



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Sistema de Universidad Abierto y a Distancia
Licenciatura en enfermería y Obstetricia



Proceso Atención de Enfermería

**“ESTUDIO DE CASO A UNA PERSONA QUE PRESENTA DETERIORO DE LA
INTEGRIDAD CUTÁNEA”.**

Que para Obtener el Grado de Licenciada en enfermería y Obstetricia

PRESENTA

Carmela Villa García

No. Cta. 097611422

Mtra. Angelina Rivera Montiel

Asesora

Septiembre de 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

I INTRODUCCION.....	1-2
I.I Objetivo general y específico.....	3
II MARCO DE REFERENCIA	
2.1 Cuidado	4
2.1.1 Tipos de cuidado.....	5
2.1.2 Tecnología para el cuidado	6
2.1.3 Tipos de tecnología.....	7
2.1.4 Relación del cuidado con la tecnología.....	8
2.2 ENFERMERIA	
2.2.1 Antecedentes históricos.....	9
2.2.2 Teoría de cuidado de Jean Harman Watson	10
2.2.3 Supuestos básicos de la teoría de Watson.....	11
2.2.4 Conceptos de metaparadigmas de enfermería en la teoría del cuidado humano de Jean Watson.....	12
2.2.5 Conceptos de la teoría del cuidado humano de Jean Watson.....	13
2.3 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA	
2.3.1 Concepto.....	15
2.3.2 Las etapas del proceso de cuidados	
2.3. 3 Primera Etapa: Valoración.....	16
2.3.4 Comparación de patrones funcionales de salud i dominios NANDA.....	18
2.3.5 Segunda etapa: Diagnostico	19
2.3.6 Definiciones de diagnostico de enfermería	20
2.3.7 Diagnostico de enfermería: (Proceso o Resultado)	

2.3.8 Estructura del enunciado diagnostico (formato PESS)	21
2.3.9 Tercera Etapa: Planificación	
2.3.10 Procedimiento para planificar el proceso.....	22
2.3.11 Cuarta etapa: Intervención.....	23
2.3.12 Quinta etapa: Evaluación.....	23
2.3.13 Elementos que deben ser evaluados en cada componente del proceso....	24

2.4 PROPUESTA TEORICA DE VIRGINIA HENDERSON

2.4.1 Datos biográficos.....	25
2.4.2 Fuentes del desarrollo de la teoría.....	
2.4.3 Uso de la evidencia empírica	26
2.4.4 Supuestos principales.....	27
2.4.5 Afirmaciones teóricas.....	28
2.4.6 Definición de enfermería.....	29
2.4.7 Tipos de rol de enfermería.....	
2.4.8 Principales conceptos.....	30
2.4.9 14 Necesidades de Virginia Henderson.....	32
2.4.10 Factores que influyen en la satisfacción de las necesidades.....	33

2.5 FISIOPATOLOGIA DE LAS QUEMADURAS

2.5.1 Concepto.....	35
2.5.2 Fisiopatología.....	36
2.5.3 Manifestaciones clínicas.....	37
2.5.4 Clasificación de las quemaduras de acuerdo con su profundidad.....	38
2.5.5 Estudios diagnósticos.....	40
2.5.6 Tratamiento y atención de enfermería.....	41
2.5.7 Formulas para la reposición de líquidos.....	43

2.5.8 Cuidado de las heridas.....	45
2.5.9 Medicamentos.....	46
2.5.10 Antibióticos tópicos en el tratamiento de quemaduras.....	47
2.5.11 Quemaduras químicas.....	48
2.5.12 Consecuencias hemodinámicas.....	49
2.5.13 Consecuencias celulares.....	49
2.5.14 Respuesta del organismo.....	50
2.5.15 Valoración de las quemaduras.....	50
2.5.16 La piel.....	51

III METODOLOGIA

3.1 Valoración.....	52
3.2 Diagnostico de enfermería.....	52
• Proceso diagnostico.....	53
• Identificación diagnostica.....	53
• Enunciado diagnostico.....	54
3.3. Planificación.....	54
3.4 Ejecución y evaluación.....	55
• Aparato Critico.....	55

IV APLICACIÓN PRACTICA DEL PROCESO

4.1 VALORACION	
4.1.1. Datos históricos.....	56
4.1.2 Antecedentes personales patológicos.....	56
4.1.3 Padecimiento actual.....	56
4.1.4 Exploración física.....	57
4.1.5 Dieta.....	57

4.1.6. Tratamiento.....	57
4.1.7 Medidas generales.....	58

V DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

4.1 Plan de cuidados de enfermería.....	59-70
4.2 Conclusiones.....	71
4.3 Bibliografía.....	72 - 73

INTRODUCCION

El proceso de atención de enfermería (PAE), es un método, racional, sistemático de planificación y proporciona cuidados de enfermería con el propósito de identificar el estado de salud del paciente sus problemas reales y potenciales para poder establecer planes de cuidado que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermedades específicas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo, que necesita atenciones específicas.

El presente Proceso Atención de Enfermería se realizó en una persona del sexo masculino de 56 años de edad, que presenta deterioro de la integridad cutánea, de manera focalizada y globalizada, permitiendo al personal de enfermería, dar un cuidado integral, con fundamento científico, permitiendo, aportar un juicio en la toma de decisiones al momento de realizar la planificación; así como la evaluación de nuestro cuidado enfermero.

La investigación de esta problemática se realizó por el interés del personal de enfermería en buscar las mejores alternativas de atención de necesidades en un paciente con deterioro de la integridad cutánea.

La metodología que se utilizó fue la propia del Proceso Atención de Enfermería, basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Los objetivos principales que guiaron la realización del presente trabajo fue el mostrar que la egresada de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, cuente con los conocimientos, habilidades y destreza para la aplicación práctica del Proceso Atención de Enfermería; así como también, ayudar a la persona con deterioro de la integridad cutánea.

Para su presentación, el trabajo se ha estructurado en cinco (5) capítulos. El primero es La Valoración, primera etapa del Proceso de Enfermería, consiste en la recolección de datos referentes a la persona y su entorno.

El Segundo Capitulo, Corresponde a la segunda Etapa del proceso de enfermería y determina el tipo de ayuda profesional que la enfermera proporcionará, define las intervenciones y las actividades que se realizaran a la persona que requiera los cuidados.

La planificación es la Tercera Etapa del proceso de enfermería, en esta fase se toman las decisiones que permitieron ayudar al paciente, resolver los diagnósticos de enfermería.

La Ejecución es Cuarta Etapa del Proceso de Enfermería; es donde la enfermera llevo a cabo las intervenciones planificadas.

La evaluación es la quinta Etapa del Proceso de Enfermería; es donde se evalúan los resultados de los diagnósticos de enfermería.

Cuenta también con un aparato Critico, donde cita las referencias y notas aclaratorias; así como los aportes bibliográficos,

1.1 OBJETIVO GENERAL

Aplicar de manera eficaz y óptima el proceso de enfermería basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, estableciendo tiempo y forma del proceso enseñanza aprendizaje para dar un cuidado holístico al paciente proporcionándole un cuidado integro y de calidad.

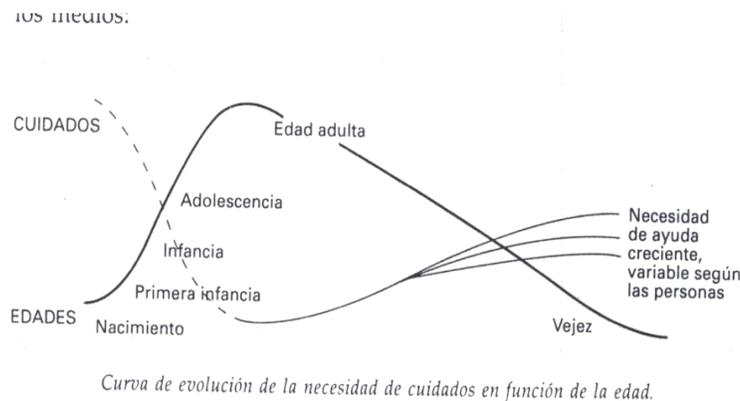
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.2.1 Valorar los datos clínicos del paciente según las necesidades de Virginia Henderson.
- 1.2.2 Formular diagnósticos reales, potenciales y de salud enfocados a una evolución adecuada para el paciente.
- 1.2.3 Elaboración de objetivos para el paciente a corto plazo.
- 1.2.4 Establecer planes de cuidados y/o intervenciones de enfermería de acuerdo a los patrones alterados.
- 1.2.5 Evaluar la respuesta del paciente a las intervenciones e identificar el éxito de las mismas.

II MARCO REFERENCIAL

2.1 CUIDADO

Colliere dice que cuidar es ante todo un acto de vida, en el sentido que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservarla permitiendo que esta continúe y se reproduzca como un acto individual, de reciprocidad que se da uno mismo cuando adquiere autonomía; comenta que para que se reconozcan los cuidados de enfermería, debe ser reconocible la naturaleza de sus cuidados, así como los elementos que participan en su elaboración (los conocimientos y los instrumentos que utiliza); sus creencias, la base de sus valores, identificar la naturaleza de su poder, sus límites, sus dimensiones sociales y económicas. Comenta que existe la curva de evolución de las necesidades de cuidado en función de la edad y nos percatamos de que a menor y mayor edad existe más demanda de cuidados otorgados por personal calificado, familiares, vecinos dependiendo de las circunstancias¹



La profesora Zarate Grajales en su artículo sobre la gestión del cuidado, comenta que el cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados, dice que la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el “que” del cuidado y el “como” de la interacción persona – enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias, valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones².

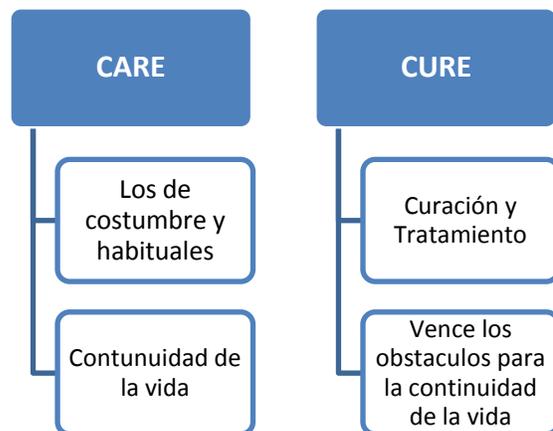
Los cuidados de enfermería constituyen un hecho histórico, ya que en definitiva los cuidados enfermeros son una constante histórica que, desde el principio de la humanidad surge con carácter propio independiente³.

Virginia Henderson describe a los cuidados como la manera de satisfacer sus necesidades de manera optima para llegar a un mayor bienestar así como saber dirigirla a recuperar su independencia frente a sus necesidades, siempre teniendo presente que la persona es un ser psicosocial y espiritual⁴.

Como podemos darnos cuenta las enfermeras, constituimos el recurso humano y de profesionales de salud más numeroso, las competencias están diversificadas y se encuentran en todo los escenarios relacionados con el cuidado de la salud; desde el instituto de más alta especialidad, los hospitales generales, hasta los centros de salud más alejados en las zonas rurales o urbanas, en el domicilio de las personas, las escuelas y los centros de trabajo. Las enfermeras educamos, dirigimos, asesoramos, investigamos, pero ante todo cuidamos la salud y el bienestar de los seres humanos.

2.1.1 TIPOS DE CUIDADO

El objetivo de la curación se ha convertido poco a poco en la función orgánica o mental, el órgano, el tejido, la célula aislada de su todo y por lo tanto, de todo a aquello que puede dar significado al proceso salud-enfermedad; de prevalecer **EL CURE**, es decir los cuidados de curación descuidando los habituales y de costumbre **EL CARE**, se aniquilarían todas las fuerzas vivas de las personas, todo aquello que lo hace ser y querer reaccionar, agotando su fuerza de energía vital, siendo de la naturaleza que sea (física, afectiva, social, etc.)¹.



Actualmente, en la práctica de la enfermera, se refiere al cuidado, como una atención rápida, oportuna, continua y permanente encaminada a preservar la necesidad en particular que en ese momento está afectando a la persona que demanda un servicio institucionalizado o donde se requiera la atención, siempre llevando a cabo la comunicación verbal o no verbal, haciendo uso de la psicología, a la antropología social, la ética; más que nada siempre respetando sus usos y costumbres.

2.1.2 TECNOLOGÍA PARA EL CUIDADO

La tecnología es un arte, un conocimiento de los instrumentos, su creación y la manera de servirse de ella, es un campo para explorar por completo; la relación cuidador-persona cuidada, obliga a las enfermeras a utilizar instrumentos precisos que tiendan a recoger y guardar la información relativa a cada enfermo; dando lugar al desarrollo y multiplicación de alguno de ellos como la informática con sus nuevos códigos y procedimientos haciendo su empleo más accesible y significativo¹.

Para la enfermera pasar en tan poco tiempo de una forma de comunicación oral a la informática sin un aprendizaje suficiente denominado de la información escrita; ha sido un verdadero desafío¹.

Las tecnologías han sido valoradas y condenadas por diversos grupos profesionales, debido más que nada al aprendizaje de las técnicas que a una comprensión de la utilización de sus propiedades. El personal de enfermería no ha querido reconocer a la tecnología como un elemento fundamental del proceso de cuidar. Debemos entender que la ciencia día con día va evolucionando y como responsables del cuidado tenemos que estar actualizadas para los cambios que constantemente se presenten, tener presente que la tecnología es un apoyo no un obstáculo, sin perder nuestra esencia fundamental que es el cuidado.

