pueden ser quemaduras de primero, segundo o tercer grado. (Imagen 3).

Quemaduras de primer grado.

Estas quemaduras, suelen ser lesiones simples ya que son superficiales pero muy dolorosas, su causa más frecuente, es la exposición prolongada a los rayos del sol.

Quemaduras de segundo grado.

Son quemaduras graves éstas; se caracterizan por aparición de ampollas y suelen ser dolorosas. Afectan la epidermis y la dermis.

Quemaduras de tercer grado.

Las características principales de este tipo de quemaduras, es que suelen ser indoloras, su aspecto es de cuero con zonas blanquecinas, estas lesiones afectan la epidermis, la dermis y el tejido subcutáneo, razón por la cual son destruidas las estructuras principales de la piel, como son; terminaciones nerviosas, glándulas sudoríparas y folículos pilosos. El tratamiento requiere un injerto. (Beers, 2006).

Etiología

Las quemaduras tienen diferentes orígenes, pueden ser; quemaduras térmicas, (calor o frío), quemaduras por escaldadura, quemaduras por contacto, quemaduras por llama, quemaduras eléctricas (bajo o alto voltaje), quemaduras químicas (internas o externas), quemaduras por humos o gases, en esta se incluye quemadura de vía aérea. (Bendlin, 1993).

2.2 Alteraciones funcionales producidas por las quemaduras

Principalmente, las afecciones a causa de quemaduras suceden por que la piel no puede realizar las funciones que normalmente ejecuta, a causa de lesiones graves.

“Las funciones del sistema tegumentario (principalmente la piel), son: termorregulación, almacenamiento de sangre, protección, sensibilidad cutánea, excreción y absorción y síntesis de vitamina D”. (Tortora, 2007)

Estas funciones, se ven alteradas cuando se sufre una quemadura grave, ya sea por extensión, profundidad o por ambas razones.

Termorregulación

Se produce mediante dos mecanismos, por liberación de sudor y por regulación de flujo sanguíneo en la dermis.

Por liberación de sudor; al existir aumento en la temperatura ambiental o por actividad física, se produce una mayor cantidad de sudor lo que reduce la temperatura corporal, pasa al contrario en climas más fríos.

Regulación de flujo sanguíneo; a mayor temperatura se dilatan los vasos sanguíneos de la dermis, lo que produce mayor circulación de sangre y esto hace que disminuya la temperatura. En temperaturas ambientales bajas, los vasos

sanguíneos se contraen produciendo con ello un menor flujo de sangre, que permite mantener el calor corporal.

Almacenamiento de sangre

En la dermis se encuentra una red de vasos sanguíneos, los cuales movilizan aproximadamente el 10% del total de la sangre en un sujeto en reposo.

Protección

Actúa como protección ante microorganismos, calor y agentes químicos. Los lípidos contenidos en la hipodermis, retrasan la evaporación del agua por lo que evitan también la deshidratación y a la vez, evitan la sobre absorción de agua cuando el cuerpo se encuentra inmerso en ella. La vellosidad cuenta con agentes bactericidas que eliminan los microorganismos de la superficie corporal.

También el pH del sudor, retarda el crecimiento de bacterias, debido a su acidez.

La piel tiene mecanismos de defensa ante los excesivos rayos UVB (rayos que producen lesiones en la piel), este órgano genera cambios en su función y apariencia entre ellos, la epidermis se vuelve más gruesa con el objeto de bloquear en mayor medida los rayos UV recibidos. Las células llamadas melanocitos, aumentan la cantidad de melanina, esa acción vuelve la piel más oscura. La acción principal de la melanina es absorber los rayos UV para impedir su paso a otras estructuras.

En consecuencia, las personas con piel más oscura tienen una mayor protección ante los rayos solares que aquellas con piel clara. Aun más vulnerables por la baja cantidad de melanina en su cuerpo, son las personas que padecen albinismo.

Sensibilidad cutánea

Comprende; sensaciones de calor y frío, sensación de tacto, presión, dolor, vibración y cosquilleo. Lo anterior, debido a la gran cantidad de terminales nerviosas y receptores presentes en toda la extensión de la piel.

Excreción y absorción

La piel libera sudor, con él se liberan toxinas y componentes inútiles para el organismo, tales como; sales, dióxido de carbono, amoníaco y urea.

La absorción es permitida, gracias a que los elementos que se absorben tienen cierta afinidad con los lípidos que están presentes en la piel, tales como; vitamina A, vitamina D, vitamina E y vitamina K. También es receptora de oxígeno y algunos fármacos.

Se debe tomar en cuenta que la piel también puede absorber productos tóxicos.

Síntesis de vitamina D

Esta vitamina es recibida principalmente por los rayos solares, en el organismo se aprovecha como un compuesto llamado calcitrol y participa en la absorción de calcio contenido en los alimentos.

Al estar comprometida la dermis, se afecta la función de control de la temperatura, ya que los vasos sanguíneos que permiten el control, se encuentran lesionados, por la misma razón no puede funcionar como un almacenamiento de sangre y tampoco puede proporcionar protección a los órganos internos. La vellosoidad que es otro mecanismo de defensa se encuentra ausente por la quemadura que ha sufrido la piel, las glándulas sudoríparas y sebáceas se ven afectadas y esto impide también, la defensa ante los rayos ultravioletas emitidos por el sol.

A causa de que las terminales nerviosas se encuentran quemadas, la sensibilidad cutánea se ve comprometida, tampoco se puede recibir la vitamina D ya que el principal aporte de ésta es a través de la piel.

2.3 Tratamiento médico de las quemaduras

El tratamiento médico de las quemaduras, está basado en la restitución de líquidos intravenosos, control de líquidos, ministración de oxígeno, prevención de edema y de infecciones, por medio de medicación y de acciones, como son los baños quirúrgicos. También es importante controlar la temperatura corporal del paciente.

2.4 El cuidado, según el enfoque de Leonardo Boff

La palabra *cuidado* deriva del latín *cura*, que antiguamente se empleaba para referirse a cuidado, actitud de desvelo, de inquietud y de preocupación por la persona amada o por un objeto con valor sentimental.

El cuidado, es una condición esencial del ser humano, la base de todas las actividades y proyectos que realiza éste.

El cuidado se encuentra implícito en cada momento de la vida del ser humano, el profesional de enfermería posee doblemente esta condición, primero por el hecho de ser humano y en segunda porque la enfermería según Henderson, es: ayudar al individuo enfermo o sano a realizar aquellas actividades que contribuyeran a la salud y la recuperación, o a una muerte en paz y que estas actividades las podría llevar a cabo el individuo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios.

El hecho de ayudar a una persona implica dedicarle tiempo, preocupación, empatía y armonía, todas estas características son parte del cuidado que se brinda, sin embargo estos particulares los puede sentir cualquier persona, sin necesidad de ser enfermera.

Entonces, ¿Qué diferencia existe entre el cuidado de enfermería y el de una persona sin esta profesión? Hay dos tipos de “*cuidado*” el primero es el que se practica diariamente como seres humanos, el cuidado cotidiano, denominado *care*, y el segundo, es el cuidado que antiguamente se denominaba *cure* que significa curar. Ambos implican prestar atención, mostrar interés y preocupación

por la persona receptora de cuidado, la diferencia es que el cure, son cuidados destinados a curar, estos requieren bases científicas que posee la enfermera.

El cuidado surge cuando algo o alguien resultan importantes para el ser y deja de ser solo preocupación, el cuidado se convierte parte de la otra persona, un vínculo entre dos o más seres que tienen un objetivo común. Precisamente este punto es el que la enfermera debe sentir con el paciente, encontrando la empatía y adquiriendo objetivos comunes para lograr la recuperación de este a través de los cuidados profesionales. El cuidado es entonces, un modo de ser mas no una actitud, mediante el cual la persona sale de sí misma para incorporarse al objeto de su cuidado. Para cuidar es necesario intimar con el objeto de cuidado, respetar, acoger las necesidades y brindar satisfacción a esas necesidades.

El cuidado que busca la cura, representa preocupación y responsabilidad, ya que el profesional de enfermería es el encargado de proporcionar bienestar y lograr la recuperación de la salud del paciente.

Para llevar a cabo los cuidados para el paciente quemado, el profesional de enfermería, debe recordar en todo momento las consideraciones exclusivas en este tipo de lesiones, como el tratamiento a quemaduras especiales y las ocasionadas por sustancias químicas. También las condiciones preexistentes del paciente (diabetes mellitus, alteraciones circulatorias, en tratamiento de quimioterapia o pacientes inmunocomprometidos) influyen en su tratamiento y recuperación.

Es importante, para el cálculo de líquidos intravenosos y medicación conocer el peso exacto del paciente, esto se realiza sin ropa o vendajes y preferentemente a diario ya que en este tipo de pacientes varía el peso de manera importante, debido a la pérdida continua de líquidos.

La enfermera debe estar siempre preparada para una falla respiratoria a causa de la inhalación de humo, o bien un estado de choque hipovolémico.

Si lo amerita la condición del paciente, se deben aspirar secreciones y mantener en una posición ortopnéica.

Los vendajes se deben mantener en buen estado y cambiar cada 24 o 48 horas, esta técnica se realiza de manera aséptica, con la finalidad de mantener limpia la escara y evitar una infección. Antes de iniciar con el cuidado de las lesiones es necesario administrar profilaxis analgésica, tomando en cuenta el estado respiratorio y neurológico del paciente. (Montse, 2009).

2.5 Nutrición del paciente quemado

“Existe una sobredemanda de proteínas en el proceso de curación de las heridas. Cuando ya son capaces de comer, las personas necesitan de dos a dos veces y media más de proteínas y calorías que en una ingesta normal. Manténgase el cálculo diario de calorías. La hiperalimentación y la nutrición mediante sonda nasogástrica se utilizan como sustitutos o como suplementos de la ingesta oral.” (Montse, 2009)

“Durante la fase inicial de tratamiento, el requerimiento calórico diario se podría calcular en forma aproximada como 25 veces el peso en kilogramos mas 40 veces el porcentaje quemado de la superficie corporal total”. (Marini, 2009).

“El aumento en la eliminación de lípidos observado en las víctimas de quemaduras respalda la elevación del porcentaje de calorías administradas en forma de lípidos. En general se administran dos gramos de proteínas por kilogramo de peso corporal. Las dietas por vía enteral con contenido elevado de proteínas y una relación entre las calorías y el nitrógeno de 100:1 pueden mejorar la supervivencia”. (Marini, 2009).

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO DEL P.A.E.

3.1 El Proceso Atención de Enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera, es el Proceso Atención de Enfermería (P.A.E.), este método permite proporcionar los cuidados en una forma racional, lógica y sistemática; ahora llamado Proceso de Cuidado Enfermero.

Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas que responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud.

El proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de enfermería, mantener el bienestar óptimo de la persona, si el estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar.

El P.A.E. tiene como objetivo, proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales de la persona, la familia y la comunidad. El proceso de enfermería consiste en una relación de interacción entre la persona y el profesional de enfermería, teniendo a la persona como centro de atención.

Dentro de la estructura del P.A.E., la encontramos basada en puntos importantes que conllevan a la consecución de información, dando referencias de las necesidades de la persona para poder proceder a un plan de acciones en beneficio al mismo en su calidad de vida.

Etapas del Proceso Atención de Enfermería

- Valoración: el profesional de enfermería reúne los datos de salud de la persona.
- Diagnostico: se analiza la información dada en la valoración para la realización de diagnósticos

- Planificación: el profesional de enfermería desarrolla un plan de cuidados que prescribe actuaciones para conseguir los resultados esperados.
- Ejecución: se llevan a cabo las acciones planeadas y registradas en el plan de enfermería elaborado.
- Evaluación: se evalúa la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados.

Valoración

La valoración, es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recolección de datos procedentes de diversas fuentes, para analizar el estado de salud de la persona. Consta de dos componentes: recolección de datos y documentación.

La recolección sistemática y continua de datos, es la clave para realizar una valoración exacta de la persona. Los métodos que se usan para la recolección de datos son: la entrevista, observación y exploración física. Estas técnicas, ofrecen al personal de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recolección de datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y la planificación de los cuidados.

La documentación de datos, debe identificar con claridad aquellos hallazgos que necesitan intervenciones de enfermería. Entre ellas se encuentran diversos factores, que afectan el estado de salud de la persona o la capacidad de funcionamiento.

Las respuestas, percepciones, sentimientos y mecanismos de afrontamiento de la persona, son especialmente importantes en la formulación de diagnósticos de enfermería y en la identificación de intervenciones de enfermería específicas.

Para analizar la información obtenida adecuadamente, es requerido familiarizarse con términos que permiten continuar con el proceso enfermero trabajado con el modelo de Virginia Henderson.

Necesidad fundamental: necesidad vital, todo lo que sea esencial para el ser

humano ya sea para mantenerse vivo o bien, garantizar su bienestar.

Independencia: Capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus Necesidades Básicas de acuerdo con su edad, desarrollo y situación.

Dependencia:

- Ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona para satisfacer sus catorce Necesidades Básicas
- Actividades insuficientes o inadecuadas para satisfacer sus catorce Necesidades Básicas

Causas de dificultad: los obstáculos o limitaciones, personal o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades; falta de fuerza, falta de conocimientos o falta de voluntad.

Diagnóstico

El proceso diagnóstico, es una fase fundamental del proceso de enfermería. En esta fase que sigue a la valoración, los datos son procesados, interpretados y validados. El resultado de este proceso, es un diagnóstico de enfermería.

Esta fase tiene cuatro etapas: procesamiento de datos, formulación de la exposición diagnóstica de enfermería, validación y documentación.

Un diagnóstico es una exposición que identifica la existencia de un estado no deseable. El profesional de enfermería, en virtud de sus leyes para la práctica de la enfermería, será el responsable de diagnosticar y tratar las respuestas humanas a problemas reales y potenciales de salud, es decir; "es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Un diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es el responsable". (Jonson, 2007).

Existen dos tipos de diagnósticos, reales y potenciales.

Los elementos de un diagnóstico basado en la NANDA son: la etiqueta

diagnóstica, la definición del diagnóstico, las características que los definen y los factores relacionados.

Los elementos de un diagnóstico potencial son: la etiqueta diagnóstica, la definición y los factores de riesgo asociados.

La habilidad de la enfermera, identifica aquellas funciones de enfermería que se pueden ordenar de forma independiente, sin que sea necesaria la colaboración con otros profesionales.

Planeación

La planificación consiste en; la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la persona sana o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma, identificadas por el diagnóstico de enfermería.

Durante la fase de planificación, se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería.

Los objetivos indican lo que será capaz de hacer la persona una vez recibidas las intervenciones de enfermería. Estas intervenciones, describen la forma en que el profesional de enfermería puede ayudar a la paciente a conseguir los objetivos trazados. El componente de la planificación del proceso de enfermería consta de cuatro etapas:

- Establecimiento de prioridades
- Elaboración de objetivos
- Desarrollo de intervenciones de enfermería
- Documentación del plan.

Ejecución

La ejecución, es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución, comienza después de haberse

desarrollado el plan de cuidados y está enfocado, en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería concretas, para modificar los factores que contribuyen al problema de la persona.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas: preparación, intervención y documentación.

Evaluación

La evaluación, es la fase final del proceso de enfermería se produce siempre que el profesional de enfermería interacciona con la persona. El objetivo de estas actividades, radica en determinar si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o necesita revisión. Si la persona no ha logrado los objetivos, se deberá analizar el plan de cuidados para identificar ¿cuál es el problema? y poder modificarlo a manera que la persona logre un estado de salud óptimo.

3.2 Modelo teórico de Virginia Henderson

Tendencias y modelo

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las Necesidades Humanas que parten de las teorías de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la atención de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez) fomentando, en mayor o menor grado el autocuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia. (Leal, 2012. 32) Según el modelo de Virginia Henderson, la principal función de la enfermera es atender a la persona sana o enferma y dado el caso procurar una muerte tranquila y digna. El principal objetivo de las funciones realizadas por la enfermera es lograr que el sujeto receptor del cuidado se vuelva independiente en el tiempo más corto posible, es decir, satisfacer sus necesidades básicas.

Necesidades básicas del ser humano

Oxigenación: La respiración es una necesidad de todo ser vivo con la finalidad de captar el oxígeno, este gas es indispensable para la vida celular. En la espiración, elimina también el dióxido de carbono producido por la combustión celular.

Nutrición e hidratación: Nutrirse y beber es necesario para el ser vivo, ya que permite absorber los nutrientes de los alimentos para asegurar su crecimiento, mantenimiento y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

Eliminación: Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de evacuar las sustancias perjudiciales e inútiles este proceso sucede principalmente a través de la orina y heces. Aunque estructuras como la piel, y algunas glándulas también eliminan desechos

Movilidad y postura: estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. Además esta actividad favorece la circulación sanguínea.

Dormir y descansar: es una necesidad básica, debe llevarse a cabo en cantidad suficiente para conseguir un buen rendimiento para las actividades de la vida diaria.

Vestir y elegir ropas adecuadas: capacidad para vestirse y desvestirse por sí mismo, así como hacer una correcta elección de las prendas.

Termorregulación: mantener la temperatura es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura más o menos constante para mantenerse en buen estado. El parámetro normal es entre 36.1°C y 38°C.

Higiene corporal y la integridad de la piel: es una necesidad que tienen los seres humanos para mantenerse sanos, ya que la piel actúa como protección contra cualquier microorganismo, polvo, agente químico.

Evitar peligros: evitar los peligros y controlar los riesgos comprende acciones, innatas y/o aprendidas y conscientes, para preservar la supervivencia y el crecimiento. Abarca acciones conscientes y voluntarias que una persona realiza ante una situación de vulnerabilidad.

Comunicación: la persona es un ser social que se interrelaciona continuamente con lo que le rodea. Por tanto requiere métodos de intercambio de información.

Creencias y valores: se refiere a sentirse bien, útil y realizado. Estar en armonía con lo que se piensa y lo que se hace, sentirse bien consigo mismo y la sociedad que le rodea.

Autorrealización: referente a desarrollar potenciales propios y emplear habilidades para hacer de la mejor manera lo que se desea.

Recreación: proceso de recuperación de energía posterior al trabajo.

Aprendizaje: referente al proceso instrucción propia, la preparación con el objeto de dar una solución a situaciones cotidianas. (Leal, 2010).

Para aplicar el modelo de Henderson adecuadamente y lograr los objetivos de bienestar de la persona, la enfermera debe trabajar también con el entorno para logra restituir la salud y la satisfacción de sus necesidades.

CAPITULO IV

P.A.E. APLICADO A UN ADULTO JOVEN CON QUEMADURAS, BASADO EN EL MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON

4.1 Etapa de Valoración

Presentación del caso

Masculino de 23 años, hospitalizado el día 30 de septiembre de 2011 en el servicio de urgencias del Centro Nacional de Investigación y Atención del Quemado (CENIAQ), a causa de quemaduras de primero, segundo y tercer grado en el 76.5% de superficie corporal. Una vez estabilizado, pasa al servicio de agudos, ubicado en el quinto piso de esta torre, donde es atendido del 04 al 09 de octubre con cuidados para paciente quemado crítico, una vez logrado el objetivo de mantener al paciente con vida, pasa al servicio de sub agudos, ubicado en el tercer piso de la torre, donde es atendido hasta el día 12 de octubre ya que su estado general decrece rápidamente. Se traslada nuevamente a agudos, donde permanece trece días y su evolución resulta favorable por lo que pasa nuevamente al tercer piso el día 25 de octubre. En este servicio E.D.H., recibe cuidado y atención por el personal de enfermería y permite ser atendido por mí y accede a que su caso sea objeto de la elaboración de este P.A.E.

Signos y síntomas: Tranquilo, alerta, semi hidratado, coloración de tegumentos alterada. Refiere dolor en zonas quemadas, diuresis y evacuaciones presentes, ocasionalmente presenta fiebre, no existe estridor y dificultad respiratoria.

Zonas donantes en buen estado y sin signos de infección, aéreas quemadas sin datos de infección. Pronóstico reservado.

Sus signos vitales son:

T°. 36.5°C

FC. 80 por minuto

FR. 16 por minuto

T/A. 110/60 mm Hg

Antecedentes heredo familiares

Refiere que su abuelo paterno falleció hace dos años y era hipertenso, padre diabético con 5 años de evolución y madre padece sobrepeso.

Antecedentes personales no patológicos

Habita en casa propia con esposa e hija de 2 años de edad, su vivienda cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, no tiene mascotas, niega alergias, manifiesta que su nutrición es adecuada y bien equilibrada, buenos hábitos higiénicos y de descanso.

Antecedentes personales patológicos

No refiere enfermedad alguna.

Valoración cefalocaudal de enfermería

Ficha de Identificación

Nombre:	Enrique D.H.
Edad:	23 años
Género:	Masculino
Fecha de Nacimiento:	20 de julio de 1989
Escolaridad:	Carrera Técnica Prótesis Dental
Ocupación:	Comerciante

Estado Civil: Unión Libre
Lugar de Residencia: Iztapalapa, D.F.