2.1.3 TIPOS DE TECNOLOGÍA:

- **La tecnología de curación**

Corresponde más a los cuidados médicos, prescritos por médicos y llevados a cabo por personal de enfermería con un conocimiento exacto acerca del disfuncionamiento que hay que compensar o del no funcionamiento que hay que atenuar, para que el instrumento a suplir sea el apropiado, se debe tener presente que todo instrumento para la curación requiere una justificación de su utilización.

- **La tecnología de la información**

En esta tecnología se recurre a instrumentos y técnicas de recolección de análisis y consignación de la información, demostrando poco significativo e interferido considerablemente en los cuidados de enfermería y con la acción sanitaria. En esta tecnología se reúnen alrededor de dos tipos de instrumentos principales: a) Los que constituyen las historias clínicas o de acción sanitaria. B) Los que contribuyen a la gestión del servicio de enfermería¹.

En un estudio realizado por la Universidad de Colombia, Sobre la utilización de la tecnología, para ayudar en el cuidado de las personas, cuando por sus condiciones de salud lo requiera, no debe permitir que nos ciegue, de tal forma que nos desplace y reste importancia a la persona, sujeto a nuestro cuidado. Recordar siempre que esta es en beneficio de la persona no en sentido contrario; que la persona es un ser en cada momento y no podemos disgregarlo en parte⁵.

2.1.4 RELACIÓN DEL CUIDADO CON LA TECNOLOGÍA

Colliere comenta que las nuevas formas de organización del trabajo debidas al desarrollo de las tecnologías al final del siglo XIX, la aceleración del ritmo de vida y la división de tareas, han impregnado de manera progresiva todo el proceso de los cuidados, en primer lugar separando los cuidados de mantenimiento de la vida y los de curación, de su relación de apoyo, posteriormente desarticulándolos y haciéndolos perder una gran parte de su significado¹.

La educación superior viene enfrentando desde hace algún tiempo una serie de desafíos difíciles de abordar, por distintos factores de la naturaleza, externos al sistema, como los que se originan en su propio seno, afectan tanto sus resultados como sus procesos. Quizás uno de los factores que aparece con mayor fuerza en esta década es la alta demanda de calidad. El avance vertiginoso del conocimiento y del desarrollo tecnológico hace al estudiante de enfermería estar al día en los conocimientos y ofrecer una formación que permita el desarrollo del aprendizaje adecuado a las exigencias y necesidades de los tiempos⁶.

Se entiende por tecnología a la sistematización de los conocimientos y prácticas aplicables a cualquier actividad, en especial a los procesos industriales, también se aplica a la producción de servicios para las personas o en otros procesos es oportuno analizar si la tecnología debe estar al servicio del cuidado, si la prioridad para enfermería es la persona sujeto de nuestro cuidado o si las prioridades se tornan diferentes en nuestro contexto real.

La actitud de la enfermera debe ir más allá de la misma ciencia que cada vez es más compleja y exigente. La alta tecnología nos ayuda, y nos facilita el trabajo, pero debemos estar preparados para asumirla sin olvidar a la persona. Hemos de retomar espacios que generan compromiso con el otro. Para disipar la angustia que se genera a partir de la información dada que corresponda a otra persona, la explicación fallida respecto a un procedimiento, la falta de permiso para un acto quirúrgico, la información para un traslado, la información para realizar un examen⁷.

En los momentos actuales de alta tecnología, de problemática política y económica difícil de resolver, la comunicación y la coordinación entre unos y otros se hace más compleja, sobre todo a medida que la institución se hace más grande, se vuelve más complicada la relación con los otros y aumenta la insatisfacción frente a lo que significa la indiferencia por parte de las personas que laboran en los hospitales⁷.

Por lo tanto debemos recordar que el cuidado de enfermería es más un acto profesional, un simple encuentro con el otro; entraña respeto, amor, dedicación crecimiento mutuo. Para ese crecimiento, quienes nos preparamos como profesionales de la salud debemos estar al día en avances, en procesos, ya que la formación continua se hace cada vez más necesaria en cantidad y calidad suficiente para dar un cuidado enfermería autentico.

2.2 ENFERMERÍA

Florence Nightingale definió la enfermería como el acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo en su curación⁸.

Históricamente, la enfermería ha sido, sobre todo en los países sudamericanos una relación de dependencia, con más vocación de apostolados, de “nurses” sin exigencias de preparación técnica, cosa que actualmente va desapareciendo, exigiéndose cada vez más conocimientos teóricos y muy buena experiencia práctica; los servicios tanto públicos como privados exigen título terciario⁹.

2.2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los aztecas vivían en el México precortesiano, eran politeístas, ellos sostenían la visión de que los acontecimientos astronómicos podían afectar las funciones corporales o a la inversa, el comportamiento humano podía afectar el equilibrio y la estabilidad del universo. La religión azteca combinaba la religión del estado con el chamanismo. La enfermedad era el resultado de un mal vivir. Ticitl era el hombre o la mujer que se dedicaba a la atención de los enfermos (enfermera-o). Tlamatqui-ticitl era la partera, la enfermera administraba brebajes, ponía lavados intestinales, curaba dando fricciones, colocaba férulas, vigilaba los temaxcalli (baños de vapor para que sudando se alejaran los malos humores). En el momento que se da el encuentro de dos mundos, vemos que se inicia en México una nueva etapa histórica y con esto una nueva manera de practicar la enfermería que ha llegado en nuestros días hasta su profesionalización¹⁰.

El análisis histórico se hace imprescindible ya que como indica Diego Gracia (Gracia Guillen, 1992). “La profesión es una creación humana, frente a los hechos naturales en sí mismos. Y todo lo que es una creación humana es una creación histórica, es decir las creaciones del hombre surgen en la historia, surgen en el tiempo y no se entienden cuando bien cuándo, cómo y por que han surgido si no es dentro de la historia. Este es un fenómeno claramente humano. ¿Por qué la enfermería es cómo es? Eso, o se analiza en su gestión o no se entiende. Y además un profesional ha de ser una persona que tenga conciencia de su rol y este es un rol histórico-social creado por los hombres, por las sociedades”. Por tanto el hacer un recorrido histórico en busca de esas personas que proporcionaban cuidados y de los lugares donde se aplicaban, nos permitirá adentrarnos en el conocimiento de la enfermería y de los momentos en que se efectuaron cambios que han favorecido el avance hacia al desarrollo profesional¹¹.

2.2.2 TEORÍA DEL CUIDADO DE JEAN HARMAN WATSON

Margaret Jean Harman Watson Nació en el sur de Virginia en 1940, obtuvo un bachillerato en ciencias de la Enfermería 1964, en el campus de Boulder, Una maestría en salud mental y Psiquiatría en 1966, ha sido presidenta y vicedecana de los programas universitarios. Actualmente es profesora de enfermería y sustenta el cargo de presidenta fundadora de la ciencia del cuidado en la Escuela de enfermería de Colorado. Sus publicaciones reflejan la evolución de su teoría del cuidado. Todo lo que ha escrito va dirigido a los estudiantes de enfermería y les propone la base antológica, ética y epistemológica para su praxis. Confirma que el cuidado está intrínsecamente relacionado con la curación. La ética y la escala de valores, de cuidado y salud comprenden el contexto profesional y la misión de la enfermera para la sociedad. Su teoría del cuidado Humano, sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería. Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto es pionera de la integración de las humanidades, las artes y la ciencia. A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación¹².

2.2.3 SUPUESTOS BÁSICOS DE LA TEORÍA DE WATSON

- El cuidado solo se puede manifestar de manera eficaz y solo se puede practicar de manera interpersonal.
- El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
- El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal y familiar.
- Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no solo como es, si no como la persona que puede llegar hacer.
- Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo potencial a la vez que permite elegir para la persona para más acción en un momento determinado.
- El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer los cuidados a los enfermos.
- La práctica del cuidado es fundamental para enfermería.

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de la vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida¹².

2.2.4 CONCEPTOS DE METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA EN LA TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

- Salud: Tiene que ver con una unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu), que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones integrales con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde su aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.
- Entorno: Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, un cicatrizante. La realidad objetiva y externa marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico incluye la persecución de sí mismo, creencias expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).
- Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de su vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Está asociación humanística-científica constituye la ciencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar¹².

2.2.5 CONCEPTOS DE LA TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

Los conceptos de la teoría de Jean Watson: interacción enfermera - paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal de cuidado y momento de cuidado están emergiendo, aun estos conceptos necesitan ser definidos claramente, esto es quizá por la naturaleza abstracta de los conceptos que ha hecho este modelo difícil de evaluar.

- **Interacción enfermera paciente:**

La idea moral de enfermería es la protección mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera – paciente).

- **Campo fenomenológico:**

El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición de ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

- **Relación de cuidado transpersonal:**

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden (persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno. Está trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson (1999) la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/ más alto Yo.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe como la enfermera va más allá de una evaluación objetiva mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unidad tanto de la persona como la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en la búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para trascendencia espiritual de sufrimiento.

El término “transpersonal” quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior¹²

2.3 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

2.3.1 CONCEPTO

Las ciencias de la enfermería tiene una amplia base teórica, y el proceso de cuidados representa el medio para llevar a la práctica una serie de conceptos. Se trata de un proceso lógico deliberado, que se utiliza para la planificación de las intervenciones en cuidados enfermeros. Comprende cinco etapas interrelacionadas que se dirigen principalmente a la planificación de cuidados personalizados. Virginia Henderson decía incluso que “el proceso de cuidados es un proceso lógico de resolución de problemas que debería ser utilizado por todos los profesionales que trabajan con enfermos” (Halloran, 1995, p.201)¹³.

Este proceso no puede ser eficaz si no se basa en un contenido cognitivo importante que exige unos conocimientos en ciencias exactas y en ciencias humanas, aplicados no sólo a los cuidados enfermeros, sino también a otras disciplinas afines, como la medicina, la psicología y la sociología (Doenges y Moorhouse, 1992, P.4). La creatividad es otro elemento esencial para la aplicación del proceso de cuidados. Poseer conocimientos está bien, pero no es suficiente. Además hay que adaptarlos al continuo cambio de estado de la persona, a sus necesidades particulares y a su cultura, lo que no siempre es fácil.

La aplicación del proceso de cuidados exige también una orientación del pensamiento que va más allá de los objetivos de organización. Según M.E. Doenges y M.F. Moorhouse (1992, p.6), la base del proceso de cuidados descansa en varios postulados que deberían estar presente en el espíritu de la enfermera que aplica dicho proceso de cuidados:

- El enfermo es un ser humano con su propio valor y dignidad.
- La persona tiene necesidades que, si no se satisfacen, causan una serie de problemas que exigen la intervención de otra persona, pero sólo mientras no pueda asumir por sí misma la responsabilidad de dichas necesidades.
- El enfermo tiene derecho a unos cuidados de calidad, dispensados con solicitud, compasión y competencia, centrados en el avance hacia un mayor bienestar y en la prevención.
- En este proceso, la relación entre la enfermera y la persona cuidada es importante¹³.

2.3.2 LAS ETAPAS DEL PROCESO DE CUIDADOS

- PRIMERA ETAPA

2.3.3 VALORACIÓN

Utiliza la técnica de recolección de datos para el diagnóstico requiere de un marco de referencia teórico, conceptual, único y lógico para la valoración. Este marco de referencia puede ser un modelo de enfermería.

VALORACION	MODELO
Henderson (1950 – 1960)	Catorce necesidades
Peplau	Interacción enfermera – paciente
Orem	Seis requisitos universales de autocuidado: aire, agua y alimentos Eliminación Actividad y descanso Privacidad e interacción social Prevención de riesgos a la vida Promoción del funcionamiento humano y del desarrollo en grupos sociales.
Roy	Cuatro modos de adaptación: Fisiológico Autoconcepto Desempeño de la función Interdependencia

Si se trabaja con el modelo de Henderson durante la valoración se recogerán datos relacionados con las 14 necesidades¹².

Si el marco de referencia es el modelo de Peplau, el o la enfermera cuida que su intervención con el paciente sea una interacción terapéutica, y a través de los datos recolectados identifica la fase de relación, orientación, identificación, explotación y resolución.

Utilizar el modelo de Orem como marco de referencia para la valoración, implica recolectar datos relacionados con los seis requisitos universales de autocuidado:

- Aire, agua, y alimentos
- Eliminación
- Actividad y descanso
- Privacidad e interacción social
- Prevención de riesgos a la vida
- Promoción del funcionamiento humano y del desarrollo en grupos sociales.

El modelo de Roy, como marco de referencia para la valoración, conduce a la recolección de datos relacionados con los cuatro modelos de adaptación:

- Fisiológico
- Autoconcepto
- Desempeño de la función
- Interdependencia

Otro marco de referencia para la valoración lo constituyen las estructuras Taxonómicas y las clasificaciones existentes, dentro de las que se conocen las siguientes:

- La taxonomía II de la NANDA internacional
- La taxonomía NIC, 3ª. Edición
- Los patrones funcionales de salud de Marjory Gordón.
- El sistema Omaha
- La clasificación Internacional de la práctica de la enfermería, del consejo internacional de Enfermería.
- Datos para el cuidado del paciente

En 1975, la doctora Marjory Gordon introdujo el concepto de patrones funcionales de salud como marco de referencia para la valoración, con el propósito de organizar datos obtenidos. Actualmente sólo cuatro de los 11 Patrones funcionales concuerdan con los 13 dominios de la taxonomía NANDA, por lo que los estudiantes de los programas de enfermería de educación superior, perciben un proceso con vacíos de lógica si se utilizan los patrones funcionales de salud como marco de referencia para el diagnóstico¹².