Inspección

Paciente consciente, alerta en sus tres esferas; en posición semifowler, con palidez de tegumentos y mucosa oral deshidratada; no tiene compromiso en vía aérea y su patrón ventilatorio es eupnéico; presenta quemaduras de 1°, 2° y 3° grado en el 76.5% SC; se encuentran puntos de sutura en cráneo; heridas en cara; vendaje de tórax anterior y posterior con amputación de extremidad torácica izquierda a nivel de tercio medio de húmero; en extremidad torácica derecha, se encuentra tejido epitelizado en cara interna del tercio proximal del antebrazo; abdomen sin signos de traumatismo; genitales sin compromiso visible; extremidades pélvicas presentan injertos a nivel de fémur con tratamiento de calor seco a través de “casa de campaña”; pie derecho presenta amputación del primer dedo; pie izquierdo amputación del segundo dedo.

Movilidad limitada como consecuencia de las lesiones epiteliales.

Se encuentra presencia de catéter venoso periférico en extremidad torácica derecha con una solución mixta de 1000 cc.

Exploración física

A la exploración, se encuentra exostosis y endostosis, con hiperalgesia y sin presencia de hemorragias, también hay pérdida de cabello; en cara no hay signo de fracturas, ojos simétricos, buena distribución de pestañas, movimientos oculares hacia arriba, abajo y a los lados, conjuntiva parcialmente hidratada de color pálido, nariz completa, centrada y ligeramente móvil; orejas simétricas e implantadas a la misma altura en ambos lados, agudeza auditiva sin alteración; la boca se encuentra con disminución de higiene, con mal oclusión dental y sin piezas faltantes, se encuentra deshidratada, encías de color normal no inflamadas y sin presencia de sangre. Lengua de buen tamaño sin lesiones; cuello con buena alineación, con movilidad limitada por presencia de dolor, tráquea sin compromiso.

El tórax se encuentra simétrico, con buena expansión y contracción respiratoria, se conocen datos de traumatismo epitelial, por lo que se mantiene vendado; sus campos pulmonares ventilan adecuadamente, existe aumento de la sensibilidad a la palpación, en la región posterior se sabe existen quemaduras en recuperación.

El abdomen se encuentra depresible, sin dolor ni molestia, no presenta hematomas, cicatrices, abultamientos ni algún otro signo de traumatismo, los ruidos peristálticos oscilan entre 2 y 3 por minuto.

Pelvis sin complicaciones, sensibilidad normal, coloración epitelial adecuada, genitales sin compromiso, orina y evacúa adecuadamente.

Extremidades pélvicas con quemaduras e injertos a nivel de muslo, con hipersensibilidad, movilidad limitada, los pies también tienen aumento en la sensibilidad y presentan hemorragia cuando el paciente realiza movimientos bruscos.

En general, el paciente se muestra cooperador y con una actitud positiva.

Signos vitales

Signo	25 de octubre 2011				26 de octubre 2011			
	14:00	16:00	18:00	20:00	14:00	16:00	18:00	20:00
F.R.	16	17	16	15	16	16	15	16
F.C.	80	78	82	80	80	80	78	81
T.A.	110/60	110/70	120/60	110/70	110/60	110/60	120/70	110/60
Tº	36.5	37	36.8	36.5	36	36.5	36	37

(Se tomaron signos vitales cada dos horas por dos días para efectos de este PAE)

Resumen del instrumento de valoración de las necesidades básicas en el adolescente y el adulto. Basado en el modelo de Virginia Henderson.

Necesidad de oxigenación

El joven E.D.H., refiere que consume cigarros desde hace cinco años, a la edad de dieciocho años, es consciente del mal hábito de fumar por el daño a su salud, aunque también cree que fuma poco y el daño causado no es tan elevado,

consume un promedio de tres cigarrillos diarios. En momentos, dice reflexionar acerca de esta actividad y le hace sentir deprimido. Decide dejar de fumar; objetivo que hasta el día de hoy no ha logrado. A la exploración se observa coloración amarillenta en sus dientes.

Necesidad de nutrición e hidratación

E.D.H., manifiesta que los alimentos consumidos por él, regularmente son: pastas, arroz, carnes rojas, leche, tortillas, pan y fruta. Regularmente realiza dos comidas fuertes al día, corresponden a la comida y a la cena. La comida la realiza en su lugar de trabajo, razón por la cual frecuentemente es comida corrida o comida rápida, como son: tortas, hamburguesas o quesadillas; la cena la realiza en casa cuando llega de trabajar, esta está constituida por leche, pan y un poco del guisado preparado ese día en casa.

Comenta también que los alimentos menos preferidos son; las verduras y prácticamente no las consume, no refiere dificultad para masticar o deglutir, sin embargo se observa mal oclusión dental.

Refiere presencia de diarrea posterior a tomar leche, pero que no la dejará de tomar porque es un alimento que le gusta además de considerarlo nutritivo, otra razón menciona “la diarrea desaparece casi de inmediato”.

En cuanto a la ingesta de líquidos, E.D.H. refiere consumo diario de refresco, el consumo de agua no es tan frecuente.

Manifiesta no conocer el valor nutricional de los alimentos y comenta nunca revisar las tablas de valor nutricional de los productos consumidos.

El porcentaje económico aproximado que emplea para comprar los alimentos de él y de su familia oscila en 40% de su percepción total. Comenta finalmente la conveniencia de cambiar sus hábitos alimenticios pues está consciente que no son adecuados.

Necesidad de eliminación

Esta necesidad se encuentra alterada, a consecuencia de que la alimentación que lleva E.D.H. no es del todo correcta. E.D.H. refiere eliminación intestinal dos veces al día, la cual se ve afectada si el lugar no es higiénico, la consistencia descrita por el paciente es normal a excepción del olor, refiere que este es muy fuerte y desagradable, en cuanto a la eliminación renal es de color amarillento y con un olor propio de orina muy pronunciado.

Refiere también que cuando se encuentra tenso o preocupado tiene como resultado, diarrea.

Necesidad de movilidad y postura

La movilidad que tiene E.D.H. actualmente es muy limitada debido a la condición de las quemaduras que presenta, refiere que anteriormente era muy activo, que practicaba football en promedio dos veces por semana, también comenta que la resistencia física que tenía era muy buena y esto también le permitía desarrollarse bien en su trabajo.

Ahora sus movimientos en cama son casi nulos y debe permanecer en una sola postura gran parte del tiempo, esto por el tratamiento médico que está recibiendo.

Necesidad de descanso y sueño

E.D.H. comenta que anteriormente descansaba aproximadamente once horas al día, en las cuales practicaba deporte y estaba con su familia, de esas once horas dormía aproximadamente seis horas en promedio también señala que fácilmente conciliaba el sueño. Este patrón se ha visto alterado desde su ingreso a la institución ya que no se siente cómodo y la dinámica es diferente.

El refiere que al dormir presenta ronquidos que con frecuencia lo hacen despertar, no ha buscado tratamiento a este problema.

Su descanso también se ve afectado cuando tiene preocupaciones ya que le

cuesta trabajo conciliar el sueño, en estos casos recurría a la actividad física ya que le ayudaba a relajarse.

Necesidad de usar prendas y vestir adecuadamente

Anterior al accidente de E.D.H., elegía la ropa que iba a vestir, lo hacía de forma independiente. Después de su ingreso al hospital él no se puede mantener vestido ya que la gravedad de sus quemaduras no lo permiten, el se encuentra en su unidad cubierto solo con vendas en las zonas quemadas y cubierto con la ropa de cama. Por lo tanto su necesidad de usar prendas y vestir adecuadamente se encuentra alterada, perjudicando también su intimidad.

Necesidad de termorregulación

La necesidad de termorregulación se ve afectada desde el momento mismo en que la piel de E.D.H. sufre un cambio brusco de temperatura, dando como resultado las quemaduras que presenta, esta necesidad es deficientemente satisfecha ya que la piel actúa en la regulación de la temperatura corporal, estando ésta dañada, E.D.H. tiene un riesgo inminente de hipotermia si no se le brindan los cuidados necesarios.

Anterior al accidente E.D.H. elegía ropas que favorecieran su temperatura corporal, su organismo se adaptaba de inmediato a los cambios climáticos.

Necesidad de higiene y protección de la piel

La necesidad de higiene y protección de la piel se encuentra alterada ya que en el estado de salud del E.D.H. le es imposible realizar el baño diario como el acostumbraba. Tampoco puede realizar el lavado de dientes de forma normal, para ello requiere ayuda de otra persona. En cuanto al corte de uñas otra persona debe realizarlo por el ya que con el 76% de SCQ le es prácticamente imposible alcanzar sus pies.

La integridad de la piel es inexistente, porque la causa de su hospitalización son lesiones térmicas en la piel, por lo cual la protección que brinda este órgano a todo el sistema está fuertemente comprometida y corre riesgo de adquirir infecciones.

Necesidad de evitar peligros

Necesidad potencialmente afectada, no evita peligros en cuanto a actividad sexual, por lo que se tendrán intervenciones de enfermería. También se auto medica en ocasiones.

El aspecto más importante de esta necesidad es el de evitar infecciones a causa de la falta de protección de la piel.

Necesidad de comunicarse

El paciente E.D.H. vive actualmente con su pareja y su hija, la relación que lleva con sus vecinos, conocidos y otros familiares es muy pobre ya que el trabajo no le deja mucho tiempo para verlos. E.D.H. pasa solo alrededor de cinco horas al día, el tiempo restante está en compañía de su esposa y de su hija. La relación familiar que lleva es buena. El se puede comunicar perfectamente sin necesidad de utilizar algún recurso que no pertenezca a su cuerpo. Considera que la comunicación con otras personas que lo rodean en su lugar de trabajo es complicada ya que por lo general el lugar se encuentra con exceso de gente y ruido, sin embargo la relación que existe entre él y sus compañeros es buena.

Necesidad de creencias y valores.

E.D.H. profesa la religión católica, para él la religión, la fé y la espiritualidad van de la mano, comenta que asiste a su centro religioso aproximadamente una vez al mes porque a veces no cuenta con tiempo para asistir más seguido, cree también que la fé le puede ayudar a sobreponerse de la situación que está viviendo,

manifiesta pedirle a Dios por su salud y su recuperación para poder regresar con su familia y a su trabajo. Su percepción sobre la vida y la muerte es que la vida es un estado para desarrollarse y la muerte es solo un paso más.