2.3.4 COMPARACIÓN DE PATRONES FUNCIONALES DE SALUD Y DOMINIOS NANDA

Patrones funcionales de salud (Gordon, 1975)	Taxonomía II (dominios NANDA,2003-2004)
<ul style="list-style-type: none"> • Recepción – Control de la salud • Nutrición/metabólico • Eliminación • Actividad – ejercicio • Sueño – descanso • Cognitivo perceptual • Auto percepción – autoconcepto → • Función – relaciones • Sexual – reproductivo → • Adaptación – tolerancia al estrés → • Valores y creencias → 	<ul style="list-style-type: none"> Eliminación (1) Percepción – cognición (2) Función – relaciones (3) Afrontamiento – tolerancia al estrés (4) Promoción de la salud (5) Nutrición (6) Actividad - reposo (7) Auto percepción (8) Sexualidad (9) Principios vitales (10) Seguridad y protección (11) Confort (12) Crecimiento y desarrollo (13)

El modelo de enfermería sobre interacción terapéutica como marco conceptual y teórico, enlaza la taxonomía II de la NANDA para la valoración y las etapas subsecuentes del proceso. Estos elementos permiten aproximar a la enfermería como una ciencia universal.

- **SEGUNDA ETAPA**

2.3.5 DIAGNOSTICO:

Es un juicio clínico que se establece a partir de las repuestas humanas a problemas reales y/o potenciales de salud de la persona, familia y comunidad, identificada en la valoración. Dentro del modelo de enfermería sobre interacción terapéutica, el marco de referencia para el diagnostico es el marco conceptual del modelo mencionado y la taxonomía II de la Asociación Internacional para el diagnostico de Enfermería, conocidas por sus siglas en ingles NANDA. Está taxonomía o lenguaje para el diagnostico de enfermería es un elemento dinámico y como tal evoluciona constantemente, por lo que es conveniente que los y las enfermeras tengan acceso a la publicación bianual más actualizada de la NANDA¹³.

El diagnostico de enfermería proporciona un mecanismo útil para estructurar los conocimientos de enfermería en un intento de definir su rol y ámbito particulares. La investigación para definir enfermería y sus funciones comenzó con los escritos de Nighthigale. Quien describió el propósito de la enfermería como el de <<poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él>>.

El diagnostico de enfermería puede proporcionar una solución a esta búsqueda en enfermería porque sirve para:

- Definir la enfermería en su estado actual.
- Clasificar el ámbito de la enfermería.
- Diferenciar la enfermería de la medicina.

2.3.6 DEFINICIONES DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

- El juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería (Gebbie).
- Una función independiente de la enfermería; una evaluación de las respuestas personales del cliente a sus experiencias humanas a lo largo del ciclo vital, ya sean crisis evolutivas o accidentales, enfermedad, dificultades u otras tensiones (Bircher).
- Los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas a tratar (Gordón).
- Las Respuestas a los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas, autorizadas y legalmente responsabilizadas para tratar (Moritz)¹⁴.

2.3.7 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: (PROCESO O RESULTADO)

El diagnostico de enfermería es una explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona (fisiológico, psicológico, sociológico, de desarrollo y espiritual). La enfermera utiliza el proceso de enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan (promoción de la salud) las alteraciones de la salud que pertenezcan al dominio legal y educativo de la enfermería¹⁴.

2.3.8 ESTRUCTURA DEL ENUNCIADO DIAGNOSTICO (Formato PESS)

Existe una estructura donde el enunciado de un diagnostico de enfermería, lo podemos realizar en dos o tres partes según no enfrentemos a formular un diagnostico consecuencia de un problema potencial o posible (enunciado en dos partes) o por el contrario sean a consecuencia de un problema real (enunciado en tres partes).

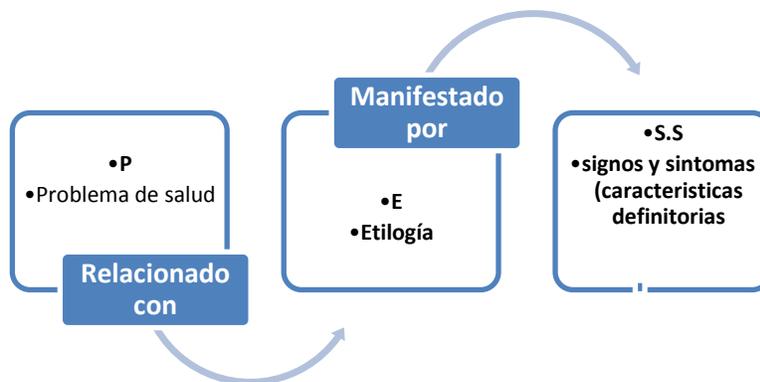
Gordon, citado por Alfaro menciona que al enunciar un diagnostico de enfermería debe seguir el protocolo PESS para describir el diagnostico que consta de tres partes:

1. El problema (P)
2. Su causa o etiología (E)
3. Los signos y síntomas (S)

FORMATO PESS	FORMATO NANDA
DONDE	
P = Problema	Etiqueta diagnostica
E = Etiología	Factores relacionados o factor de riesgo
S = Signos y síntomas	Características definitorias

Se recomienda que se utilicen las palabras “en relación a” para enlazar el problema con su etiología, y la frase “manifestado por” para describir los signos y síntomas, o características definitorias que se hayan detectado¹⁵

Enunciado en tres partes para los diagnósticos de enfermería:



- **TERCERA ETAPA**

2.3.9 PLANIFICACIÓN

Designación del resultado, el indicador, la escala de medición y los criterios de resultado, así como la intervención y las actividades que se van a realizar, para potenciar las respuestas humanas funcionales, y reducir o eliminar las respuestas disfuncionales ante problemas reales y potenciales de salud.

2.3.10 PROCEDIMIENTO PARA PLANIFICAR EL CUIDADO

1. Identificar el resultado para un diagnóstico determinado

- Consultar las relaciones NANDA – CRE (NOC), cuyos resúmenes taxonómicos se presentan en los cuadros II.I y 13. Con base en la formulación universitaria y la experiencia profesional, seleccionar el resultado esperado.
- Consultar los resultados de enfermería, y con base en la formación universitaria y la experiencia profesional, identificar el indicador y la escala.
- Definir los criterios de resultado.

2. Identificar la intervención en “Intervenciones de la CIE, relacionadas con los diagnósticos de la NANDA”; tomando en cuenta los siguientes criterios.

- Consentimiento del paciente.
- Factor (es) relacionado (s) y/o característica (s) del diagnóstico de enfermería.
- Resultado deseado del paciente.
- El sustento científico asociado a la intervención.
- Capacidad científica y técnica del enfermero (a).
- Viabilidad, relacionada con la disponibilidad de recursos.
- Seleccionar la actividad en “Clasificación”.

- **CUARTA ETAPA**

2.3.11 INTERVENCIÓN

Es la puesta en práctica de la o las intervenciones y las actividades programadas con el paciente, familia y/o comunidad, tomando en cuenta el contexto en el que se llevan a cabo. Durante esta etapa del proceso, es importante recalcar que la intervención de enfermería debe hacerse con el sustento científico y técnico requerido¹³.

El componente de ejecución del proceso de enfermería comprende las habilidades necesarias para ejecutar la orden de enfermería. Las enfermeras no sólo deben poseer estas habilidades, deben también valorarlas, enseñarlas y evaluarles en el personal de enfermería a su cargo. A menudo la enfermera es responsable de planificar los cuidados, pero no de su ejecución real. Esto requiere que la enfermera también posea habilidades administrativas de delegación, afirmación, evaluación y conocimientos de las teorías de cambio y motivación. La enfermera debe consultar la literatura adecuada sobre estos temas¹⁴.

- **QUINTA ETAPA**

2.3.12 EVALUACIÓN:

Es la medición de los resultados perceptibles en las respuestas humanas del paciente, la familia y/o comunidad, después de la intervención de enfermería¹³.

La evaluación es el componente final del proceso de enfermería. Consta de tres actividades diferentes:

- Establecer criterios para observar y medir.
- Valorar la respuesta actual en busca de evidencia.
- Comparar la respuesta actual con los criterios establecidos.

La evaluación en los servicios de cuidado de salud abarca programas de control de calidad, establecimientos de estándares, cuidados y auditorías de enfermería. Cada enfermera evalúa continuamente en cada interacción enfermera/cliente dentro de cada componente del proceso de enfermería.

El sistema para evaluar los planes de cuidados debe ser consecuente con la situación en la que se proporcionan dichos cuidados. El problema, los objetivos y las acciones deben tenerse en cuenta en la evaluación del plan de cuidados¹⁴.

2.3.13 ELEMENTOS QUE DEBEN SER EVALUADOS EN CADA COMPONENTE DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

<p>VALORACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exactitud • Totalidad • Confirmación • Calidad • Alternativas 	<p>IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el campo de la actuación de la enfermería • Claramente establecido • Denominación exacta • Etiología exacta • Confirmación • Alternativas
<p>PLANIFICACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterios de resultados Asequibles Medibles Específicos • Ordenes de enfermería Claros Específicas para cada individuo • Alternativas • Confirmación 	<p>EJECUCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta del cliente • Respuesta del personal • Logros obtenidos • Alternativas • Exactitud / seguridad • Confirmación • Idoneidad de los cuidados administrados

2.4 PROPUESTA TEORICA DE VIRGINA HENDERSON

2.4.1 DATOS BIOGRÁFICOS

Virginia Henderson Nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City; Missouri, Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. En la década de 1980 Henderson permanece activa Emérita Asociada de Investigación en Yale. Los logros y la influencia de Henderson en la profesión de enfermera le han puesto más de siete doctorados honorarios y el primer Cristiane Reimann Award¹⁶.

2.4.2 FUENTES TEÓRICAS DEL DESARROLLO DE LA TEORÍA

Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería en la revisión de 1955 de *The Principles and Practice of Nursing*, de Harmer y Henderson. Tres hechos principales influyeron en la decisión de Henderson de sintetizar su propia definición de Enfermería. Primero, revisó el *Textbook of Principles and Practice of Nursing* en 1939. Henderson identificó su trabajo en este texto como la fuente que le hizo darse cuenta de “la necesidad de claridad sobre la función de las enfermeras”. Un segundo hecho fue su participación en una conferencia regional del Consejo Nacional de Enfermería en 1946 como miembro de su comité. Por último, la investigación de la American Nurses Association (ANA), de cinco años de duración, acerca de la función de la Enfermería, interesó a Henderson, que no estaba plenamente satisfecha con la definición adoptada por la ANA en 1955.

Henderson califica su trabajo como de definición más que de teoría por que no estaba en boga en aquel periodo. Describe su interpretación como la << síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas>>¹⁷.

2.4.3 USO DE LA EVIDENCIA EMPÍRICA

Henderson incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de la enfermería. Su historial en estas áreas se deriva de su asociación con Stackpole y Thorndike durante sus estudios posgraduados en el Teacher's College.

Stackpole basó su curso de fisiología en la máxima de Claude Bernard según la cual la salud depende del mantenimiento constante de flujo de linfa alrededor de la célula¹⁷. A partir de esto Henderson conjeturó que <<una definición de Enfermería debería implicar un reconocimiento del principio del equilibrio fisiológico>>. A partir de la teoría de Bernard, también aumentó su interés por la medicina Psicosomática y sus implicaciones en Enfermería. Afirma: <<Resulta obvio que el equilibrio emocional es inseparable del fisiológico tan pronto como descubrí que una emoción es en realidad nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intracelulares>>. Henderson no identificó las teorías precisas sustentadas por Thorndike; sólo que éstas implicaban las necesidades fundamentales del hombre. Se puede hallar una correlación con la jerarquía de necesidades de Abraham Maslow en los 14 componentes de los cuidados de Enfermería de Henderson, que comienzan con las necesidades fisiológicas para pasar a los componentes psicosociales. Aunque no cita a Maslow como una influencia, describe su teoría de la motivación humana en la sexta edición de Principles and Practice of Nursing Care, de 1978¹⁶.

2.4.4 SUPUESTOS PRINCIPALES

Virginia Henderson no cita directamente el contenido de sus supuestos implícitos. Hemos adaptado los siguientes supuestos de sus publicaciones.

Enfermería:

- Tiene una función primordial de ayuda a individuos sanos o enfermos.
- La enfermera ejerce como miembro del equipo médico

- La enfermera actúa independientemente del médico, pero promueve su plan, si hay un médico de servicio. Henderson hizo hincapié en que la
- enfermera (por ej. La matrona) puede funcionar independientemente y debe hacerlo si es el miembro del equipo mejor preparado para la situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación así lo requiere (Henderson hace especial énfasis en esto en la sexta edición de Principles and Practice of Nursing).
- La enfermera posee conocimientos de los campos de las ciencias sociales y biológicas.
- La enfermera debe evaluar necesidades humanas básicas.
- Las 14 componentes de los cuidados de Enfermería abarcan todas las posibles funciones de la enfermera.