Necesidad de trabajo y realización

El rol que E.D.H. desempeña en su entorno es el de pareja y el de padre, el manifiesta sentirse a gusto con estos roles ya que para él es un gusto ver a su familia y estar con ellas, cree que el rol que desempeña como cabeza de la familia es muy importante ya que gracias a ello puede mantener a su esposa e hija y satisfacer todas las necesidades de ellas.

E.D.H. comenta que tiene deseos de crecer profesionalmente desempeñándose en su carrera que es técnico en prótesis dental, ya que eso le ayudará a mantener aún mejor a su familia. En general se siente feliz de ser quien es.

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Actualmente, en el estado de salud de E.D.H. se ve imposibilitado para realizar actividades recreativas como el juego, las actividades que realizaba anteriormente las podía hacer cuando se sentía con ánimo o necesidad de realizarlas, habitualmente su forma de recreación era el deporte, específicamente el football, por lo tanto la necesidad de jugar y participar en actividades recreativas se encuentra alterada, ya que en esta etapa no le es posible realizar este deporte.

Necesidad de aprendizaje

No tiene impedimento para seguir aprendiendo ya que él es graduado como técnico en prótesis dental y actualmente no tiene estudios pendientes. No descarta seguir estudiando más adelante, ya que piensa que la escuela es una oportunidad para salir adelante.

4.2 Etapa de Diagnóstico

Diagnósticos de enfermería priorizados resultantes de la etapa de valoración

- Alteración de la nutrición por exceso, relacionado con excesiva ingestión en función de las necesidades metabólicas manifestada por observar disfunción en los modelos alimenticios, ya que concentra la ingestión de alimentos al final del día.
- Déficit en el auto cuidado relacionado con el deterioro para realizar alimentación independiente manifestada por limitación de movilidad de ambos brazos.
- Diarrea relacionada con medicación prescrita y con situación de ansiedad, manifestada por aumento de la frecuencia y cambio en la consistencia de las heces.
- Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro de la integridad de la piel, manifestado por incapacidad de moverse y por imposición del tratamiento médico.
- Perturbación del modelo de sueño relacionado con estancia hospitalaria y nula actividad física manifestado por sueño interrumpido, quejas verbales por no haber descansado e inquietud.
- Riesgo de hipotermia relacionado con trauma térmico.
- Deterioro de la integridad de la piel relacionada con traumatismo térmico, manifestado por destrucción de las capas cutáneas.
- Déficit del auto cuidado relacionado con la capacidad de utilizar el W.C. manifestada por incapacidad de moverse.
- Déficit en el auto cuidado relacionado con el baño/higiene manifestado por deterioro físico que le impide levantarse de la cama.

- Riesgo de infección relacionado con alteración de las defensas primarias por traumatismo.
- Perturbación de la imagen corporal relacionado con cambio real en la estructura e imagen de su cuerpo, manifestado por expresiones verbales y facies de preocupación.
- Riesgo de autoestima circunstancialmente baja relacionada con el cambio de la propia imagen corporal. (NANDA, 2008).

4.3 Etapas de Planeación, Ejecución y Evaluación de resultados

En esta sección, se escribe el diagnóstico de enfermería, la necesidad a la que pertenece, se proporcionan una definición y fundamentación para cada diagnóstico, también el objetivo específico y las intervenciones de enfermería con su fundamentación.

Posteriormente, se describe como se puso en práctica el plan de cuidados y por último, se analiza y evalúa cada uno de los planes para determinar si los cuidados contribuyeron a mejorar el estado de salud del paciente o no.

Necesidad alterada: nutrición e hidratación.

Diagnóstico: Alteración de la nutrición por exceso, relacionado con excesiva ingestión en función de las necesidades metabólicas manifestada por observar disfunción en los modelos alimenticios, ya que concentra la ingestión de alimentos al final del día.

Definición: Estado en el que el individuo experimenta una ingestión de alimentos que excede a las necesidades metabólicas. (Jonson, 2007)

Fundamentación del diagnóstico: El paciente realiza sólo dos comidas fuertes y una de ellas es la cena, manifiesta que es porque no desayuna en la mañana, el juntar alimentos para el final del día fomenta desequilibrio en la nutrición.

Objetivo: Propiciar el mantenimiento de peso corporal, procurando mejorar el estado nutricional y la ingesta de líquidos adecuada.

Intervenciones

- Brindar asesoramiento nutricional
- Establecimiento de objetivos para el paciente
- Enseñanza de dieta
- Cambio en la conducta
- Monitorización en la ingesta de líquidos

Fundamentación de la intervención: las necesidades fisiológicas cambian en una situación de quemadura. (Marini, 2009).

Ejecución: durante la estancia del paciente en la unidad, su pareja y él recibieron asesoramiento nutricional, se resolvieron sus dudas y se enseñó el plato del buen comer.

Evaluación: ambos comprendieron la importancia de elegir, racionar y espaciar los alimentos para obtener el mayor beneficio de ellos, se propusieron continuar con el plan para mejorar su estado nutricional.

Necesidad alterada: nutrición e hidratación

Diagnóstico: Déficit en el auto cuidado relacionado con el deterioro para realizar alimentación independiente manifestada por limitación de movilidad de brazo derecho y amputación del izquierdo.

Definición: Estado en el que el individuo experimenta un deterioro en la capacidad de realizar o acabar las actividades de alimentación por sí solo.

Fundamentación del diagnóstico: El paciente, no es capaz de realizar por sí mismo la actividad de alimentación.

Objetivo: Satisfacer la necesidad de alimentación, durante el tiempo que el paciente no pueda hacerlo por sí mismo.

Intervenciones

- Ayudar al paciente con actividades de auto cuidado
- Proporcionar alimentos al paciente
- Fomentar la implicación familiar para la alimentación del paciente
- Mantenimiento de la salud bucal
- Auxiliar al paciente en higiene bucal
- Fomentar la implicación familiar para la higiene de la cavidad bucal.

Fundamentación de la intervención: fomentar el autocuidado proporcionará al paciente bienestar y salud bucal. (Leal, 2010)

Ejecución: se brindaron los alimentos directo en su boca, invitando a su pareja y a su mamá a hacerlo también, teniendo precaución de no proporcionar bocados muy grandes y permitiendo el tiempo necesario para su masticación y deglución. Se realizaba el aseo bucal después a cada comida y en la mañana antes del desayuno, la esposa de E.D.H. fue la principal en participar en esta actividad, explicándole como debía ser el lavado de los dientes y de las estructuras de la boca.

Evaluación: la cooperación de los familiares de E.D.H. fue aceptada por él y a ellas les permito sentir que participación en el cuidado del paciente.

Necesidad alterada: eliminación

Diagnóstico: Diarrea relacionada con medicación prescrita y con situación de ansiedad, manifestada por aumento de la frecuencia y cambio en la consistencia de las heces.

Definición: Estado en el que el individuo sufre un cambio en los hábitos normales intestinales, que se caracteriza por una eliminación frecuente de heces sueltas, líquidas, sin forma.

Fundamentación del diagnóstico: El paciente presentó diarrea de corta duración, se atribuyó a medicamentos y ansiedad.

Objetivo: Mejorar la eliminación intestinal y observar la gravedad de los síntomas.

Intervenciones

- Manejo adecuado de la terapia farmacológica
- Conocimiento de los medicamentos que se ministran y de sus reacciones adversas
- Respetar horarios, dosis y periodicidad de los tratamientos prescritos
- Sugerir la sustitución de un fármaco si se considera
- Proporcionar apoyo emocional
- Asesoramiento tanatológico
- Enseñar técnicas de relajación

Fundamentación de la intervención: el tratamiento farmacológico puede causar diarrea como efecto adverso de algunas sustancias. (Rodríguez, 2002).

Ejecución: se le explicó al paciente, que algunos de los medicamentos podían causar diarrea.

También se propuso que recibiera compañía de la psicóloga para facilitar su proceso de duelo, y se proporcionaba música de meditación diariamente por lo menos treinta minutos.

Evaluación: a lo largo del proceso, la actitud de E.D.H. fue mejorando, la intervención de tanatología le permitió aceptar la nueva condición que tenía su cuerpo y planearon estrategias de trabajo para el momento en el que él regresara a sus actividades cotidianas.

Necesidad alterada: movilidad y postura

Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física relacionado con falta de integridad de la piel, manifestado por incapacidad de moverse y por imposición del tratamiento médico.

Definición: Estado en el que el individuo experimenta una limitación en la capacidad de realizar movimientos físicos independientes.

Fundamentación del diagnóstico: El paciente, al inicio de su tratamiento no podía realizar movimientos.

Objetivo: Prevenir la atrofia muscular durante el tiempo que el tratamiento médico requiera de disminución de la movilidad.

Intervenciones

- Proporcionar terapia de ejercicios
- Prevenir aparición de úlceras por presión
- Disminuir presión en zonas óseas prominentes
- Ayudar a controlar el manejo de dolor por incapacidad para adoptar posiciones antálgicas
- Controlar los factores externos
- Brindar métodos de relajación

Fundamentación de la intervención: Al realizar terapias de ejercicios pasivos se favorece la circulación sanguínea, se previene atrofia. Al liberar zonas de presión, se previenen úlceras por presión. (Rosales, 2004)

Ejecución: para realizar estas intervenciones, fue necesario el apoyo de terapeutas físicos, que llevaban un control estricto sobre las terapias de movilidad de E.D.H., también se liberaron zonas de presión colocando dispositivos que dieran soporte a estas zonas. Se siguió adecuadamente el tratamiento analgésico y se brindó profilaxis analgésica las curaciones y el cambio de vendajes.

Evaluación: las terapias físicas, la relajación como método de control de dolor y el tratamiento farmacológico dieron resultados positivos, ya que el paciente disminuyó la escala de dolor E.V.A. de 10/10 a 3/10 en la mayoría de las ocasiones. Después de semanas, E.D.H. logró levantarse de la cama.

Necesidad alterada: descanso y sueño

Diagnóstico: Perturbación del modelo de sueño relacionado con estancia hospitalaria y nula actividad física manifestado por sueño interrumpido, quejas verbales por no haber descansado e inquietud.

Definición: Interrupción del tiempo de sueño, que origina un malestar o que interfiere con el estilo de vida deseado.

Fundamentación del diagnóstico: El paciente refiere no poder conciliar el sueño por las noches, por dinámica hospitalaria.

Objetivo: Mejorar el modelo de sueño durante estancia hospitalaria.