Persona (Paciente):

- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para procurar independencia.
- El paciente y su familia conforman una unidad.
- Los 14 componentes de la Enfermería abarcan las necesidades del paciente.

Salud:

- La salud es una cualidad de vida.
- La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad.
- Los individuos obtendrán o mantendrán la salud si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Entorno:

- Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferirse en su capacidad.
- Las enfermeras deben recibir información sobre medidas de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes mecánicos.
- Las enfermeras deben minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativas a la construcción de edificios, compra de equipos, y mantenimiento.
- Los médicos hacen uso de las observaciones y los juicios de las enfermeras, sobre las cuales basan las prescripciones para uso de dispositivos de protección.
- Las enfermeras deben tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar peligros.

2.4.5 AFIRMACIONES TEÓRICAS:

- La relación enfermera paciente:

Es posible identificar tres niveles en la relación entre la enfermera y el paciente, clasificados desde una relación dependiente a una relación completamente independiente: 1) La enfermera como sustituto del paciente; 2) La enfermera como ayuda para el paciente; 3) La enfermera como compañera del paciente. Henderson describe esta opinión cuando dice que la enfermera <<es temporalmente la conciencia del inconsciente, el apego a la vida del suicida >>, y así sucesivamente

- La relación enfermera-médico:

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función particular diferente a la del médico. El plan de cuidados, formulado por la enfermera y el paciente. Henderson recalca que las enfermeras <<no>> siguen órdenes del médico, porque <<cuestiona una filosofía que permite que un médico dé órdenes a los pacientes o a otros trabajadores de la salud>>. También que muchas funciones de las enfermeras y los médicos se superponen.

- La enfermería como miembro del equipo de salud:

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales de la salud. La enfermera y otros miembros de equipo se ayudan para sacar adelante íntegramente el programa de cuidado, pero uno no debe hacer el trabajo de otro.

Henderson nos recuerda que <<ninguna persona del equipo, debe exigir Tanto a otro miembro que cualquiera de ellos, quede incapacitado para realizar su función primordial¹⁶.

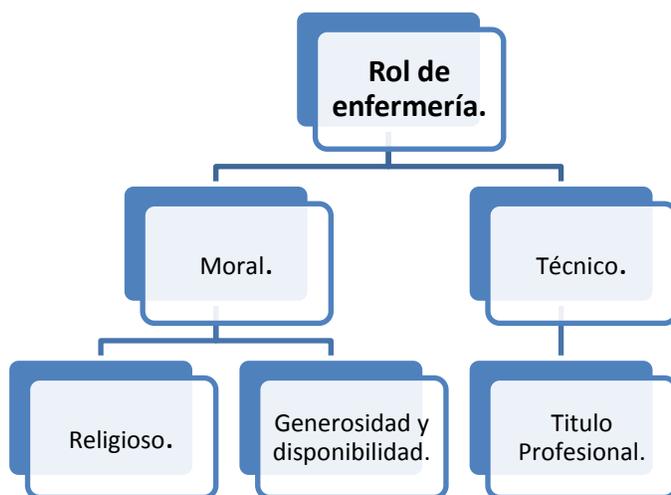
2.4.6 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

Henderson define la Enfermería en términos funcionales.

“La función propia de la Enfermería es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a la muerte pacífica), que éste realizara sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad, o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible¹⁸.

2.4.7 TIPOS DE ROL DE ENFERMERÍA

Colliere describe lo esta manera. El rol ya no es el reflejo de un conjunto de actividades, sino que representa una línea de conducta, un conjunto de actitudes necesarias para cuidar¹.



Virginia Henderson y el Rol Autónomo está orientado hacia algunas acciones propias de los cuidados enfermeros, que no dependen de la prescripción médica.



El personal de enfermería asume diversos roles cuando presta asistencia a sus pacientes. Los enfermeros(as) suelen desempeñar estos roles simultáneamente, ya que no se excluyen entre sí ¹⁸.

2.4.8 PRINCIPALES CONCEPTOS

- **Necesidad:**

Es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social y espiritual, y de asegurar su desarrollo.

Clasificación de necesidades básicas de Maslow.

- De supervivencia: Hemostasia
- De seguridad: Física y Psicológica
- De pertenencia: Amor, estima, aceptación, cariño, relaciones de comunicación directa.
- De autoestima: Ser útil, valor personal, logro de objetivos, dominio y competencia de capacidades, independencia.
- De autorrealización: Desarrollo personal y madurez, conciencia, capacidad para resolver problemas.



- **Independencia:**

Consecución de un nivel aceptable de satisfacer de las necesidades de la persona, que adopta, en función de su estado, comportamientos apropiados, o que realiza por si misma algunas acciones sin ayuda ajena.

- **Dependencia:**

Incapacidad de la persona para adoptar comportamientos apropiados o para realizar por sí misma, sin ayuda, las acciones que le permitirían, en función de su estado, alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

- **Asistencia:**

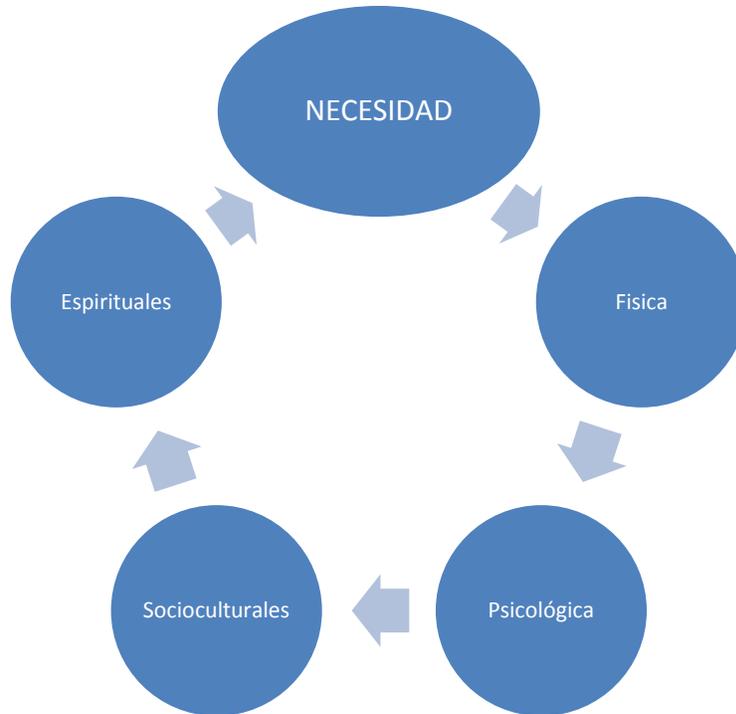
Es el conjunto de acciones que se proporcionan a un individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

- **Acompañamiento:** **Persona** o grupo de personas que acompaña a alguien, especialmente cuando es con solemnidad⁴.

2.4.9 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON:

- La necesidad de respirar.
- La necesidad de beber y de comer.
- La necesidad de eliminar.
- La necesidad de moverse y de mantener una postura adecuada.
- La necesidad de dormir y descansar.
- La necesidad de vestirse y de desnudarse.
- La necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- La necesidad de estar limpio, aseado y de proteger los tegumentos.
- La necesidad de evitar los peligros.
- La necesidad de comunicarse con los semejantes.
- La necesidad de actuar según las propias creencias y valores.
- La necesidad de preocuparse de la propia realización.
- La necesidad de distraerse.
- La necesidad de aprender.

2.4.10 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES.



Las teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en la educación superior dice que Virginia Henderson, se apoyó mucho de los postulados de Florencia Nigthingale incorporando en su teoría principios fisiológicos y psicológicos a su concepto principal de enfermería. También comentan que Virginia Henderson nunca definió el concepto de necesidad, pero identificó las 14 necesidades del paciente. Comentan también que en la actualidad algunas de estas necesidades se han diferenciado en el cambio de su nomenclatura, pero en esencia la acción que se ejecuta para dar satisfacción a estas necesidades es la misma².

En el libro *the Nature of Nursing* (1956), Virginia Henderson Cristalizó sus ideas, en el que define los conceptos básicos de su modelo, comentando que “ la única función básica de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, incorporando las categorías de persona, salud, rol profesional y el entorno, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la preservación o recuperación de la salud, (en el caso de una muerte serena) misma que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible¹⁹.

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba de ayuda para conseguir su independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo, pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias. Henderson puso de relieve el arte de la enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería; sus contribuciones incluyen la definición de la enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la enfermería. Henderson hizo extraordinarias contribuciones a la enfermería durante 60 años como enfermera, profesora, escritora e investigadora, y fue una autora prolífica a lo largo de esos años¹⁹.

2.5 FISIOPATOLOGIA DE QUEMADURAS

2.5.1 CONCEPTO DE QUEMADURAS

Entendemos por quemadura, aquella lesión en un organismo producida por una variación de calor, más o menos intensa, más o menos duradera, mediada por un agente causal determinado. Se define también como, incluso de los tejidos subyacentes, bajo efecto de un agente térmico, eléctrico, químico o radiactivo²⁰.

2.5.2 FISIOPATOLOGÍA

La pérdida de la piel a consecuencia de una lesión causa muchos problemas. Los cambios locales que se producen inmediatamente incluyen la pérdida de la barrera microbiana, de la barrera líquida y del control de temperatura, lo cual provoca hipotermia. En el servicio de urgencia, la pérdida de la barrera líquida provoca la mayoría de los problemas²¹.

Al quemarse los capilares de la piel, su permeabilidad aumenta y origina que un líquido isotónico y la proteína del plasma se desplacen de los vasos al espacio intersticial. El aumento de la permeabilidad capilar se relaciona con la liberación de histamina en todo el cuerpo, no únicamente en el sitio de la quemadura, lo cual se produce principalmente durante las primeras 12 horas después de la quemadura, aunque puede durar de 18 a 36 horas después del accidente. Esto provoca la disminución del volumen de líquido intravascular, lo que causa que los barorreceptores en la aorta, las aurículas, los cuerpos carotideos y los riñones estimulen la vasoconstricción. El sistema nervioso autónomo estimula la liberación de catecolaminas, lo cual aumenta el flujo sanguíneo a los órganos vitales, en tanto que lo disminuye en los tejidos periféricos. A su vez, esto hace que el ácido láctico se acumule en la periferia y finalmente se presenta una acidosis metabólica. La corteza suprarrenal libera aldosterona para conservar el líquido mediante la reabsorción de sodio en los riñones, lo que a su vez provoca una disminución de la excreción urinaria con menor concentración de sodio, A esto se le llama choque por quemadura²¹.

El gasto cardiaco puede reducirse en un 50 por ciento por la hipovolemia provocada por el desplazamiento de los líquidos y el plasma. De Santis y colaboradores (1981) identificaron un factor depresor del miocardio que se encuentra en pacientes con quemaduras graves, incluso después de practicar una restitución de líquidos adecuada. Este factor depresor del miocardio es un péptido cardiotóxico que produce el páncreas isquémico en caso de choque por quemadura. El factor disminuye la contractilidad miocárdica, estimula la vasoconstricción esplénica y exagera la disminución de la fagocitosis en el sistema retículoendotelial. Esto se presenta, por lo general, aproximadamente cuatro o cinco días después de sufrir la quemadura (DSantis y colaboradores, 1981). La intensidad de filtración glomerular disminuye a causa de la hipovolemia y la disminución del flujo de plasma en los riñones que puede continuar de 24 a 72 horas después de la quemadura. La insuficiencia renal aguda puede presentarse a consecuencia del daño tubular. Los glóbulos rojos del torrente sanguíneo se destruyen por la quemadura misma, y los glóbulos rojos que no sufren ningún daño disminuyen su periodo de vida en un 50 %. En consecuencia, la hemoglobina libre se descarga en la circulación que forma cilindros en los túbulos del riñón y provoca la insuficiencia. La lesión en el tejido muscular libera mioglobina en la circulación, lo que también provoca una lesión tubular. También puede haber anemia a causa de la pérdida de glóbulos rojos.

Puede presentarse envenenamiento con monóxido de carbono porque su afinidad a la hemoglobina es mayor que la del oxígeno. La epiglotis generalmente suele proteger las vías respiratorias inferiores contra cualquier quemadura. El aire sobrecalentado que se inhala provoca a menudo quemaduras en la faringe y en la laringe, con una inflamación que puede producir en cuatro horas una obstrucción de las vías respiratorias. La mucosa traqueobronquial se encuentra expuesta a los productos tóxicos de una combustión incompleta (una - irritación química) que pueden provocar un edema pulmonar y, finalmente, una neumonitis química. El edema pulmonar tarda generalmente de 36 a 48 horas en presentarse.

La infección se presenta como una complicación por que la pérdida de la barrera microbiana permite a las bacterias del aire circundante invadir el cuerpo. El tejido quemado y muerto proporciona un excelente medio para el desarrollo bacteriano. La efectividad de los antibióticos sistémicos es nula por la mala circulación en los sitios periféricos donde se desarrollan las bacterias. Se produce una fuerte depresión de todo el sistema inmunológico del paciente, incluso una disminución del funcionamiento de las células inflamatorias, de los macrófagos y de los neutrofilos.