Intervenciones

- Propiciar técnicas de manejo de estrés para facilitar la conciliación del sueño
- Ofrecer actividades que permitan la relajación del paciente
- Facilitar al paciente música que propicie la relajación
- Proporcionar lecturas que permitan al paciente imaginar una situación diferente a la que vive.
- Controlar los factores ambientales que interrumpen el sueño del paciente
- Disminuir las interrupciones nocturnas en la unidad del paciente
- Mantener la cama del paciente siempre limpia y seca

Fundamentación de la intervención: al disminuir el estrés se favorece la relajación del paciente y permite su descanso. (Kozier, 2005)

Ejecución: se invitó a E.D.H. a preocuparse solo por el “hoy”, esto le hizo sentir relajado y menos tenso. Resultó complicado disminuir las interrupciones de sueño por las noches por lo que la necesidad no fue satisfecha al 100%, ya que por periodos cortos en el día podía conciliar el sueño.

Evaluación: las intervenciones ejecutadas ayudaron parcialmente a satisfacer la necesidad de descanso y sueño, debido que a resultó complicado eliminar las interrupciones nocturnas.

Necesidad alterada: termorregulación

Diagnostico: Riesgo de hipotermia relacionado con trauma térmico.

Definición: Estado existe riesgo de que la temperatura normal del individuo disminuya por debajo de su cifra normal, pero no por debajo de 35.6°C.

Fundamentación del diagnóstico: la piel, que ayuda a regular temperatura ha sufrido un trauma.

Objetivo: evitar que el paciente presente temperatura corporal por debajo de 35.6°C.

Intervenciones

- Monitorización de la temperatura corporal
- Manejo de la temperatura ambiental
- Evitar corrientes de aire
- Procurar luz solar indirecta
- Proporcionar calor seco
- Precauciones circulatorias
- Manejo adecuado de líquidos
- Manejo adecuado de terapia transfusional

Fundamentación de la intervención: prevenir la hipotermia disminuye la posibilidad de aparición de arritmias cardiacas. (Bendlin,1993).

Ejecución: para llevar a cabo las intervenciones, se monitorizó la temperatura corporal del paciente, se evitaron corrientes de aire, y se mantuvo con “Casa de Campaña” todo el tiempo. También se mantuvo con terapia intravenosa prescrita.

Evaluación: la realización conjunta de las intervenciones permitió mantener los parámetros de temperatura en valores normales.

Necesidad alterada: higiene y protección de la piel

Diagnóstico: Deterioro de la integridad de la piel relacionada con traumatismo térmico, manifestado por destrucción de las capas cutáneas.

Definición: Estado en el que la piel de un individuo se ve adversamente alterada.

Fundamentación del diagnóstico: el paciente sufrió quemaduras en el 76.5 % de SC.

Objetivo: detener, en medida de lo posible mayor destrucción de las capas de la piel.

Intervenciones

- Proporcionar cuidado a las heridas
- Aplicación de medicación tópica
- Irrigación de las zonas quemadas
- Cambio oportuno y adecuado de vendajes

Fundamentación de la intervención: proporcionar cuidados a la piel y ministrar el tratamiento farmacológico ayuda a mantener y/o mejorar el estado de la piel lesionada así como a proteger la piel sana. (Bendlin, 1993).

Ejecución: las curaciones se realizaron siempre de manera estéril, realizando un lavado mecánico y aplicación de medicamentos indicados por vía tópica, se

mantuvieron las escaras húmedas y se realizó el cambio de vendajes según indicación médica.

Evaluación: las intervenciones resultaron favorables para la recuperación de la piel del paciente, observando a lo largo de los días zonas que empezaban a epitelizar.

Necesidad alterada: higiene y protección de la piel

Diagnóstico: Déficit del auto cuidado relacionado con la capacidad de utilizar el WC manifestada por incapacidad de moverse.

Definición: Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades del uso del orinal o WC.

Fundamentación del diagnóstico: El paciente, en un inicio no podía asistir al WC.

Objetivo: lograr que el paciente pueda satisfacer su necesidad de eliminación.

Intervenciones

- Transmitir confianza al paciente
- Mantener una actitud respetuosa
- Propiciar intimidad al momento de eliminación
- Proporcionar al paciente dispositivos que permitan su eliminación
- Mantener la higiene del paciente
- Auxiliarlo con la limpieza del área perianal
- Mantener la piel seca
- Auxiliar al paciente en su deambulación hasta el WC

Fundamentación de la intervención: al procurar la higiene del paciente se evitan infecciones, la eliminación es una necesidad que debe ser satisfecha. (Bendlin, 1993).

Ejecución: se auxilió al paciente a satisfacer la necesidad de eliminación, también se recibió el apoyo de su pareja. En un inicio, la reacción de E.D.H. era de vergüenza posteriormente se logró obtener su confianza.

Evaluación: la necesidad fue satisfecha. E.D.H. logró trasladarse hasta el W.C.

Necesidad alterada: higiene y protección de la piel

Diagnóstico: Déficit en el auto cuidado relacionado con el baño/higiene manifestado por deterioro físico que le impide levantarse de la cama.

Definición: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene.

Fundamentación del diagnóstico: E.D.H. requiere de higiene, el profesional de enfermería debe satisfacer la necesidad hasta que pueda hacerlo por el mismo.

Objetivo: proporcionar higiene a E.D.H., mientras él no pueda hacerlo por sí mismo.

Intervenciones

- Transmitir confianza al paciente
- Actitud respetuosa
- Limitarse a realizar actividades que le incomoden al paciente y que pueda hacer por sí mismo
- Realizar baño en cama
- Prevenir caídas
- Uso de barandales
- Ayuda de otro profesional
- Asistir baño en regadera

Fundamentación de la intervención: el baño diario, y la limpieza de cavidades satisfacen la necesidad de higiene corporal y cuidado de la piel. (Rosales, 2004).

Ejecución: se auxilió a E.D.H. a realizar el baño, su actitud fue cooperadora ya que el mismo limpió partes de su cuerpo.

Evaluación: necesidad satisfecha adecuadamente, se logró actitud de autocuidado.

Necesidad con riesgo de alteración: evitar peligros

Diagnóstico: Riesgo de infección relacionado con alteración de las defensas primarias por traumatismo.

Definición: aumento del riesgo de ser invadido por agentes patógenos.

Fundamentación del diagnóstico: el paciente tiene capas cutáneas destruidas, lo que permite tener una puerta de entrada abierta a agentes patógenos.

Objetivo: Evitar infección a causa de la destrucción de la piel.

Intervenciones

- Realizar lavado de manos en los cinco tiempos
- Mantener limpia la unidad del paciente
- Cambio de sábanas
- Solicitar limpieza de equipo y área física
- Cambiar oportunamente los equipos utilizados en el paciente
- Equipo de venoclisis
- Proporcionar cuidado adecuado a heridas
- Ministrar antibioticoterapia

Fundamentación de la intervención: el lavado de manos, es la principal medida para evitar infecciones nosocomiales, la antibioticoterapia, previene la aparición o desarrollo de microorganismos, las líneas IV deben reemplazarse cada 72 horas. (Rosales, 2004).

Ejecución: la terapia antibiótica, ayudó a prevenir la infección, sin embargo el lavado de manos adecuado, en los momentos indicados fueron la base para evitarla, las heridas siempre se trataron de forma aséptica.

Evaluación: las intervenciones fueron útiles para prevenir la infección.

Necesidad alterada: comunicarse

Diagnóstico: Perturbación de la imagen corporal relacionado con cambio real en la estructura e imagen de su cuerpo, manifestado por expresiones verbales y facies de preocupación.

Definición: Incapacidad de distinguir entre sí mismo y lo que no es.

Fundamentación del diagnóstico: Al cambiar su aspecto, puede perturbarse con su nueva imagen.

Objetivo: lograr que el paciente acepte su nueva condición de salud.

Intervenciones

- Solicitar apoyo de psicología
- Facilitación del duelo
- Brindar apoyo emocional
- Escuchar sentimientos y preocupaciones
- Potenciar autoestima
- Apoyo en toma de decisiones
- Fomentar el autocuidado
- Ubicar redes de apoyo útiles para el paciente

Fundamentación de la intervención: la asistencia de psicología es de gran ayuda para el manejo adecuado del duelo, la asistencia del paciente a redes de apoyo brinda una terapia grupal, útil para la recuperación psicológica. (Jonson, 2007).

Ejecución: durante el proceso de cuidado al paciente, se le ofreció escucharlo si así lo deseaba, se le permitió hablar sobre sus sentimientos y preocupaciones, también se le proporcionaron alternativas para las actividades que el realizaba antes de su hospitalización. Los profesionales de psicología lo ayudaron en el proceso de duelo, también le fue ofrecido el servicio una vez que egresara del instituto.

Evaluación: la evolución emocional del paciente fue positiva, sin embargo requiere de atención a sus emociones por un periodo más prolongado.

Necesidad alterada: creencias y valores

Diagnóstico: Riesgo de autoestima circunstancialmente baja relacionada con el cambio de la propia imagen corporal.

Definición: Negativa evaluación/sentimientos a cerca de uno mismo, que aparece como respuesta a una pérdida o cambio en un individuo que anteriormente tenía una evaluación propia positiva.

Fundamentación del diagnóstico: La nueva imagen del paciente puede generar en él desconfianza y auto rechazo.

Objetivo: evitar que E.D.H. presente autoestima baja.

Intervenciones

- Solicitar apoyo de psicología
- Potenciar autoestima
- Apoyo emocional
- Potenciar su rol
- Potenciar su autoimagen
- Permitir apoyo espiritual o religioso
- Respetar, puntos de vista, valores y creencias
- Ofrecer respeto e interés por las imágenes religiosas presentes en la unidad

Fundamentación de la intervención: al potenciar su rol, aumenta su autoestima, ya que siente ser necesitado por la sociedad. La espiritualidad y la fé motivan al ser humano a superar los momentos difíciles. (Jonson, 2007).

Ejecución: el paciente recibió atención diaria de psicología, su familia le demostró lo importante que era él en sus vidas, se mantuvo respeto ante las imágenes religiosas.

Evaluación: se espera que la evolución continúe favorablemente.

4.4 Plan de alta de enfermería

Las intervenciones antes mencionadas, se realizaron con el paciente E.D.H. día a día en el servicio, obteniendo respuesta positiva y una actitud cooperadora por parte de él.

Se logró mejorar su estado general, al paso del tiempo se levanto de la cama y se bañó en regadera y con ello se recuperó la necesidad de movimiento y postura de forma relativa ya que el baño fue asistido. También logró asistir al WC.

Una vez estabilizados sus signos vitales y su condición física mejorada se propuso darle el alta la semana siguiente.

En cuanto a la familia del paciente, durante su estancia en el hospital se les enseñó cómo debían ayudar a E.D.H. a realizar ciertas acciones como sentarse, levantarse, realizar movimientos en cama y realizar higiene bucal, también se enseñaron técnicas que se utilizaban a diario en el hospital, como el manejo de la casa de campaña y el manejo del equipo de venoclisis cuando E.D.H. se levantara.

Posteriormente, se les habló de las actividades que debían realizar cuando E.D.H. obtuviera el alta hospitalaria, se hizo hincapié en los cuidados que debían proporcionarle en su hogar.

1. Mantener el entorno muy limpio
2. Evitar cambios bruscos de temperatura y exposición al sol

3. Evitar corrientes de aire
4. Realizar adecuadamente las curaciones necesarias así cómo el cuidado a las zonas donantes y receptoras.
5. Conclusión del tratamiento farmacológico por vía oral.
6. Acudir a consultas médicas establecidas
7. Acudir a rehabilitación física.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1 Conclusiones

La formación académica que se brinda al profesional de enfermería, le permite a éste tener las habilidades, conocimientos, destrezas y capacidades para actuar ante un caso de enfermedad o riesgo de esta.

La utilidad que proporciona el Proceso de Atención de Enfermería al profesional, es muy grande, permite brindar atención eficaz, eficiente y oportuna al individuo en estudio. Es de gran utilidad que este proceso sea flexible ya que permite perfeccionar al profesional las técnicas e intervenciones para lograr el objetivo planteado.

El Proceso de Atención de Enfermería resulta una herramienta que exige bases científicas y empatía por el sujeto de cuidado, permite desarrollar la capacidad de toma de decisiones y permite la superación del gremio de enfermería.

El P.A.E. permite al profesional de enfermería visualizar el problema del individuo desde variadas perspectivas y con ello, solicitar el apoyo de otros profesionales de la salud para brindar una atención integral.

Con el uso del P.A.E., el profesional de enfermería puede brindar cuidado de calidad con la ventaja de ahorrar tiempo para atender a todos los pacientes a su cargo.

Planificar las intervenciones permite lograr con mayor rapidez los objetivos planteados y con ello la recuperación y rehabilitación del paciente.

El plan de cuidados de enfermería elaborado para el paciente E.D.H. tuvo un resultado positivo; logrando que él se reincorporara al núcleo familiar y a su cotidianidad.

El profesional de enfermería puede realizar un sinnúmero de actividades independientes para atribuir en la recuperación de los pacientes.

El impacto que deja la orientación de enfermería en los pacientes y en sus familias es muy grande, el profesional obtiene la confianza de los usuarios.

La valoración cefalocaudal de enfermería y la valoración por necesidades permite a la enfermera conocer a su paciente y entablar el vínculo enfermera – paciente, necesario para un cuidado profesional.

5.2 Sugerencias

Proporcionar al estudiante de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia mayor orientación para la realización del Proceso de Atención de Enfermería.

Despertar el interés del alumno de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia para aplicar el proceso enfermero con responsabilidad, organización y bases científicas y teóricas.

Crear un espacio en el plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería y de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia destinado específicamente para la enseñanza de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a nivel individual, familiar y comunitario.

Fomentar entre los estudiantes el uso de diagnósticos de enfermería, haciendo énfasis en sus elementos y redacción.

Anexos

Instrumento de Valoración de las Necesidades Básicas en el Adolescente y el Adulto

Ficha de identificación

Nombre: Enrique Díaz Hernández

Edad: 23 años Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 20 de julio de 1989

Escolaridad: Técnico en prótesis dental

Ocupación: Comerciante

Estado civil: Unión libre

Lugar de residencia: Iztapalapa, Distrito Federal

Necesidad de oxigenación

¿Padece de algún problema relacionado con su respiración?: no

¿Cuál es su opinión en relación con el acto de fumar?: es malo

¿Usted fuma?: si

¿Desde hace cuanto tiempo?: cinco años

¿Qué cantidad de cigarrillos fuma al día?: tres

¿Cómo influye su estado emocional con el acto de fumar?: se deprime porque sabe que es malo

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

¿Qué medidas toma para prevenir daños en su oxigenación?: piensa dejar de fumar

Fármacos específicos: ninguno

Necesidad de nutrición e hidratación

¿Qué alimentos consumes regularmente?: pasta, arroz, carne, leche, tortilla, pan, fruta.

¿Cuántas veces se alimenta al día?: dos

¿Qué alimentos prefiere?: tortas, comida rápida

¿Qué alimentos le desagradan?: verduras, en especial el brócoli

¿Tiene problemas para masticar o deglutir?: no

¿Ha presentado trastornos digestivos posteriores a la ingestión de alimento?: si

¿Cuáles?: diarrea después de haber tomado leche

¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación?: no

¿Cómo influye su estado de ánimo en la ingestión de líquidos?: me siento relajado porque me refresco

¿Influyen 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?: 40%

¿Utiliza sustancias para reducir el peso?: no

Fármacos: ninguno

Otros: tal vez no come muy sano, creé que debe mejorar sus hábitos de alimentación

Necesidad de eliminación

¿Cuántas veces evacua al día?: dos

¿Qué características tienen sus heces?: consistentes, oscuras, con mal olor, se hunden

¿Cuántas veces micciona al día?: cinco

¿Qué características tiene su orina?: amarillenta y de olor normal

¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la micción o la evacuación?: no

¿Padece de algún problema relacionado con la evacuación o micción?: ninguno

¿Cuál?: diarrea después de tomar leche

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su

eliminación intestinal y urinaria?: al evacuar, no lo hace en un lugar en que perciba falta de aseo

¿Cómo influye su estado emocional en su eliminación intestinal o urinaria?: si tiene alguna preocupación o está nervioso se produce diarrea

Fármacos: ninguno

Necesidad de movilidad y postura

¿Cómo es su actividad física cotidiana?: ahora es nula, antes del accidente muy activo

¿Realiza ejercicio?: si

¿Qué tipo de ejercicio?: juega football

¿Cómo es su tolerancia física cuando realiza el ejercicio?: buena

¿Cómo influye el ejercicio en su estado emocional?: lo hace sentir relajado

¿Padece de algún problema relacionado con la movilidad y la postura?: antes no, ahora no puedo moverme bien

¿Cuál?: dificultad para moverse por su accidente

¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura?: ninguno

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su movilidad y postura?: en su trabajo debe poner y quitar su puesto, requiere de habilidad y fuerza física

Fármacos específicos: ninguno

Necesidad de descanso y sueño

¿Cuánto tiempo destina para descansar?: la noche, aproximadamente 11 horas

¿Cuántas horas duerme?: 6 horas

¿Se duerme fácilmente?: si

¿Cree tener alteraciones del sueño?: ronca

¿A que considera que se deban estas alteraciones?: no sabe

¿Ronca ruidosamente?: a veces

¿Usted cree que roncar es un problema de salud?: si, no es normal

¿Qué ha hecho para solucionarlo?: nada

¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño?: duerme mejor cuando no tiene preocupaciones, siente que descansa

¿De qué manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño?: descansa cuando se siente cansado, y el ejercicio lo ayuda a relajarse

Fármacos o sustancias específicas: ninguna

Necesidad de usar prendas y de vestir adecuadamente

¿Necesita de ayuda para vestirse y desvestirse?: anteriormente no, ahora si aunque no tiene que vestirse (las zonas lesionadas deben estar solo con vendaje)

¿En qué medida?: totalmente, ya que no se puede mover

¿Elige su vestuario de forma independiente?: si

¿Por qué?: le gusta sentirme cómodo

¿Cómo influye su estado de ánimo en la selección de sus prendas de vestir?: no influye

¿Cómo influye el clima en la selección de sus prendas de vestir?: si hace calor usa ropa ligera, si hace frío usa ropa abrigadora

¿Cómo influye la moda en la selección de sus prendas de vestir?: no influye

¿Qué opinión tiene sobre el pudor y la vergüenza hacia la forma de vestir?: que cada persona debe vestir como le gusta y los demás deben respetarla

Necesidad de termorregulación

¿Cómo influyen las emociones en su temperatura corporal?: no lo sabe

¿Regularmente que temperatura tiene el lugar en donde usted vive, estudia o trabaja?: la mayor parte del tiempo es cálido

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

¿Qué medidas emplea para mantener su temperatura corporal?: elegir ropa dependiendo el clima

¿Padece de algún problema relacionado con su temperatura corporal?: no

Fármaco: ninguno

Necesidad de higiene y protección de la piel

¿Con que frecuencia se realiza baño y aseo de cavidades?: diario

¿A qué hora del día prefiere bañarse?: en la noche que llega de trabajar

¿Cuántas veces se lava los dientes al día?: dos

¿Cómo se lava los dientes?: empieza por la parte externa de las muelas y así sigue hasta el otro lado, luego por dentro y al final la lengua. los dientes de arriba hacia abajo y los de abajo hacia arriba

¿En qué casos se lava las manos?: cuando sale del baño

¿Con que frecuencia se realiza el corte de uñas?: una vez a la semana

¿Cómo lo hace?: con el corta uñas y con cuidado de no cortarse

¿Qué aspectos de la higiene considera más importantes?: el baño diario

¿Qué significa para usted la higiene?: estar limpio todo el tiempo

Fármacos: ninguno

Necesidad de evitar peligros

¿Cuenta con su esquema de vacunación completo?: no sabe

¿Qué vacunas no se le han aplicado?: no sabe

¿Qué tipo de autoexploración física realiza para evitar daños en su salud?: ninguna

¿Con que frecuencia se realiza autoexploración física?: no la realiza

¿Tiene vida sexual activa?: si

¿Qué frecuencia sexual tiene?: 1 a 2 veces por semana

¿Utiliza algún método de protección?: no, solo procura eyacular fuera de su pareja

¿Cuál?: coito interrumpido

¿Ha padecido algún tipo de enfermedad por transmisión sexual?: no

¿Toma bebidas alcohólicas?: si

¿Desde cuándo y con qué frecuencia?: desde hace 5 años, una o dos veces por mes

¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas?: que hace daño

¿Consume usted drogas?: no, solo una vez fumó marihuana

- ¿Qué opinión tiene usted sobre el consumo de drogas?: hace daño
- ¿Ha tomado fármacos o remedios sin prescripción médica?: si
- ¿Qué fármacos o remedios ha tomado sin prescripción médica?: para el dolor
- ¿Durante este año ha presentado algún problema de salud relacionado con ojos, nariz, garganta, sensibilidad o movimiento?: empezó a usar anteojos
- ¿Cuál?: miopía y astigmatismo
- ¿En el lugar donde usted vive, estudia o trabaja existen peligros que le pudieran provocar daños en su salud?: si
- ¿Cómo cuales?: a veces suceden peleas en su trabajo
- ¿Cómo reaccionaría usted ante una situación de urgencia?: defendiéndome
- ¿Qué medidas preventivas conoce para evitar accidentes?: no sabe
- ¿Cómo maneja una situación de estrés?: se aleja de la situación por un rato