2.5.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La mayoría de los pacientes que sufren lesiones por quemaduras llegan al servicio de urgencias despiertos, conscientes y orientados si su nivel de conciencia se encuentra alterado, probablemente se deba a alguna lesión asociada por inhalación. Es preciso tener siempre la seguridad de que el paciente con quemaduras no tiene otras lesiones asociadas. La quemadura es algo tan evidente que con frecuencia y fácilmente pasan inadvertidas otras lesiones. Debe suponerse una lesión por inhalación si la quemadura se produjo en un lugar cerrado; si hay quemaduras en la boca y en la cara; si el pelo de la cara (especialmente en las fosas nasales) se encuentra quemado; si hay estertores, sibilancias, esputo con tinte carbonoso, disnea, hemoptisis y estridor o respiración difícil²².

Tobiasen y colaboradores (1982) elaboraron un índice abreviado de la gravedad de las quemaduras para ayudar a establecer el pronóstico de los pacientes. Dicho índice se basa en las variables de sexo, edad, presencia o ausencia de lesiones por inhalación, presencia o ausencia de quemaduras de todo el espesor de la piel y en el porcentaje de la superficie corporal afectada. Roí y colaboradores (1981) crearon un nomograma para el cálculo de los riesgos de mortalidad del paciente con quemaduras. El nomograma considera la edad del paciente, La extensión de la quemadura y la presencia o ausencia de una quemadura perianal. Estos métodos son útiles para la jerarquización de necesidades debería transferirse a las instituciones regionales especializadas. También pueden servir para evaluar la atención que recibe el paciente con quemaduras en el servicio de Urgencias²⁰.

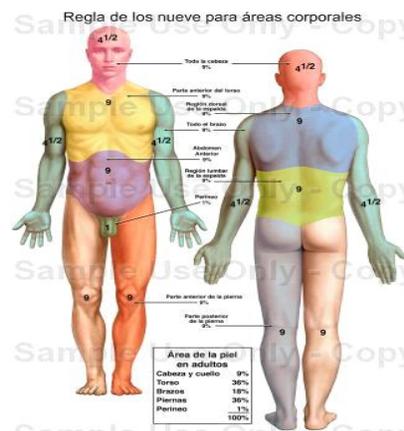
2.5.4 CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS DE ACUERDO CON SU PROFUNDIDAD²³.

Capas de la piel afectada	Profundidad de la quemadura	Tiempo de cicatrización	Percepción del dolor	Aspecto de la piel	Cicatrización lograda mediante
Epidermis	Primer grado: superficial	3- 5 días	Presente hipersensible	Enrojecida sin ampollas	Epitelización
Epidermis y parte de la dermis	Segundo Grado: Afecta parcialmente las capas de la piel, superficial.	10 – 14 días	Presente hipersensible	Enrojecida con formación de ampollas	Epitelización
Epidermis y toda la dermis, excepto la capa basal (se mantienen presentes los folículos pilosos).	Segundo grado profunda: Afecta parcialmente las capas de la piel, profunda	30 – 60 días	Presente, hiposensible	Enrojecida con el centro blanco, ampollas (difícil de diferenciar clínicamente de la afección parcial de las capas de la piel superficial).	Enrojecida por los folículos pilosos que aún quedan.
Epidermis, toda la dermis y parte del tejido subcutáneo músculo y hueso	Tercer grado: afecta todas las capas de la piel	Más de 60 días	Ausente	Blanca correosa aspecto carbonizada, dura y seca con escara	Injertos

Desde el punto de vista clínico es difícil determinar el grado en que la dermis se encuentre afectada por la lesión. Por otra parte, la profundidad de la quemadura puede aumentar aún más a causa de la aplicación de demasiado frío, ya que el frío puede intensificar la lesión capilar y convertir una quemadura de segundo grado en una de tercer grado. La aparición de una infección también puede convertir la quemadura en una lesión de mayor profundidad.

Es extremadamente importante determinar la extensión de la superficie corporal afectada por la quemadura. “La regla de los nueves” puede ser útil para hacer una determinación inicial aproximada. Las piernas, la parte frontal del tronco y la parte trasera del tronco representan, cada una, el 18 % de la superficie corporal. La cabeza y cada uno de los brazos representan, por separado, el 9 % de la superficie del cuerpo y el peritono el 1 %. Esta clasificación es inexacta en los niños porque tienen la cabeza de mayor tamaño en proporción con el resto del cuerpo. La gráfica de quemaduras de Berkow (Christopher, 1980), incluye la diferencia proporcional en su fórmula para calcular la extensión del cuerpo afectada por la quemadura²⁴

"REGLA de los 9"		
% de superficie corporal quemada		
	Adultos	Niños (<10 años)
Cabeza	9	19
Extremidades superiores	9	9
Tronco anterior	18	18
Tronco posterior	18	18
Extremidades inferiores	18	13
Genitales	1	1



El paciente que sufre choque por quemaduras presenta taquicardia, hipotensión arterial, disminución de la excreción urinaria, circulación periférica deficiente, acidosis metabólica, inquietud y confusión. Se observa íleo paralítico. Sin embargo, en los niños puede haber hipertensión después de una quemadura grave (Emergency Medicine, 1980), estado que a su vez puede provocar crisis convulsivas. Los niños se consideran hipertensos si su presión diastólica es superior a 90 mm Hg. Una quemadura de mayor extensión significa mayor frecuencia de hipertensión. Esto disminuye considerablemente cuando se trata de quemaduras verdaderamente graves por la hipovolemia. Aún se desconoce la causa de este fenómeno.

2.5.5 ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICOS

Estos estudios de diagnóstico que se practican en el servicio de urgencias a los pacientes con quemaduras, tienen por objeto establecer una base de información que se emplea para determinar el cuidado continuo y progresivo que debe proporcionarse al paciente. Debe hacerse una determinación de los gases arteriales y del nivel de carboxihemoglobina arterial para contribuir al cuidado de las lesiones por inhalación. También puede ser útil medir los niveles de monóxido de carbono y de cianuro. La lectura del pH ayudará para la atención de la acidosis metabólica. Puede practicarse una biometría hemática completa, valores electrolíticos, niveles de glucosa, niveles de nitrógeno ureico en la sangre, tiempo de protrombina, niveles de creatinina y cultivos de sangre. Deberá obtenerse una muestra de orina y enviarla para un análisis completo y determinar el nivel de mioglobina. El electrocardiograma y las placas radiográficas de tórax también son necesarios para obtener una línea de base completa. En caso de haber lesiones asociadas, pueden prescribirse también otros estudios.

2.5.6 TRATAMIENTO Y ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La prioridad número uno en el tratamiento del paciente con quemaduras es el mantenimiento de los sistemas respiratorio y circulatorio. Es indispensable conservar permeable las vías respiratorias superiores e inferiores y efectuar la reanimación cardiopulmonar, en caso de ser necesaria. Deberá iniciarse de inmediato la administración de oxígeno Humidificado, a una concentración del 100%, si existe la posibilidad de envenenamiento con monóxido de carbono. Tan pronto como sea posible, desnúdese al paciente por completo para evitar una quemadura mayor. Colóquese al paciente sobre sabanas estériles para quemaduras (este tipo de sabanas está diseñado para absorber la secreción serosa sin adherirse a la herida).

El personal de salud deberá usar bata y guantes y atender al paciente de la manera más aséptica posible en el servicio de urgencias.

La segunda prioridad en la atención de estos pacientes es la prevención del choque. Debe instalarse una venoclisis con aguja de gran calibre, preferentemente en una extremidad sin quemadura o a través de un catéter central. El catéter que se utilice debe ser de calibre 16 en adultos y de calibre 18 en niños, por lo menos. Se han establecido varias formulas para guiar la atención en lo que se refiere a la reposición de líquidos. La formula de Parkland es la más popular por que generalmente se considera que no se necesita ningún coloide durante las primeras 24 horas después de una quemadura hasta que la permeabilidad capilar disminuye. Se debe recordar que estas fórmulas constituyen sólo sugerencias, y que puede ser necesario modificar la reposición de líquidos de acuerdo con la excreción urinaria del paciente. A continuación se presenta una lista de las excreciones urinarias necesarias²⁵.

EDAD	EXCRESION / HORA
Hasta dos meses	5-20 cm ³ (óptimo: 15cm ³)
De dos meses a un año	10-30 cm ³ (óptimo: 20 cm ³)
De un año a cinco años	10-40 cm ³ (óptimo: 25 cm ³)
De 5 a 15 años	30 cm ³
De 15 años a la edad actual	50 – 60 cm ³

El estado mental de un niño resulta extremadamente útil para determinar su hidratación. La solución hipotónica – como por ejemplo la solución glucosada al 5% - está contraindicada en los niños porque probablemente provocaría convulsiones como resultado de la hiponatremia. Se utiliza el lactato de Ringer porque es una solución de sodio balanceada que se aproxima mucho a la composición del líquido extracelular, tiene un pH de 7.4 y una concentración de sodio de 130 mEq/l.

Se recomienda la fórmula de Parkland para las primeras 24 horas después de haberse producido la quemadura, y la adición de plasma durante las siguientes 24 horas a razón de 0.3-0.5 ml/kg/porcentaje de la superficie corporal quemada, y solución glucosada al 5% para reponer la pérdida por evaporación del agua libre y evitar la hipernatremia. Debe colocarse una sonda Foley para mantener adecuadamente el control de la excreción urinaria. Si la orina contiene mioglobina (de apariencia roja), debe prepararse ante la posibilidad de una insuficiencia renal aguda y asegurarse de que el paciente mantiene una eliminación de orina de 75-100 cm³/hora. Puede prescribirse una inyección de 25 g de manitol para contribuir al bloqueo de la reabsorción tubular. Puede ser necesario agregar una dosis de mantenimiento de 12.5 g de manitol a cada litro de líquido para mantener la eliminación de orina.

2.5.7 FÓRMULAS PARA LA REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS (Primeras 24 horas después de producirse la quemadura)

- **FORMULA DE PARKLAND** (También llamada Baxter o Lactato Ringer)

Cristaloide: 4 ml de lactato de Ringer/kg/porcentaje de la quemadura

Coloide: Ninguno

Agua: Ninguna

La mitad del total administrada durante las primeras 8 horas después de producirse la quemadura,

- **FÓRMULA DE BROOKE**

Cristaloide: 1.5 ml/kg/% de la quemadura

Coloide: 0.5ml/kg/% de la quemadura

Agua: 2000 ml de solución glucosada al 5%

La mitad del total administrada durante el segundo periodo de 8 horas después de producirse la quemadura

Una cuarta parte del total administrada durante el segundo periodo de 8 horas después de producirse la quemadura

- **FORMULA DE EVANS**

Cristaloide: 1 ml/kg/% de la quemadura

Coloide: 1 ml/kg/% de la quemadura

Agua: 2000 ml de solución glucosada al 5%

La mitad del total administrada durante el segundo periodo de 8 horas después de producirse la quemadura .

Una cuarta parte del total administrada durante el tercer periodo de 8 horas después de producirse la quemadura.

- **FÓRMULA HIPERTÓNICA DE RESUCITACIÓN**

Solución salina hipertónica que contenga:

- 300 mEq de sodio
- 200 mEq de lactato
- 100 mEq de cloruro

Administrada a un goteo que mantenga una excreción urinaria de 30-40 ml/hora

La enfermera debe buscar signos de sobrecarga de líquidos vigilando constantemente el estado respiratorio del paciente, la presión venosa central y las lecturas del pulso y de la presión sanguínea. De ser posible debe registrarse el peso del paciente, ya que es útil en el tratamiento a largo plazo. Deben quitarse los anillos y brazaletes, y verificar la circulación distal en ocasiones con ayuda de un Doppler para escuchar todos los pulsos periféricos. Se instalará sonda una sonda nasogastrica para ayudar a evitar la dilatación gástrica, la distensión abdominal, la náusea y el vómito. Más tarde, en el curso del tratamiento, puede utilizarse como sonda para la alimentación. Los requerimientos nutricionales de los pacientes con quemaduras aumentan considerablemente durante los días que siguen a la quemadura. Puede prescribirse una alimentación administrada exclusivamente por vía parenteral, pero esto podría causar problemas de infección.

2.5.8 CUIDADO DE LAS HERIDAS

En la literatura médica existe un notable desacuerdo en lo que se refiere al cuidado de las heridas del paciente con quemaduras. Cada institución especializada en la atención de quemaduras tiene sus propias opiniones y filosofía para el tratamiento de las quemaduras. Las dos principales áreas de discusión son, por una parte, el tratamiento estéril o el tratamiento aséptico y, por otra, el tratamiento abierto o el tratamiento cerrado.

En el servicio de urgencias es difícil, cuando no imposible, crear un medio estéril para el paciente. La atención del personal deberá ser tan aséptica como sea posible, deberán usar bata, guantes y reducir lo más posible el tránsito en el área de atención al paciente. La decisión de un tratamiento abierto o cerrado corresponde a cada unidad de atención de acuerdo con la preferencia del médico. La ventaja que ofrece el método cerrado es que evita la exposición de la herida a los microbios. Sin embargo, la mayoría de los especialistas en quemaduras creen que la contaminación es inevitable. El procedimiento abierto permite una inspección más fácil de la quemadura, es menos costoso y no hay vendajes que inhiban la movilidad de las articulaciones.

La herida debe lavarse completamente con agua y un jabón suave dentro de una sala tibia, de preferencia en un baño de remolino. El calentamiento de la sala es necesario para evitar hipotermia. No debe emplearse hexaclorofeno, pues su absorción puede ser causa de encefalopatía, especialmente en los niños. Todo el tejido muerto debe quitarse con pinzas. La debridación incluye la eliminación de ampollas de las regiones que rodean las articulaciones o de regiones que de algún modo impidan el movimiento de extremidades.