Necesidad de comunicarse

- ¿Con quién vive?: con su pareja y su hija
- ¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos o vecinos?: casi no los ve
- ¿Pertenece a algún grupo social?: no
- ¿Durante cuánto tiempo esta solo?: cinco horas
- ¿Tiene pareja?: si
- ¿Cómo considera que es la comunicación sexual con su pareja?: buena
- ¿Padece de algún problema relacionado con la comunicación?: no
- ¿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?: si
- ¿Cuáles?: en el trabajo hay mucho ruido
- Fármacos: ninguno

Necesidad de creencias y valores

- ¿Tiene alguna creencia religiosa?: si
- ¿Cuál?: católica
- ¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad?: cree que la religión es de

donde se aprende a tener fé y la fé fortalece su espíritu

¿Con que frecuencia acude a su centro religioso?: una vez al mes

¿Tiene algún problema que le impida o limite asistir a su centro religioso?: si

¿De qué tipo?: falta de tiempo

¿Sus creencias religiosas pudieran interferir en su salud?: si

¿Por qué?: porque pone su fé para recuperarse de su condición actual

¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales?: no

¿Qué significa para usted un valor?: ser inteligente y afrontar las cosas como vienen

¿Considera que es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: algunas veces

¿Por qué?: porque hago cosas que me dañan y eso no es lo que Dios quiere

¿Qué significa para usted la vida y la muerte?: la vida es un estado para desarrollarse y crecer, la muerte es un paso más

Necesidad de trabajo y realización

¿Cuál es su rol familiar?: es pareja y padre

¿Está satisfecho con el rol que desempeña?: si

¿Por qué?: porque le gusta ver a su familia

¿Qué significado tiene para usted participar en el ingreso económico familiar?: pues todo porque si no participara no tendrían como seguir adelante

¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas?: si

¿Cómo percibe sus expectativas en relación con su situación social?: tiene deseos de crecer y poder dar mejor vida a su familia

¿Cómo participa en las actividades propias del hogar?: no participa

¿Realiza alguna actividad altruista?: no

¿Está satisfecho con su manera de pensar y actuar?: si

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas?: ahora no

¿Por qué?: porque no se puede mover
¿En qué forma influye su estado de ánimo para jugar y realizar actividades recreativas?: si se siente con ánimo lo hace
¿Qué juegos y actividades recreativas realiza?: practica football
¿Con que frecuencia?: dos veces por semana
¿Se integra con su familia y otras personas en la realización de actividades recreativas?: a veces
¿Por qué?: porque no siempre se puede
¿Cómo se siente después de jugar y realizar actividades recreativas?: relajado
Fármacos: ninguno

Necesidad de aprendizaje

¿Padece de algún problema que interfiera en su aprendizaje?: no
¿Qué significado tiene para usted la escuela?: oportunidad de salir adelante
¿A qué tipo de escuela asiste?: ya no asiste
¿Con que fuentes de apoyo para el aprendizaje cuenta su comunidad?: no sabe
¿Sabe cómo utilizar esas fuentes de apoyo?: no

Indicaciones médicas

25 de octubre de 2011

1. Dieta para paciente quemado de 2500kcal., hiperprotéica con alto contenido en fibra. una lata de dieta polimérica en cada comida más abundante líquido. DILUIR UN SOBRE DE GLUTAMINA EN UN VASO DE AGUA Y TOMARLO CON LA COMIDA.
2. Cuidados de enfermería, baño de esponja y no descubrir herida, áreas donantes bajo tienda de campaña SVT Y CGE.
Reposo absoluto y aplicación de rifocina spray en área donadora dos veces al día.
Posición de semifowler

3. Soluciones

- a. Solución mixta 1000cc para 12 horas

4. Medicamentos

- a. Dicloxacilina 1gr IV cada 6 horas
- b. Vitamina K 10mg IV cada 24 horas
- c. Omeprazol 20mg cada 24 horas
- d. Ketorolaco 30mg VO cada 8 horas. Alternar horario con metamizol 1gr IV lento y diluido.
- e. Metamizol sódico 1gr IV lento y diluido en caso de hipertermia mayor a 38.5°C

26 de octubre de 2011

- 1. Dieta para paciente quemado de 2500kcal., hiperprotéica con alto contenido en fibra. Una lata de dieta polimérica en cada comida más abundante líquido. DILUIR UN SOBRE DE GLUTAMINA EN UN VASO DE AGUA Y TOMARLO CON LA COMIDA.

- 2. Cuidados de enfermería, baño de esponja y no descubrir herida, áreas donantes bajo tienda de campaña SVT Y CGE.

Reposo absoluto y aplicación de rifocina spray en área donadora dos veces al día.

Posición de semifowler

3. Soluciones

- a. Solución mixta 1000cc para 12 horas

4. Medicamentos

- a. Dicloxacilina 1gr IV cada 6 horas
- b. Vitamina K 10mg IV cada 24 horas
- c. Omeprazol 20mg cada 24 horas
- d. Ketorolaco 30mg VO cada 8 horas. Alternar horario con metamizol 1gr IV lento y diluido.
- e. Metamizol sódico 1gr IV lento y diluido en caso de hipertermia mayor a 38.5°C

27 de octubre de 2011

Suspender soluciones.

Cambia dicloxacilina 1gr VO cada 6 horas

Omeprazol caps. 20mg cada 24 horas

Metamizol 1gr en caso de fiebre

1. Dieta para paciente quemado de 2500kcal., hiperprotéica con alto contenido en fibra. una lata de dieta polimérica en cada comida más abundante líquido. DILUIR UN SOBRE DE GLUTAMINA EN UN VASO DE AGUA Y TOMARLO CON LA COMIDA.
2. Cuidados de enfermería, baño de esponja y no descubrir herida, áreas donantes bajo tienda de campaña SVT Y CGE.
Reposo absoluto y aplicación de rifocina spray en área donadora dos veces al día.
Posición de semifowler.
3. Soluciones. Sin soluciones
4. Medicamentos
 - a. Dicloxacilina 1gr VO cada 6 horas
 - b. Vitamina k 10 mg VO cada 24 horas
 - c. Omeprazol 20mg VO cada 24 horas
 - d. Ketorolaco 10mg VO cada 8 horas
 - e. Metamizol 1gr IV en caso de hipertermia mayor a 38.5°C

28 de octubre de 2011

1. Dieta para paciente quemado de 2500kcal., hiperprotéica con alto contenido en fibra. Una lata de dieta polimérica en cada comida más abundante líquido. DILUIR UN SOBRE DE GLUTAMINA EN UN VASO DE AGUA Y TOMARLO CON LA COMIDA.
2. Cuidados de enfermería, baño de esponja y no descubrir herida, áreas donantes bajo tienda de campaña SVT Y CGE.

Reposo absoluto y aplicación de rifocina spray en área donadora dos veces al día.

Posición de semifowler.

3. Soluciones. Sin soluciones

4. Medicamentos

- a. Dicloxacilina 1gr VO cada 6 horas
- b. Vitamina k 10 mg VO cada 24 horas
- c. Omeprazol 20mg VO cada 24 horas
- d. Ketorolaco 10mg VO cada 8 horas
- e. Metamizol 1gr IV en caso de hipertermia mayor a 38.5°C