Una escarotomía es la incisión de una quemadura que afecta todas las capas de la piel que se practica hasta la capa de grasa subcutánea. Este procedimiento debe realizarse en todas las quemaduras circunferenciales para permitir la circulación continua distal a la quemadura. La escarotomía del tórax puede ser necesaria para permitir a los pulmones expandirse cuando ha habido alguna quemadura circunferencial en esa zona. No es indispensable administrar ninguna anestesia por que en el caso de una quemadura que afecta todas las capas de la piel, ésta es completamente insensible. Las manos, especialmente en los niños, son regiones que pueden necesitar rápidamente la práctica de escarotomías para asegurar una circulación adecuada en los dedos. Este procedimiento ofrece riesgos mínimos y un máximo de ventajas, por lo que debe efectuarse en forma habitual siempre que exista la posibilidad de trastornos en la circulación.

2.5.9 MEDICAMENTOS

No se recomienda el uso de profiláctico de antibióticos para la atención del paciente con quemaduras a menos que la persona encargada de prestar atención sospeche que hay una infección estreptocócica. De ser así, el medicamento que se prefiere es la penicilina. Sólo se usan antibióticos cuando los resultados del cultivo son positivos, pues de otra manera el paciente puede desarrollar organismos resistentes al tratamiento convencional con antibióticos.

En las quemaduras profundas que afectan algunas o todas las capas de la piel, los vasos sanguíneos en el borde de la herida están ocluidos, de modo que los antibióticos sistémicos no tienen ningún efecto en la colonización bacteriana localizada.

Para aliviar el dolor y la ansiedad del paciente con quemaduras pueden administrarse analgésicos. De hecho, si es posible, deberán administrarse de 20 a 30 minutos antes de practicar la debridación. Los medicamentos más recomendables son la morfina, en dosis de 2-4 mg cada tres o cuatro horas en los adultos y 0.1-0.2mg/kg de peso cada tres o cuatro horas en los niños; y demerol, en dosis de 25-50mg cada tres o cuatro horas en los adultos y 1.0-1.5 mg por kg de peso cada tres o cuatro horas en los niños.

Estos medicamentos deben administrarse por vía intravenosa, no intramuscular, debido a que el edema en las regiones quemadas evita la absorción del medicamento. Cuando el edema disminuye, el medicamento secuestrado puede absorberse de repente y provocar una sobredosis del medicamento.

A los líquidos que se administran por vía intravenosa puede añadirse bicarbonato de sodio para corregir el ácido-base del paciente. Debe verificarse la inmunización contra el tétanos. De ser necesario se administrará toxoide tetánico por vía intramuscular.

2.5.10 ANTIBIÓTICOS TÓPICOS EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CAUSADAS POR QUEMADURAS

Tipo	Ventajas	Desventajas
Sulfadiazina de plata al 1 % (silvadene)	Aplicación indolora Bacteriostática Bactericida No se necesitan vendajes No hay complicaciones sistémicas	Penetración lenta Desarrollo de organismos resistentes Puede presentarse erupción
Mafenide al 10 % (sulfamilón)	Bacteriostático Penetración rápida No se necesitan vendajes	Dolor a la aplicación Acidosis metabólica Hiperventilación
Nitrato de plata al 0.5%	Eficaz contra bacterias Gramnegativas y granpositivas No hay reacción de sensibilidad	Hiponatremia Hipocalcemia Hipokalemia Decolora todo lo que toca Muy sucio Debe tener vendajes Aplicación dolorosa
Digluconato clorhexidinico de nitrato de plata al 0.2% (nitrato de cerio)	Eficaz contra las bacterias grannegativas, aplicación indolora, no tiene efectos sistémicos	Sólo suprime las bacterias grampositivas
Yodopomidona	Bacteriostático Bactericida	Eleva los niveles de yodo sistémico

2.5.11 QUEMADURAS QUÍMICAS

Las quemaduras químicas se producen generalmente por el contacto de la superficie con un producto químico, pero también pueden ser el resultado de la inhalación o ingestión de alguna sustancia y la piel del paciente.

Una irrigación abundante con grandes cantidades de agua tibia es el método de tención inmediata que se prefiere. Los antidotos están contraindicados en la mayoría de los casos porque ellos, a su vez, pueden quemar el tejido normal que rodea el sitio de la quemadura inicial. Se recomienda agua tibia en lugar de agua fría para ayudar a prevenir la hipotermia. Una regadera, lo suficientemente grande para una camilla, constituye el lugar ideal para irrigar las quemaduras químicas de un paciente durante un largo tiempo. Los productos químicos secos deberán quitarse de encima de la superficie de la piel, antes de proceder a la irrigación, con objeto de evitar que el producto químico y el agua produzcan una reacción que genere calor y provoque en consecuencia una lesión mayor. La irrigación puede continuarse durante 15 minutos o durante varias horas. Una recomendación general a seguir es suspender la irrigación cuando el paciente ya no tiene ninguna sensación de ardor. La quemadura resultante se trata de la misma manera que una quemadura térmica.

Las quemaduras con breá presentan problemas especiales. El agua fría aplicada a la breá (o hielo) puede endurecerla y entonces puede desprenderse la piel. Tenga cuidado de que la exposición continua a sustancias frías no provoque hipotermia. Sin embargo, la aplicación de frío no siempre funciona. Otro procedimiento consiste en aplicar aceite mineral para ablandar la breá y así poder desprenderla. Si todo eso falla, utilícese éter para disolver la breá, pero sea cuidadoso, ya que el éter es una sustancia en extremos volátil y debe emplearse como un máximo de precaución para evitar problemas de combustión e inhalación. El paciente también debe saber que la elevación de la parte afectada ayudará a disminuir el dolor y la inflamación. Debe comprender los ejercicios que ha de realizar para que no se inmovilice la región, lo cual posiblemente provocaría problemas futuros de postura y movilidad. Un fisioterapeuta podría quizá enseñar al paciente los ejercicios apropiados. En el caso de los pacientes que estén ingresados en el hospital es importante atender las necesidades psicosociales del propio paciente y de sus familiares. Los trabajadores sociales y los capellanes, por ejemplo, pueden ayudarles a adaptarse propiamente y a aceptar las consecuencias de la lesión. Puesto que el aspecto corporal se altera, toda persona relacionada con el caso puede necesitar ayuda para enfrentar la serie de acontecimientos que se presenten.

“La atención del paciente que sufre de quemaduras constituye un reto constante para todo el personal de los servicios de salud”.

2.5.12 CONSECUENCIAS HEMODINÁMICAS

La principal consecuencia de la quemadura en un ser vivo, es una alteración en la permeabilidad capilar, que se produce no solo en el lugar de la lesión, si no que se generaliza en todo el organismo, en mayor o menor intensidad y depende de las características de las mismas. Dicha alteración en la permeabilidad capilar, reversible, hace que se produzca un escape del territorio vascular de agua, electrolitos y proteínas principalmente. El resultado será una disminución de la volemia y un aumento de líquido en el tercer espacio²¹.

2.5.13 CONSECUENCIAS CELULARES

Otra consecuencia importante de la quemadura es la destrucción de los elementos formes de la sangre, principalmente la de hematíes, no sólo de los que se encontraban en la zona quemada al momento de la agresión, sino también de los que circulaban posteriormente por la micro circulación alterada. Esta destrucción se produce también en las primera horas posteriores al accidente y su volumen dependerá de la extensión, la profundidad y la localización de la lesión. La destrucción variara entre un 5 y 60 % de volumen eritrocitario total²¹.

2.5.14 RESPUESTA DEL ORGANISMO

A nivel endocrinológico, se produce una estimulación del eje hipotálamo-hipofisario suprarrenal y aparece un nivel elevado de cortisol y de hormonas tiroideas, prostaglandinas y catecolaminas. La pérdida de agua en el lugar de la quemadura provoca un enfriamiento de la zona que estimula el metabolismo. Existe una relación directa entre la pérdida de agua y el porcentaje de la superficie corporal quemada, así mismo existe un aumento de los niveles séricos de glucosa y de insulina. También aparece un aumento de ácidos grasos libres circulantes.

A nivel del sistema cardiocirculatorio, se produce una importante vasoconstricción periférica con redistribución sanguínea: la disminución del retorno venoso producirá un descenso en el gasto cardíaco, que se verá parcialmente compensado por un aumento de las resistencias periféricas²¹.

En el sistema respiratorio, aparecerá un aumento de la actividad secretora asociada a una dilatación bronquial. Todo ello provocará un desequilibrio entre la perfusión y ventilación.

Tal vez el órgano que se afecte de una manera más rápida sea el riñón. La pérdida de volumen sanguíneo provocara una disminución del filtrado glomerular, un aumento de la hormona anti diurética, con la consiguiente retención de agua y sodio. La función renal limitada, la hipoxia tisular, la labilidad en el mantenimiento de la temperatura corporal t el catabolismo aumentado unido a una hipovolemia, pueden provocar un descenso grave en el pH que deberá ser controlado y corregido²¹.

2.5.15 VALORACIÓN DE LAS QUEMADURAS

- Profundidad de las quemaduras.
- Extensión de las quemaduras.
- Localización de las quemaduras.
- Agente causal.
- Lesiones asociadas.
- Tiempo transcurrido desde el accidente²⁰.

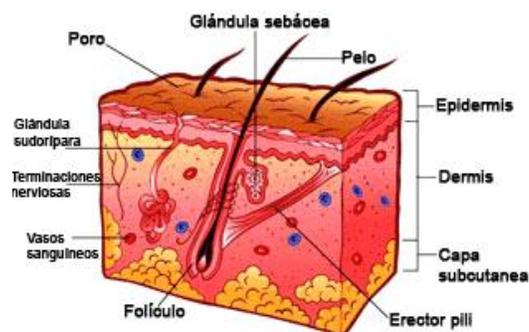
2.5.16 LA PIEL

Es el órgano más grande del cuerpo, que constituye el 16% de su peso, revisten a todo el cuerpo; así como también tiene funciones adicionales como:

- Protección contra las lesiones, la invasión bacteriana y la desecación.
- Regulación de la temperatura corporal.
- Recepción de las sensaciones continuas provenientes del ambiente.
- Absorción de la radiación ultravioleta del sol para la síntesis de vitamina D.
- Excreción desde las glándulas sudoríparas.

Está constituida por dos capas:

- Epidermis es la capa más externa tiene un espesor de 0.07 a 0.12 mm sobre la mayor parte del cuerpo, con engrosamientos localizados en las palmas de las manos (0.8 mm) y las plantas de los pies (1.4 mm).
- Dermis la del tejido conectivo es la más profunda²².



III METODOLOGIA

La aplicación práctica del Proceso Atención de Enfermería (PAE), se realizó bajo el consentimiento informado del Sr Manuel de 56 años de edad, el cual se encontraba hospitalizado en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, en la unidad de terapia intensiva de quemados.

Para su realización, se consideraron dos ejes básicos uno de tipo metodológico, sustentado en las cinco etapas que conforman al PAE (Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planificación, Ejecución y Evaluación) y uno conceptual sustentado en la propuesta teórica de Virginia Henderson. También se recurrió a los conocimientos, experiencia clínica y a las habilidades intelectuales, de comunicación, de interacción y técnicas de la enfermera.

3.1 Valoración

La valoración, es la primera etapa del Proceso de Enfermería, su objetivo consiste en recolectar los datos referentes a la persona y su entorno. Los datos derivados de la valoración se constituyen en la base a partir de la cual las enfermeras infieren los diagnósticos de enfermería.

Para recoger los datos concernientes al Sr. Manuel se recurrió a la valoración (globalizada/focalizada), la cual consistió en una valoración cefalo caudal mediante la observación y el método clínico. Los aspectos que se consideraron fueron la propia persona y el entorno.

Las fuentes de información utilizadas fueron: la persona sujeta al estudio de caso (fuente primaria), así como, familiares, amigos, expediente clínico, otros profesionales, la literatura médica y de enfermería (fuentes secundarias)

La información recabada fue registrada en la Historia Clínica de Enfermería.

3.2 Diagnóstico de Enfermería

El diagnóstico de enfermería corresponde a la segunda etapa del Proceso Atención de Enfermería y determina el tipo de ayuda profesional que la enfermera proporcionará, ya que define las intervenciones y las actividades que esta realizará en colaboración con la persona (paciente) que requiere de sus cuidados.

Los diagnósticos de enfermería, describen las respuestas humanas y/o los problemas que dificultan que la persona realice las actividades que le permiten mantener o conservar su salud (independencia), en sus diferentes expresiones: fisiológica, social, emocional y espiritual.

El proceso que se siguió para identificar los diagnósticos de enfermería se dividió en tres fases. La primera se centro en el proceso diagnóstico, la segunda en la identificación de las etiquetas diagnósticas y la tercera en la redacción del enunciado diagnóstico.

Primera fase: Proceso diagnóstico.

El proceso diagnóstico, se refiere a la capacidad que tiene la enfermera para analizar e interpretar los datos que valora así como para deducir e inferirlos diagnósticos de enfermería.

Como primer paso, se organizaron y clasificaron los datos obtenidos en la valoración. La organización respondió a las 14 necesidades propuestas por Henderson y la clasificación tuvo como base el tipo de dato pudiendo ser de tipo: fisiológico, emocional, espiritual y sociales; a su vez se subclasificó en datos subjetivos y datos objetivos así como en datos actuales, antecedentes, personales, familiares y del entorno.

Posteriormente se procedió a realizar el análisis, interpretación y comparación de los datos, identificando los datos importantes, comparando patrones e identificando indicios.

Consecutivamente, se realizaron inferencias y deducciones, asignando significados a los indicios encontrados.

Por último paso se llevo a cabo la validación de la interpretación de los datos, recurriendo a la literatura, al paciente y a otros profesiones de la salud.

Segunda fase: Identificación de la etiqueta diagnóstica.

Esta fase, se inició a partir del proceso de valoración, ya que simultáneo a que la enfermera, va proponiendo diversas hipótesis diagnósticas las cuales sirven de guía para recabar los datos necesarios para los diagnósticos de enfermería.

Paralelamente y a partir del análisis e interpretación de los datos reconoce lo indicios o racimos de indicios (datos clínicos) y los contrasta con sus conocimientos y con el bagaje de experiencias clínicas que ha acumulado a lo largo de su formación académica y de su trayectoria como enfermera clínica.

Posteriormente, identifica las características definitorias así como los factores relacionados y propone un listado de posibles etiquetas diagnósticas para así seleccionar las que más se acerquen a describir las respuestas humanas que dificultan la independencia del paciente.

Para tal efecto, se tuvo la precaución de verificar, que las características definitorias y los factores relacionados correspondieran a la etiqueta seleccionada.

En esta fase, también se identificó el tipo de diagnóstico, clasificándolo en diagnóstico real, de riesgo y de promoción de la salud.

Tercera fase: Enunciado diagnóstico

El enunciado diagnóstico, es la representación escrita de las inferencias y deducciones de la enfermera; también describe la respuesta humana del paciente ante diversas situaciones, sus manifestaciones y los factores que la originan.

Para dar una estructura lógica al enunciado diagnóstico se recurrió al formato PES, cuyas siglas significan: Problema (P), Etiología o causa (E) y signos y síntomas (S). Para comunicar a otras enfermeras las respuestas humanas identificadas y garantizar la continuidad de los cuidados se recurrió a la taxonomía diagnóstica propuesta por la NANDA-I, edición 2009-2011, la cual goza de reconocimiento internacional. Así cada enunciado diagnóstico, estuvo conformado por la etiqueta diagnóstica, su definición, los factores relacionados y las características definitorias.

Para dar un orden lógico a la etiqueta diagnóstica, se utilizaron los conectores lógicos -relacionado con- y -manifestado por-. El primero constituyó un puente de unión entre la etiqueta o problema (P) y los factores relacionados o etiología (E), y el segundo fue el enlace entre el factor relacionado con las características definitorias o signos y síntomas (S).

3.3 Planificación

La planificación, es la tercera etapa del Proceso Atención de Enfermería. En esta fase, se tomaron las decisiones que permitieron ayudar al paciente a resolver los diagnósticos de enfermería y a recuperar su independencia.

En la toma de decisiones, se fijaron las prioridades de cuidado en función de las situaciones o problemas presentes, considerando aquéllos que eran más importantes para el bienestar del paciente. También se definieron los objetivos y los resultados a alcanzar posterior a la intervención.

Las intervenciones planificadas fueron de tipo: independiente, interdependiente y dependiente. Cada una de las intervenciones planificadas fue fundamentada a partir de la revisión de la literatura científica y los datos concernientes esta etapa fueron registrados en el plan de cuidados.

3.4 Ejecución y Evaluación

La ejecución y la evaluación corresponden a la cuarta y quinta etapa del Proceso Atención de Enfermería. En la ejecución, la enfermera llevó a cabo las intervenciones de enfermería planificadas, poniendo en juego sus habilidades técnicas, procedimentales, de interacción e intelectuales ya que de forma paralela al proceso de ejecución, recabo datos, lo que le permitió evaluar los resultados post-intervención contrastándolos con los resultados esperados para establecer si la ayuda planificada coadyuvo a resolver los diagnósticos de enfermería.

Aparato Crítico

Conjunto de citas, referencias y notas aclaratorias que es preciso incluir en un trabajo para dar cuenta de los aportes bibliográficos sobre los que el mismo se apoya.

Sirven como punto de partida para ejercer la crítica con la que se va construyendo un nuevo saber.

IV APLICACIÓN PRÁCTICA DEL PROCESO

4.1 VALORACION.

4.1.1 DATOS HISTÓRICOS

Nombre: Jesús Manuel, Edad: 56 años, Originario y residente: del Distrito Federal, Estado civil: Casado, Religión: Católica, Escolaridad: Licenciatura en comercio, Jubilado, Habita casa propia de materiales perdurables con todos los servicios intradomiciliarios, Hábitos y higiénico dietéticos: adecuados, Actividad Física: Camina ½ hora diaria, Vive: con su esposa y uno de sus hijos, así como con cuatro perros.

4.1.2 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Tabaquismo: positivo a razón de cuatro cigarrillos iniciado a los 17 años de edad y dejándolo hace un año, Alcoholismo: de manera social, Diabetes Mellitus desde hace 6 (seis) años. Diagnosticado, con Tx. De metformina ½ tableta v.o c/8 hrs. Quirúrgicos: Laparotomía Exploradora por ulcera duodenal, hace 5 años Alérgicos: Negados, Transfusiones: Negadas.

4.1.3 PADECIMIENTO ACTUAL

Lo inicia el día 1° de agosto, al estar realizando actividades de cocina (parrillada) prende gasolina la cual avienta un fogonazo, afectando cara y brazo derecho, al instante refiere dolor intenso, tipo ardoroso 10/10, se tira al piso donde es auxiliado por familiares quienes lo cubren con agua, inmediatamente es llevado al Hospital Adolfo López Mateos donde le realizan curación y aplicación de sulfadiazina de plata en cara y cuello, cloranfenicol oftálmico en ambos ojos; y posteriormente es referido al C.M.N. 20 de Noviembre, donde es atendido por los médicos de Cirugía Plástica Reconstructiva quienes lo ingresan a la Unidad de quemados cama # 8607; Dx. Quemadura de 2° grado por deflagración del 13% de la SCQ.

4.1.4 EXPLORACIÓN FÍSICA

Se trata del Sr. Manuel de 56 años de edad, de acuerdo a la cronológica consiente, orientado, cooperador, Glasgow de 15, peso 76 kg. Talla 1.65cms, P/A: 120/70 Temperatura. 38.5|°C, F.C: 110x', Respiración.: 24x'; PVC8, glicemia capilar de 215mg/dl, peso 70kg, se observa alerta, con áreas de piel cabelluda carbonizadas, lesiones en área frontal de 3x3cms. Con lesión que involucra la piel, hay presencia de flictenas en pabellones auriculares así como edema, cejas y pestañas carbonizadas narinas con vibrisas carbonizadas, mucosa nasal eritematosa, cara anterior del cuello y tórax anterior con abundante exudado y flictenas en toda el área lesionada que afectan la epidermis, campos pulmonares ventilados, monitoreo cardiaco continuo externo en ritmo sinusal, con apoyo suplementario de O2 al 40%, oximetría de pulso oscilando 96 a 98%, abdomen blando depresible con peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal, brazo derecho que afecta el 10% de SCT, sin presencia de síndrome compartamental, llenado capilar 2" con aplicación de mezcla cubierto con vendaje presenta edema en dedos, V/C permeable y funcional en Miembros Superior izquierda, en genitales de acuerdo a edad y sexo, micción presente, miembros Inferiores., Sin compromiso; el Sr. Jesús Manuel se queja de dolor 10/10, nauseoso, con hipertermia e hiperglucemia de 178 a 260mg/dl.

4.1.5 DIETA

- Para diabético de 1500 cal.

4.1.6 TRATAMIENTO

- Solución. Cloruro de Sodio 1000cc c/8 hrs.
- Clonixilato de Lisina 100mg IV PRN
- Insulina Lispro 10.00UI c/24 hrs
- Vitamina C ampula 1 gr. IV c/24 hrs.
- Omeprazol ampula 40 mg IV c/24 hrs.
- Hipromelosa al 0.5% 1 gta. En c/ojo c/ hora.
- Hipromelosa al 2% 1 gta. En c/ ojo c/4 horas.
- Enoxoparina 40 mg, Subcutánea c/24 hrs.
- Metformina tabletas 850mg VO c/ 8hrs.
- Ceftriaxona ampula 1 gr. IV c/ 12 hrs.

- Ketorolaco ampula 30 mg IV c/8 hrs.
- Paracetamol Tabletas 1gr. V O c/ 8 hrs.
- Metamizol ampula 1gr. IV PRN.
- Dextrostix preprandial con Esquema de Insulina rápida subcutánea Lispro al 2%.
- Dextrostix a las 23, 3 y 6 hrs con esquema de insulina lispro subcutánea.

4.1.7 MEDIDAS GENERALES:

- Rutina de la Unidad de quemados
- Monitoreo Cardíaco Continuo Externo
- Signos Vitales C/ hora.
- Baño diario
- Cuidado de heridas
- Aplicar Ulcuderma crema c/8 horas.
- Oximetría de pulso.
- Ayuno a partir de las 22 horas por cirugía.

4.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

NOMBRE DEL PACIENTE: Sr. Manuel

DOMINIO: 11 Seguridad y protección **CLASE:** 2 Lesión física

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la integridad cutánea.

DEFINICIÓN: R/C Alteración de la dermis y epidermis.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: M/P Destrucción de las capas de la piel.

PATRON ALTERADO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA
La dermis y la epidermis	Realizar una valoración global de la circulación periférica. Comprobando los pulsos periféricos, edema, recambio capilar, color y temperatura.	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar oximetría de pulso.• Observar llenado capilar• Mantener elevado el miembro afectado

FUNDAMENTACIÓN	FUNDAMENTACION	FUNDAMENTACION
La pulso oximetría es un método no invasivo para monitorizar la saturación de oxígeno. Está indicada en cualquier situación en la que el estado de oxigenación requiera observación continua.	El llenado capilar es una prueba rápida que se realiza sobre los lechos ungueales para vigilar la cantidad del flujo sanguíneo al tejido	La elevación de la parte afectada ayudará a disminuir el dolor y la inflamación.

EJECUCION	EVALUACION
<p>La prioridad de la enfermera se dirige a minimizar los factores fisiológicos y técnicos que pueden limitar el sistema de monitorización.</p> <p>Si hay buen flujo de sangre al lecho ungueal el color rosado debe volver a la uña en menos de dos segundos.</p> <p>El tratamiento de rehabilitación comienza el mismo día de la lesión. El posicionamiento adecuado es crítico para el mantenimiento del movimiento articular.</p>	<p>Durante el tiempo que se estuvo monitorizando al Sr. Manuel, estuvo con apoyo suplementario de O₂ al 40 % manteniendo una saturación de oxígeno del 96 al 98%.</p> <p>El Sr. Manuel siempre mantuvo un llenado capilar de 2”.</p> <p>El Sr. Manuel se le realizó lavado mecánico del miembro pélvico afectado, se le aplicó mezcla de silvadene, se cubre con apósitos de asas y vendaje suave, se mantiene miembro afectado elevado a 30°.</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

NOMBRE DEL PACIENTE: Sr. Manuel

DOMINIO: 11 Seguridad y protección

CLASE 1: Infección

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo de infección

DEFINICIÓN: R/C Aumento de ser invadido por organismos patógenos

FACTORES DE RIESGO: M/P Traumatismo tisular.

PATRON ALTERADO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA
Dermis y epidermis	Evitar la infección	<ul style="list-style-type: none">• Aislamiento Protector• Lavar la herida• Instalación profiláctica de un ungüento o gotas

FUNDAMENTACION	FUNDAMENTACION	FUNDAMENTACION
<p>Cualquier persona que esté en contacto directo con las quemaduras debe observar una técnica aséptica, usar guantes estériles para realizar los cambios de apósitos y desbridamiento de la herida.</p>	<p>La clave para tratar las quemaduras químicas es un lavado copioso con agua y una solución isotónica. La dilución con el agua disminuye la concentración, elimina la sustancia química en contacto con el cuerpo y disminuye la proporción de la reacción con el tejido</p>	<p>Las lesiones oculares por sustancias químicas tiene una incidencia elevada de daño permanente; por ello es esencial una rápida atención.</p>

EJECUCION	EVALUACION
<p>La enfermera debe iniciar el aislamiento protector cuando el paciente ingrese en la unidad de quemados, Este puede ir aumentando en forma gradual hasta el aislamiento estricto si la quemadura se infecta.</p> <p>La enfermera debrida la herida eliminando mecánica de la escara, con la ayuda de asas húmedas, una vez que la herida esté limpia se aplican agentes tópicos en una capa delgada y se cubre apósitos tipos asa, sostenido con vendaje suave y se cambian de dos a tres veces por día.</p> <p>Hipromelosa al 0.5% 1 gta. En c/ojo c/ hora. Hipromelosa al 2% 1 gta. En c/ ojo c/4 horas.</p>	<p>A pesar de que se cumplieron todas las medidas que se tomaron para el cuidado y protección del Sr. Manuel, el presento un proceso infeccioso, (pseudomona aeruginosa así como el staphilococo aerus; manejándose con tratamiento médico prescrito.</p> <p>El Sr. Manuel no presento secuelas oftálmicas.</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

NOMBRE DEL PACIENTE: Sr. Manuel

DOMINIO 12: Confort

CLASE 1: Confort Físico

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Dolor Agudo

DEFINICION: R/C Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real.