Imágenes

Regla de los nueves de Wallace

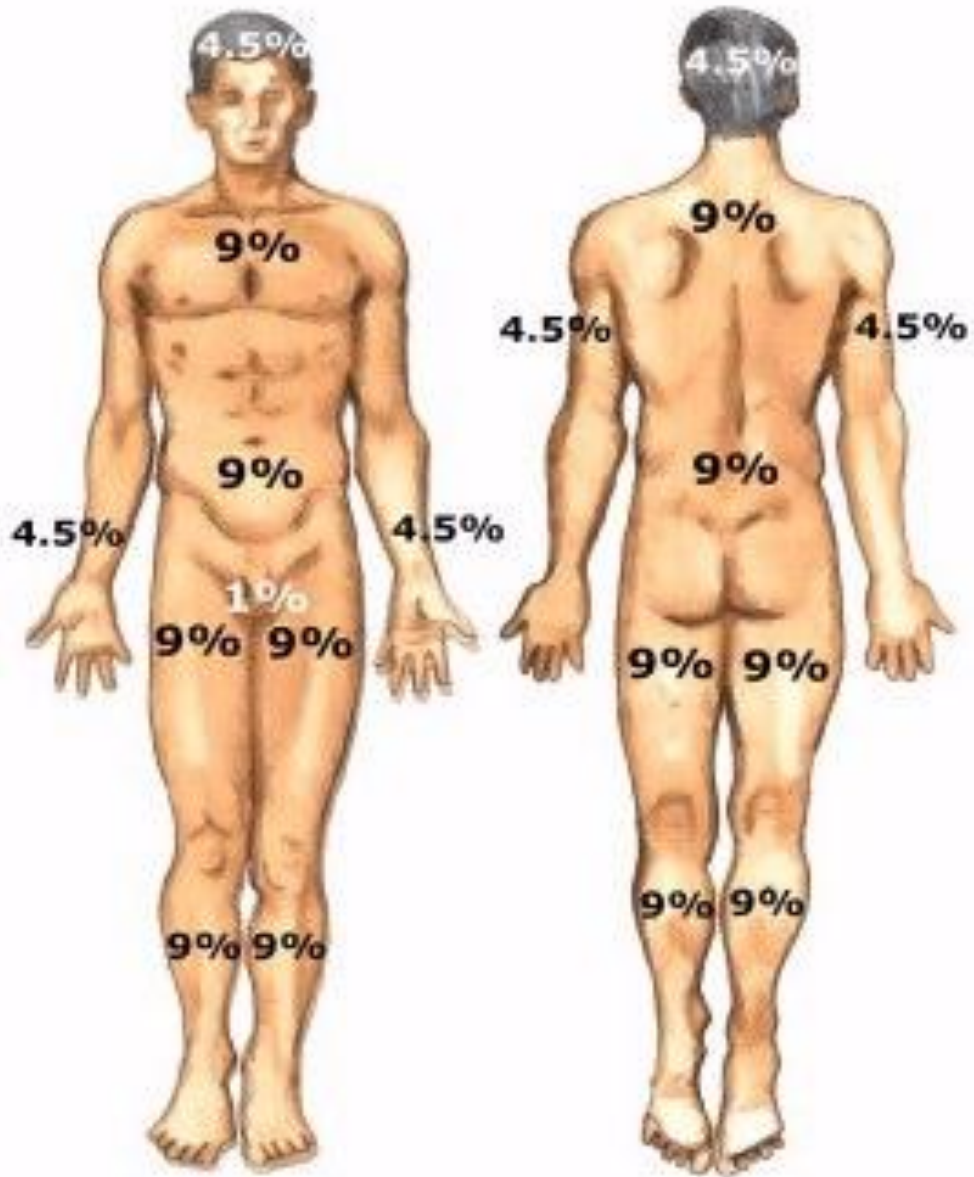


Imagen 1

Carta de Lound Browder

CARTA DE LUND - BROWDER

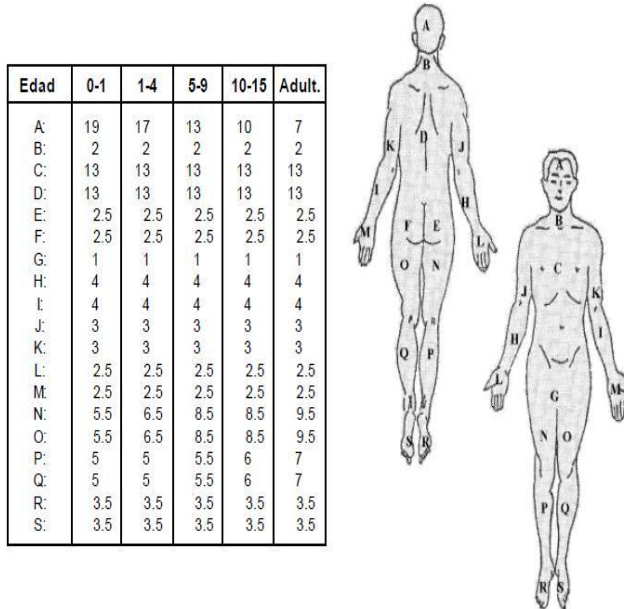


Imagen 2

Profundidad de quemaduras

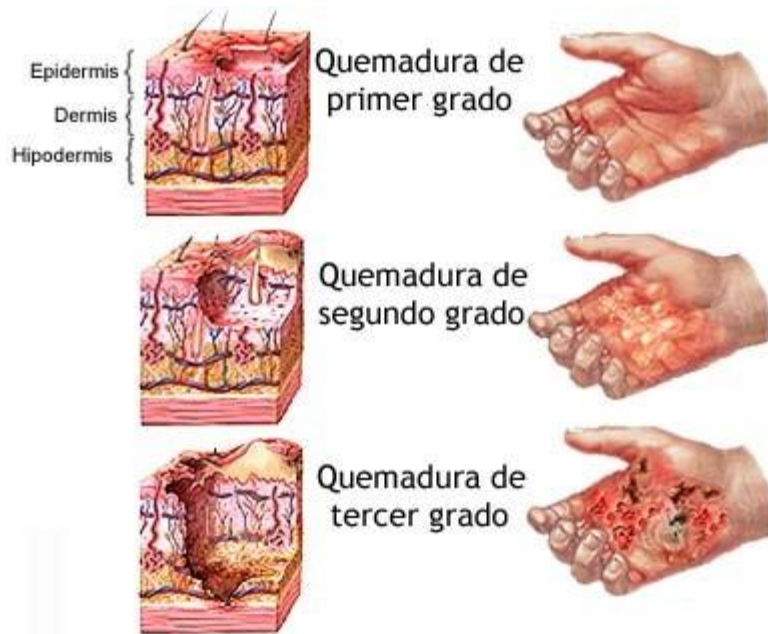


Imagen 3

Glosario

Agente patógeno: cualquier microorganismo capaz de producir una enfermedad.

Albinismo: trastorno congénito caracterizado por una deficiencia total o parcial de pigmento melánico. Los individuos con déficit total presentan una piel blanca que no se broncea, tienen asimismo el pelo blanco y los ojos de color rosa y en ellos se observa nistagmo, astigmatismo y fotofobia. Los albinos son más propensos a las quemaduras solares, la dermatitis actínica y el cáncer de piel que los sujetos normales.

Aséptico (a): ausencia de gérmenes.

Baño quirúrgico: limpieza efectuada al paciente para evitar infecciones, preservar la continuidad de la piel, estimular la circulación, facilitar la captación de oxígeno, mantener el tono muscular y la movilidad articular. Se realiza de forma estéril en un área quirúrgica.

Calorías: unidad que se utiliza para definir el gasto de calor de un organismo y el valor energético de los alimentos.

Choque hipovolémico: estado de colapso físico y postración provocado por pérdida masiva de sangre, alteración circulatoria y perfusión inadecuada de los tejidos. La pérdida de 1/5 del volumen sanguíneo total puede dar lugar a este estado.

Cuidado: Está dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Dependencia: Estado en el cual un sujeto no tiene desarrollado suficientemente, o inadecuado, el potencial del que dispone para satisfacer las necesidades básicas.

Edema: acúmulo anormal de líquido en los espacios intersticiales, saco pericárdico, espacio intrapleural, cavidad peritoneal o cápsulas articulares.

Entorno: Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un individuo. Henderson dice “la sociedad quiere y espera de la enfermera que le proporcione un servicio para los individuos incapaces de realizar sus funciones independientemente.

Escara: costra desecada debida a una quemadura, una infección o excoriación cutánea.

Habilidad: Capacidad de actuar de una forma específica gracias a poseer la experiencia adecuada junto con un buen estado de entrenamiento físico o mental.

Hiperalimentación: exceso en la proporción de alimentos.

Independencia: Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con la edad, el sexo, la etapa de desarrollo en la que se encuentre cada persona.

Infección: invasión del organismo por microorganismos patógenos que se reproducen y multiplican, causando un estado morbozo por lesión celular local, secreción de una toxina o al provocar una reacción antígeno-anticuerpo en el huésped.

Ingesta: cantidad de alimentos sólidos o líquidos ingeridos en un determinado periodo de tiempo medida en ml o g.

Injerto: tejido u órgano que se toma de un lugar o una persona y se inserta en otra localización o persona con la finalidad de reparar un defecto estructural. Puede ser temporal, como sucede en el trasplante cutáneo de emergencia para tratar quemaduras extensas, o permanente.

Lesión (es): cualquier alteración local visible de los tejidos corporales, como una herida, úlcera, forúnculo o erupción. Puede ser calificada de benigna, cancerosa, oculta, primaria o grande.

Melanina: pigmento negro o marrón oscuro que se produce de forma natural en el cabello, piel, iris y coroides ocular.

Melanocito: célula capaz de producir melanina.

Necesidad: Debe considerarse en términos de requisito y no de requerimiento. Para Hender son la necesidad podríamos decir que es antes que el problema, por tanto, el problema es tal porque partimos del requisito que marcan las catorce necesidades.

Nutriente: sustancia que proporciona alimentación y afecta a los procesos nutritivos y metabólicos del organismo.

Nutrición: conjunto de procesos implicados en la ingesta de nutrientes y en su utilización y asimilación para el funcionamiento del propio organismo y para el mantenimiento de la salud.

Oxígeno: gas inodoro, incoloro e insípido esencial para la respiración del hombre.

Persona (paciente): Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

Posición ortopnéica: postura del organismo que facilita la respiración.

Profilaxis analgésica: prevención o protección de la enfermedad, generalmente mediante un agente biológico, químico o mecánico capaz de destruir los organismos infecciosos o impedir su entrada al organismo.

Proteínas: compuesto nitrogenado natural de carácter orgánico complejo, constituido por muchos aminoácidos, que contiene carbón, hidrógeno, nitrógeno, oxígeno, a menudo azufre y, algunas veces fósforo, hierro, yodo u otros componentes esenciales de las células vivas.

Salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda de los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia. (Villanueva, 2000).

Referencias

- Bendlin, Arnaldo. Hugo A. Linares Fortunato Benaim. (1993) *Tratado de quemaduras*. Distrito Federal, México: Interamericana /Mc Graw-Hill.
- Barroso Romero, Zoila., Torres Esperón, Julia Maricela (2001). Fuentes teóricas de la enfermería profesional: Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. *Rev. Cubana Salud Pública*. 27(1): 11-18. Consultado el 20 de octubre de 2012, en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100002&lng=es.
- Beers, Mark H. (ed.) (2006). *Nuevo Manual Merck de Información Médica General*. Barcelona, España: Océano.
- Rodríguez Carranza, Rodolfo. (2002) *Vademécum académico de medicamentos*. Distrito Federal, México: Mc Graw-Hill Interamericana
- INEGI (2012a) *Porcentaje de casos de morbilidad hospitalaria por entidad federativa y principales causas según sexo, 2007 a 2009*, Consultado el 20 de octubre de 2012, en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal05&s=est&c=21890>
- INEGI (2012b) *Defunciones generales por países seleccionados según sexo, 2005 – 2010*, Consultado el 20 de octubre de 2012, en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo88&s=est&c=23586>
- INEGI (2012c) *Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad*, Consultado el 20 de octubre de 2012, en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>

INEGI (2012d). *Porcentaje de muertes violentas con respecto al total de defunciones por entidad federativa y sexo, 2004 a 2010*. Consultado el 20 de octubre de 2012, en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mvio27&s=est&c=22661>

Iyer, Patricia W. Taptich J., Bernocchi-Losey, Bárbara. (ed.) (1989) *Procesos de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. Distrito Federal, México: Interamericana – McGraw-Hill

Jonson, Marion. Bulechek, Butcher, Mc'closkey, Dochterman, Maas, et. al. (2007) *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. España: Elsevier.

Kozier, Bárbara et. al. (2005) *Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y práctica*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.

Leal Costa, Cesar. Carrasco Guiaro, José Jorge. (ed.) (2010) *Fundamentos de Enfermería Cuidados básicos centrados en las necesidades de la persona*. Murcia, España: Diego Marin Librero Editor.

Marini, John J, Wheeler P., Artthur. (2009) *Medicina crítica y cuidados intensivos*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal.

Montse Albert, María Villalba. (ed.) (2009). *Nuevo Manual de Enfermería*. Barcelona, España: Océano.

NANDA (2008) *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008*. Madrid, España; México: Elsevier

Rosales Barrera, Susana (2004) *Fundamentos de enfermería*. Distrito Federal, México: Manuel Moderno

Tortora J., Gerard, Derrickson B. (2007) *Principios de Anatomía y Fisiología*. México: Médica Panamericana

Villanueva, A.R. *Diccionario Mosby. Medicina, enfermería y ciencias de la salud*. (2000) España: Harcourt.