FACTORES RELACIONADOS: M/P Agentes lesivos químicos (Quemaduras).

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: M/P Observación de evidencias de dolor, informe verbal del dolor, Cambios en la Presión Arterial, cambios en la Frecuencia Cardiaca, Cambios en la Frecuencia Respiratoria, Diaforesis.

PATRON ALTERADO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA
Estado Hemodinámica	Aliviar el dolor; así como mantener en constante vigilancia la aparición de alteraciones cardiovasculares y/o problemas de perfusión sanguínea.	-Ministración de los narcóticos prescritos. - Monitorización Cardiaca continúa externa. -Medidas de confort. - Apoyo suplementario de O ₂ .

FUNDAMENTACION	FUNDAMENTACION	FUNDAMENTACION
<p>El dolor de una quemadura depende de su extensión y profundidad y del estadio de curación. La intervención más frecuente para el dolor es farmacológica (analgésicos, narcóticos, algunos en combinación con drogas psicotrópicas. La morfina, la codeína y la meperidina, son las drogas empleadas con más frecuencia.</p>	<p>La monitorización hemodinámica es una herramienta que forma parte del seguimiento cardiovascular del paciente en la unidad de terapia intensiva, que permite la valoración continua de sus signos vitales, así como establecer perfiles hemodinámicos, elaborar diagnósticos de enfermería así, como la planeación de sus cuidados.</p>	<p>La posición correcta es esencial para evitar las contracturas. Con frecuencia se aplican férulas a las extremidades con injertos recientes para mantener la posición que permita la adhesión óptima del injerto. El rango del movimiento de la extremidad afectada se reduce por 4 o 5 días.</p>

EJECUCION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> - Ministración de medicamentos prescritos. - Monitorizar signos vitales c/30´ - Valoración del dolor - Vigilancia estrecha 	<p>Al Sr. Manuel al inicio se estuvo manejando con Clonixilato de lisina 100mg PRN, Ketorolaco 30 mg c/8 horas, pero posterior a que se le realizo el lavado mecánico se estuvo manejando su dolor aumento, por lo que se inició 20mg de Morfina en 100 de solución salina p/ 24 horas; así como tramadol 300mg en 250 de solución salina p/ 24 horas., así como dosis de rescate de tramadol previa curación (30´). Siempre se estuvo monitorizando sus constantes vitales, así como apoyo suplementario de O₂.</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

NOMBRE DEL PACIENTE: Sr. Manuel

DOMINIO 4: Actividad y reposo

CLASE 4: Respuesta cardiovascular / pulmonar

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Patrón Respiratorio Ineficaz

DEFINICIÓN: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: R/C Alteraciones en la profundidad respiratoria

FACTORES RELACIONADO: M/P Ansiedad, dolor, hiperventilación.

PATRON ALTERADO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA
Sistema respiratorio,	Valorar signos clínicos que podrían indicar síndrome por inhalación como quemaduras faciales (lengua, cara, cavidad oral), vibras nasales quemadas, esputos negruzcos, ronquera, afonía, cambio de voz y tos seca.	-Valorar y controlar la función respiratoria: ruidos, frecuencia y ritmo, pulsioxímetro y monitoriza hemoglobina. Valorar los riesgos de lesión por inhalación: Quemaduras faciales, Pelo de cejas o nariz chamuscado. Esputo, ronquera, cambio de voz, tos seca, estridor, Respiración rápida o fatigosa. Vigilar la postura

JUSTIFICACION	JUSTIFICACION	JUSTIFICACION
Las principales complicaciones de la oxigenación están asociada a la inhalación de humo: intoxicación por monóxido de carbono, hinchazón laríngea y obstrucción de las vías respiratorias superiores y neumonía química.	La lesión por inhalación produce una respuesta inflamatoria, que causa eritema, edema, posible desepitelización de la mucosa respiratoria y aumento de las secreciones, provocando probablemente una afección respiratoria.	Los niveles altos de monóxido de carbono causan una disminución de la capacidad de las moléculas de hemoglobina de transportar oxígeno.

JUSTIFICACION
La postura del paciente dependerá de la necesidad de perfusión de los alveolos al aumento del drenaje bronquial.

EJECUCION	EVALUACION
Humidificador de oxígeno Exploración Física Explorar campos pulmonares Valorar Gasometría Arterial Valorar placa de tórax Dar posición óptima al paciente	El Sr. Manuel presentó quemaduras faciales, de cejas, pestañas, vibras nasales, así como ronquera y tos seca se le proporcionó apoyo suplementario de oxígeno al 40% observándose una saturación de O ₂ % de 96 a 98%; se mantuvo una posición semifowler tolerándola sin compromiso; así como también micronebulizaciones con budesonida como esteroide antiinflamatorio.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

NOMBRE DEL PACIENTE: Sr. Manuel

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 5: Hidratación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo de desequilibrio electrolítico

DEFINICION: R/C Riesgo de cambio en el nivel de electrolitos séricos que pueden comprometer la salud.

FACTOR DE RIESGO: M/P Desequilibrio de líquidos (intoxicación por agua).

PATRON ALTERADO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA
El Sistema Renal	Controlar las presencia signos y síntomas de desequilibrio electrolítico	Medir PVC horaria Mantener y ajustar la velocidad de infusión de líquido IV, de acuerdo con las indicaciones médicas y la diuresis Observar el color de la orina Monitorizar los signos y síntomas de hipovolemia /shock. Peso diario del paciente

JUSTIFICACION	JUSTIFICACION	JUSTIFICACION
La monitorización de la PVC está indicada cuando existe una alteración significativa de la volemia. Su seguimiento puede utilizarse para corregir la volemia y para valorar el impacto de la diuresis tras la administración de diuréticos en el exceso de volumen.	La infusión de líquidos intravenosos de preferencia debe hacerse mediante una bomba de infusión continua, para mantener controlada las diversas sustancias intravenosas a pacientes que por su condición así lo requieran. La administración de líquidos durante las primeras 24 horas para alcanzar una diuresis de 0.5 -1 mL/h y la perfusión real.	La lesión por quemaduras causa vasoconstricción de la arteria renal. La orina de color vino de Oporto es una indicación de presencia de productos de degradación celular y de mioglobina hay que aumentar la administración de líquidos IV para evitar la precipitación en los túbulos renales y necrosis tubular aguda.

JUSTIFICACION	JUSTIFICACION
En el periodo inmediatamente después de la quemadura, el cuerpo libera una gran cantidad de sustancias vasodilatadoras, que aumenta la permeabilidad capilar. Se produce extravasación de suero, proteínas y electrolitos al tejido lesionado y normal, provocando hipovolemia grave y edema (fenómeno conocido como tercer espacio).	El peso diario preciso proporciona datos para determinar el estado hídrico.

EJECUCION	EVALUACION
<p>Monitorizar PVC</p> <p>Control estricto de líquidos estricto</p> <p>Medir pérdidas insensibles</p> <p>Controlar el estado hídrico. Valorar las mucosas, los pulsos periféricos, el color y la temperatura de las zonas quemadas, la supuración de las heridas.</p> <p>Diuresis horaria (cantidad y características)</p> <p>Pesar al paciente diario, asegurando que los datos se han precisos, pesar al paciente después del cambio de vendaje y la hidroterapia (cuando los vendajes estén secos). Utilizándose el mismo número de prendas de cama cada vez, retirar todas las férulas de las extremidades antes de pesar.</p>	<p>Al Sr. Manuel se le mantuvo bajo vigilancia estrecha, respondiendo de manera favorable a la infusión de líquidos por vía intravenosa, no presento desequilibrio hidroelectrolítico, por lo tanto no presento falla renal.</p>

4.1.2 CONCLUSIONES

A través de este trabajo de investigación me he dado cuenta del avance que la enfermería a tenido a través de la historia, ha abierto una gran visión acerca de la grandeza de espíritu que las enfermeras entregan al cuidado de los pacientes, sanos o enfermos sin descuidar en ningún momento los Cuidados del CARE, que como bien lo sabemos, son “ sus usos y costumbres” y Los Cuidados del CURE; que día a día van descubriendo nuevas tecnologías para atender las necesidades los pacientes cada día requieren más demanda, es importante que la enfermera esté preparada y dispuesta a afrontar los nuevos cambios; y entender que la tecnología es un arte, y que la informática es una combinación de la ciencia de la información diseñada para la gestión.

La enfermera debe reconocer a la tecnología como un elemento fundamental del proceso de cuidar.

La enfermera tiene, un Rol propio, ya no es un conjunto de actividades, si no que un conjunto de actitudes; Forma parte de un Rol autónomo, con funciones propias, delega responsabilidades y proporciona una atención calidad

Este proceso fue realizado, al Sr. Manuel, con deterioro de la integridad cutánea, de forma focalizada y globalizada; bajo las 14 necesidades de Virginia Henderson, buscando el equilibrio fisiológico y emocional, procurando la pronta independencia del paciente. Así como también se tomaron en cuenta sus problemas reales y potenciales: Se apoyo en las cinco etapas que están relacionadas entre sí, enfocado principalmente a una buena planificación de los cuidados.

4.1.3 BIBLIOGRAFIA

1. Colliere MF. Promover la vida.1ª. Ed. México: Interamericana; Mc. Graw – Hill. 2009.
2. Zarate Grajales R. A. La gestión del cuidado. Índex de enferm. V 13 n 44-45 Granada primavera/verano 2004.
3. Hernandez Conesa. L. Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Interamericana McGraw-Hill. Nueva York. 1ª.ed. 1995.
4. Phaneuf M.Ph.D. La planificación de los cuidados enfermeros. 1ª.ed. México: Interamericana; McGRaw-Hill. 1999.
5. www.enfermeria.unl.edu.co/revista/articulos/xxl_5.pdf. El cuidado como objeto del conocimiento de enfermería. Pinto Afanado magister en enfermería. Facultad de enfermería de Colombia. Universidad Nacional de Colombia.1998.
6. Guillen Fonseca M. Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en educación superior. Rev. Cubana de Enfer. V.15 n.1 ene-abril. 1999.
7. Tobo Vargas N.I. La Tecnología y el Cuidado de Enfermería. Rev. Avances de Enfermería. Vol. XIV. Num.2. Julio – Diciembre. 1996.
8. Osmar Ciro R. Enfermería Moderna. Ed. El ateneo.1ªed. Argentina. 2003.
- 9.Kozier B, Erb G, Audrey B, Snider S. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica. McGraw-Hill. Interamericana. Vol. 7ª ed. Madrid.
- 10 Cuevas Gallardo L. Guillen Cadenas D M. Breve Historia de la enfermería en México. Cuid Arte “el arte del cuidado”. Vol 1. N° 1. Febrero 2012.
11. URLrva.es/dispace/bitstream/10045/5239/1/cc_02_05pdf. Hernández Martin Fca., Del Gallego Lastra R, Alcaraz Gonzales S., González Ruiz J.M. La Historia en la enfermería. Un análisis desde la perspectiva profesional 2º semestre.1997. Año I. num.2.
12. Raile AlligoodM, Tomey A.M. Modelos y teorías en enfermería. Septima edición. Amsterdam, Unidad II. Cap. 7.

13. Moran Aguilar V. Mendoza Robles A.L. Proceso de enfermería. Modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE Y CRE. Editorial trillas 2^a.ed. México. 2006.
- 14 Juall Carpenito L, R.N.,M.S.N. Diagnostico de enfermería, aplicación a la práctica clínica. Interamericana. McGRAW-HILL. México. 1^a.ed.
15. Alfaro, R. Aplicación del proceso de Enfermería, guía práctica. Revisión de 1^a.ed. Española. Ed. Doyma
16. Marriner ANN. Modelos y teorías de Enfermería. 1^a. ed. Enero 1989. España. Ediciones Rol S.A.
17. Jiménez-Castro Ana Bertha, Salinas Duran Ma. Teresa, Sánchez – Estrada Teresa. Reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. Rev. Enferme. IMSS 2004; 12(2), pág. 61-63.
18. Pokorny Marie E. Teorías en enfermería de importancia histórica. Cap.5.
- 19 E. Orem Dorothea. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. MASSON-SALVAR enfermería. Barcelona. 4^a ed. 1993.
20. Gallardo González R.,- Ruiz Ramos J.G.,- Torres Palomares R.M.,- Díaz Oller J. Estado actual del manejo urgente de las quemaduras, fisiopatología de las quemaduras. [www. Semes.org/ revista/ vol. 13_2/122-129.pdf](http://www.Semes.org/revista/vol.13_2/122-129.pdf).
21. Gren Parker J. Manual de enfermería en el área de urgencias. Orientación. Grupo Noriega Editores. 1^a. Ed. México. 1992.
22. Castillo D. P. Cuadernos de Cirugía, Vol. 17 N°1, 2003, pp.58-63, Hospital de punta de arenas, Dr. Lautaro Navarro Navarria.
23. Gartner. L. Hiatt. J L. Histología. Texto y Atlas. McGraw – Hill interamericana. México. Primera edición en español. 1997.
24. Nanda internacional. Diagnósticos enfermeros. 2009-2011.
25. Juall, Carpenito-Moyet L., R.N.,M.S.N., C.R.N.P. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. Diagnosticos enfermeros y problemas en colaboración. McGRAW-WILL.INTERAMERICANA. Madrid. 2da. Ed. 2005.

